



Universidades Lusíada

Pereira, Carla Maria Baía Marques, 1975-

Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social

<http://hdl.handle.net/11067/492>

Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2013 |
| Resumo | O presente estudo tem como principal objectivo investigar a relação entre a auto-percepção do envelhecimento, o mindfulness e o apoio social em adultos em fase profissional activa. Participaram neste estudo 158 indivíduos, masculinos e femininos, com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos de idade. De forma a avaliar a auto-percepção do envelhecimento foi utilizada a versão do Questionário de Percepções do Envelhecimento (QPE) (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, 20... |
| Palavras Chave | Envelhecimento, Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Serviço social com idosos |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-ISSSL] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T06:23:22Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social

Realizado por:

Carla Maria Baía Marques Pereira

Orientado por:

Prof.^a Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Marina Manuela Santos Antunes
Orientadora: Prof.^a Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso

Dissertação aprovada em: 21 de Março de 2013

Lisboa

2012



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Auto-percepção do envelhecimento, *mindfulness* e
apoio social

Carla Maria Baía Marques Pereira

Lisboa

Dezembro 2012



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

Auto-percepção do envelhecimento, *mindfulness* e
apoio social

Carla Maria Baía Marques Pereira

Lisboa

Dezembro 2012

Carla Maria Baía Marques Pereira

Auto-percepção do envelhecimento, *mindfulness* e apoio social

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino

Lisboa

Dezembro 2012

Ficha Técnica

Autora Carla Maria Baía Marques Pereira
Orientadora Prof.^a Doutora Adelaide do Amparo Duarte Claudino
Título Auto-percepção do envelhecimento, *mindfulness* e apoio social
Local Lisboa
Ano 2012

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

PEREIRA, Carla Maria Baía Marques, 1975-

Auto-percepção do envelhecimento, mindfulness e apoio social / Carla Maria Baía Marques Pereira ; orientado por Adelaide do Amparo Duarte Claudino. - Lisboa : [s.n.], 2012. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CLAUDINO, Adelaide do Amparo Duarte, 1961-

LCSH

1. Envelhecimento
2. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
3. Serviço social com idosos
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging

2. Aging - Psychological aspects
3. Social work with older people
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1451.P47 2012

Índice

| | Pág. |
|---|------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| Capítulo I - DEMOGRAFIA E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO | 6 |
| 1.1-Contexto Demográfico do envelhecimento | 6 |
| 1.2-Conceito de envelhecimento | 7 |
| 1.3-Teorias psicossociais do envelhecimento | 9 |
| 1.3.1-Envelhecimento bem-sucedido | 11 |
| Capítulo II- AUTO-PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO | 15 |
| 2.1-Auto-Percepção do envelhecimento | 15 |
| 2.2- O modelo de Auto-regulação no processo de envelhecimento | 20 |
| Capítulo III- MINDFULNESS NO SERVIÇO SOCIAL | 21 |
| 3.1- Conceito e definições de <i>mindfulness</i> | 21 |
| 3.2- <i>Mindfulness</i> : intervenção, investigação e medida | 24 |
| 3.3- <i>Mindfulness</i> e envelhecimento | 25 |
| 3.4- <i>Mindfulness</i> e Serviço Social | 27 |
| CAPÍTULO IV- APOIO SOCIAL | 30 |
| 4.1-Definição do conceito de Apoio social | 30 |
| 4.2-Funções e efeitos do Apoio social | 31 |
| 4.3- Apoio social no processo de envelhecimento | 32 |
| CAPÍTULO V- METODOLOGIA | 35 |
| 1-Questão de Investigação | 35 |
| 2- Objectivos do Estudo | 35 |
| 3- Hipóteses do estudo | 35 |
| 4-Desenho de Estudo | 36 |
| 5-Amostra | 36 |
| 6- Procedimentos | 39 |
| 6.1- Procedimentos estatísticos | 39 |

| | Pág. |
|---|------|
| 7-Instrumentos | 41 |
| 7.1- Questionário Sócio-Demográfico | 41 |
| 7.2- Questionário de Percepções de Envelhecimento | 42 |
| 7.3- Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> | 45 |
| 7.4- Escala de Provisões Sociais | 47 |
| | |
| CAPÍTULO VI- RESULTADOS | 51 |
| 6.1- Caracterização da auto-percepção do envelhecimento | 51 |
| 6.2- Caracterização das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> | 52 |
| 6.3- Caracterização do Apoio social percebido | 53 |
| 6.4- Análise das Correlações | 54 |
| 6.5- Resultados dos Testes de Hipóteses | 55 |
| | |
| CAPÍTULO VII- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 66 |
| 7.1- Discussão e conclusão das hipóteses de estudo | 66 |
| | |
| CAPÍTULO VIII- CONCLUSÃO | 77 |
| 8.1- Limitações do Estudo | 77 |
| 8.2- Sugestões de Investigação | 78 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | |
| | |
| ANEXOS | |
| Anexo 1- Inquérito por Questionário | |
| Anexo 2- Gráficos das correlações | |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características da amostra | 37 |
| Tabela 2- Síntese dos quatro instrumentos utilizados no presente estudo | 41 |
| Tabela 3- Alfas de Cronbach's das dimensões do QPE do presente estudo | 44 |
| Tabela 4-Análise das Componentes do Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> | 47 |
| Tabela 5-Análise das Componentes Principais da Escala de Provisões Sociais | 50 |
| Tabela 6- Caracterização da Auto-percepção do envelhecimento na amostra | 51 |
| Tabela 7 - Caracterização das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> na amostra | 52 |
| Tabela 8- Caracterização do Apoio Social Percebido na amostra | 53 |
| Tabela 9-Matriz de Correlações entre EPS, Sub-Escalas do FFMQ e QPE | 54 |
| Tabela 10- Coeficientes de Correlações de Sperman entre QPE e FFMQ | 55 |
| Tabela 11 -Coeficientes de Correlações de Sperman entre FFMQ e EPS | 57 |

ÍNDICE DE ESQUEMAS

| | |
|---|----|
| Esquema 1-Síntese dos resultados dos testes a efeitos de mediação | 61 |
| Esquema 2 – Esquema que demonstra a Mediação | 61 |

Introdução

Actualmente tem-se assistido a um aumento da população idosa, sendo que, em Portugal, os dados recentes (Censos, 2011) apresentam um quadro de envelhecimento demográfico bastante sublinhado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Neste sentido e de acordo com os resultados definitivos dos Censos (2011b) Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Em 2050, prevê-se que se acentue, a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos.

Deste modo, e com o acentuado envelhecimento da população, torna-se realmente importante direccionar a investigação para a população adulta em idade activa, tendo como finalidade estudar as diversas formas de se viver e experienciar o envelhecimento ainda que ele esteja num futuro mais ou menos longínquo.

O facto de serem construtos que estão fortemente correlacionados entre si, sobretudo em populações idosas, as investigações em Portugal e no estrangeiro com populações mais jovens e em idade activa, pelo menos até aos 64 anos, são escassos e, como tal, não possibilitam confirmar esta hipótese. Por sua vez, além da escassez de estudos, também é difícil encontrar literatura direccionada para a população em idade activa considerada, neste estudo, como a população com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos, uma vez que o forte investimento tem sido na população idosa (Tavares & Claudino, 2010).

Segundo a revisão da literatura o envelhecimento deve ser entendido não como um retrocesso, perda, queda, mas sim como uma evolução natural da vida. As limitações corporais e a consciência da temporalidade passam a ser problemáticas fundamentais no processo do envelhecimento humano e aparecem de forma reiterada no discurso dos indivíduos, embora possam adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo da sua situação social e das características pessoais idiossincráticas. Deste modo, corpo e tempo

entrecruzam-se no devir do envelhecimento e, como consequência disso, nascerão as diversas velhices e as suas múltiplas representações (Duay & Bryan, 2006).

Todavia, presentemente verifica-se mudança na forma de olhar o envelhecimento, tendo aparecido visões positivas acerca do processo de envelhecimento e emergido conceitos, designadamente, “Processo de optimização selectiva com compensação”, proposto por Baltes e Baltes (1990), “Selectividade Sócio-emocional”, proposto por Carstensen (1991, 1992), e “Envelhecimento bem sucedido”, proposto por Rowe e Kahn (1999), que permitem considerar o processo de envelhecimento uma experiência positiva, envolvendo crescimento e desenvolvimento e não apenas declínios. Na actualidade, de acordo com Steverink, Westerhof, Bode, e Dittmann-Kohli (2001) o processo de envelhecimento é compreendido como um processo multidireccional, no sentido em que envolve tanto mudanças positivas como negativas.

Actualmente é fulcral reconhecer que não há uma velhice, mas sim tantas quanto as pessoas que vivenciam este processo.

Na perspectiva de Ajala (2006) o envelhecimento não é somente um momento na vida do indivíduo, mas um processo extremamente complexo e pouco conhecido, cuja definição varia de contexto para contexto, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o apoia ou assiste.

Investigações recentes evidenciam a importância do estudo da auto-percepção dos indivíduos acerca do processo de envelhecimento, uma vez que influencia a sua saúde, longevidade e bem-estar. (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Demakakos, Hacker, & Gjonça, 2006; Kotter-Gruhn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009; Levy, Slade, & Kasl, 2002a; Levy, 2008)

De acordo com Demakakos e colaboradores (2007), o envelhecimento deve ser entendido em termos de percepção individual e das experiências do próprio indivíduo. Ao refletir no processo de envelhecimento, pretende-se que seja vivenciado de forma saudável, com as pessoas que nos apoiam, que gostamos, de modo a sentirmo-nos bem independentemente das consequências positivas ou negativas da velhice. Sendo deste modo, necessário que os adultos activos pensem no seu futuro, de modo a projectarem as possibilidades que existem para que o envelhecimento não seja considerado como algo negativo. Por sua vez, a pertinência do estudo das percepções do envelhecimento, implica perceber o carácter singular deste processo, a sua heterogeneidade, a associação das

variáveis que possam estar relacionadas ao conceito, assim como o *mindfulness* e o apoio social. Denota-se que a atenção plena no presente estudo designa-se por *mindfulness*.

A prática do *mindfulness* tem sido largamente usada em intervenções clínicas para lidar com inúmeros problemas. As intervenções baseadas no *mindfulness*, parecem levar a reduções substanciais numa variedade de problemas médicos e psicológicos como por exemplo, no stress (Shapiro, Shwartz & Bonner, 1998); recaída na depressão (Teasdale & Cox 2001); perturbações alimentares (Kristellee & Hallett, 1999) comportamento suicida (Linehan et al., 1993).

Assim sendo, o *mindfulness* precisa de ser adquirido por intermédio de intensa prática, mas, paradoxalmente, consiste em fazer uso de ferramentas que estão à disposição. Neste sentido, para alcançar essa meta é necessário concentrar-se em dados sensoriais, no presente, sem recorrer a julgamentos ou conceitos prontos (Kabat-Zinn, 2005).

Um estudo recente de Turner (2010) sobre a prática de *mindfulness* em idosos originou o aumento da atenção plena, a capacidade de auto-regulação emocional, e promoveu auto-percepções mais positivas sobre o seu envelhecimento. Tendo em conta esta evidência, torna-se essencial uma maior compreensão nos adultos activos, sendo a este nível que o presente estudo pretende dar o seu contributo inovador.

O apoio social na relação entre as diferentes facetas de *mindfulness* e dimensões das auto-percepções surge como um outro ponto de interesse para o presente estudo. O apoio social percebido é muitas vezes referido como a protecção que as pessoas procuram para fazer face às exigências e problemas do dia-a-dia, sempre com o objectivo de alcançar o bem-estar. Contudo, o apoio social e os relacionamentos sociais têm um significativo efeito positivo na saúde física e mental do indivíduo, pois desempenham um papel positivo no ajustamento psicológico e na saúde, afastando os estados de stress (Sarason, Sarason, Earl, Potter & Antoni, 1985; Segrin, 2006). Investigações realizadas sugerem que os indivíduos com melhores sistemas de apoio social experienciam um melhor estado de saúde (Locher, Ritchie, Roth, Baker, Bodner & Allman, 2004).

O apoio social percebido tem-se revelado importante para a saúde e bem-estar psicológico no envelhecimento. Os indivíduos que têm, de facto, um forte apoio social e que o conseguem perceber são aqueles que apresentam uma melhor saúde física e mental, quando comparados com os indivíduos que estão socialmente isolados. Com efeito, nota-se o contributo do apoio social percebido para a percepção do estado de saúde dos

indivíduos, mas também para o bem-estar psicológico e geral (Siebert, Mutran & Reitzes, 1999).

Ao compreender as auto-percepções de envelhecimento dos adultos activos e o modo com é influenciada pelo *mindfulness*, podem ser identificados indivíduos em risco de desenvolver percepções negativas de envelhecimento e consequentemente não adaptativas. O conhecimento nesta área pode permitir o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto dos indivíduos, de forma a mudar as auto-percepções de envelhecimento negativas para positivas.

Face à escassez de literatura no presente tema, deve constituir-se uma área de investimento em investigação, devido ao forte crescimento demográfico.

Acreditamos que o aprofundamento desta temática inovadora, seja de grande importância para o Serviço Social, na construção de conhecimento teórico sobre o assunto em questão. Na construção de práticas sociais para os Assistentes Sociais, especialmente na intervenção no Serviço Social com base no conhecimento das representações do envelhecimento, na identificação de competências de *mindfulness* de modo a contribuir para promover o empowerment e a crescente consciencialização, de forma a conduzir a mudanças pessoais e sociais nos indivíduos.

Desta forma, é fulcral compreender se a forma como cada pessoa percepçiona o seu envelhecimento é passível de ser influenciado por variáveis tais como o *mindfulness* e o apoio social. Neste sentido, devido à escassez de investigações nesta área procura-se assim contribuir para superar esta lacuna, tentando compreender o relacionamento entre estas variáveis.

O presente tema de investigação torna-se pertinente quando se pretende compreender o que os indivíduos adultos activos sentem e pensam sobre o envelhecimento. As investigações têm sido sobretudo sobre a população idosa, porém, é fundamental perceber as percepções de envelhecimento nos adultos activos, de modo a que nos permita refletir na forma como o envelhecimento é encarado nos mais jovens e por sua vez, como eles se imaginam ao longo desse processo.

Do ponto de vista estrutural este documento está dividido em duas partes fundamentais que se encontram interligadas entre si. No Capítulo I apresenta-se a demografia e processo de envelhecimento. No Capítulo II são descritas as Auto-percepções do envelhecimento. O Capítulo III refere-se ao *Mindfulness* no Serviço Social, ao que se segue no Capítulo IV o Apoio social. O capítulo V uma descrição quanto à metodologia

utilizada, inclui a questão de investigação, os objetivos do estudo, as hipóteses formuladas, o desenho de estudo, a caracterização da amostra, a descrição dos procedimentos da investigação e os procedimentos estatísticos aos quais se recorreram e por fim os instrumentos. No Capítulo VI apresentam-se os resultados obtidos, e no Capítulo VII a discussão e conclusão das hipóteses de estudo. Por fim, no Capítulo VIII são abordadas algumas conclusões finais e limitações do estudo e são formuladas algumas sugestões quanto a possíveis investigações futuras na área.

Capítulo I- Demografia e Processo de envelhecimento

1.1-Contexto Demográfico do envelhecimento

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este facto tem marcadamente reflexos de âmbito sócio-económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida.

Na União Europeia, verifica-se que a população idosa tem aumentado substantivamente e a tendência é para se intensificar. Assim, até 2050 estima-se que o número de pessoas idosas, com 65 e mais anos aumente em 77% e que o número muito idosas aumente em 174% (Glendinning, 2009, p. 5).

Neste sentido, a União Europeia (UE) assiste cada vez mais ao envelhecimento da sua população. Esta transição demográfica é uma consequência inevitável de grandes efeitos das nossas sociedades, que se refletiram na descida da taxa de mortalidade e no aumento de esperança de vida. Segundo estatísticas do Eurostart a idade média na UE é de 39,8 anos mas, em 2060, os cidadãos da União Europeia terão em média 47,2 anos. As pessoas com idade igual ou superior a 65 anos apresentarão quase 30% da população da UE em 2060 (contra 16% em 2010). Assim, estima-se que daqui a poucos anos a população europeia em idade activa irá diminuir, enquanto a população com idade igual ou superior 65 anos continuará a aumentar a um ritmo de dois milhões por ano. Todavia, perspectiva-se que em 2060, poderá existir um idoso para cada duas pessoas com idade activa (Eurostart).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e Portugal não é excepção a este panorama.

Segundo INE (2011a) entre 2005 e 2010, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 15,6% para 15,1%, a de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) reduziu-se de 67,3% para 66,7%, e, a percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou de 17,1% para 18,2%. A estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada.

De acordo com os censos 2011, verificou-se entre 2001 e 2011 uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respectivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com

65 anos ou mais), cerca de 19,4%, assim como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%. Diminui a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alarga-se o topo com o crescimento da população idosa.

A estrutura etária da população portuguesa irá envelhecer nas próximas décadas. Segundo o INE (2003 in Moreira 2004:3) no horizonte 2010-2050, o total de pessoas com mais de 60 anos irá ter um aumento superior a 40%, ultrapassando os três milhões, enquanto a população com mais de 75 anos sofrerá um acréscimo que rondará os 80%.

Contudo, estes dados levantam preocupações pelo que se torna fulcral conhecer melhor os problemas desta população, o que nos remete, mais uma vez, para a individualidade da pessoa idosa e do seu processo de envelhecimento. Cada vez mais é fulcral conhecer as dificuldades, os receios, os problemas sentidos pelas pessoas e a percepção que têm sobre o envelhecimento. Neste sentido, só assim poderemos encontrar soluções viáveis e ajustadas às necessidades existentes. Desta forma, devemos ter presente a individualidade de cada um, a experiência de vida que cada pessoa tem inerente e que influencia a forma como o envelhecimento é vivenciado.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. Esta idade é percebida como marco do início da velhice, porém a idade cronológica e biológica difere de indivíduo para indivíduo, logo não deve ser padronizada (Duarte, e al., 2005). Igualmente o conceito de envelhecimento activo, criado pela OMS tem como base a ideia de otimizar as capacidades cognitivas e mentais das pessoas mais velhas, integrando-as, de forma activa, na vida social das comunidades em que se estão inseridas, parece ser uma solução, tornando-se pois fundamental difundir e implementar novas medidas. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

Deste modo, com o acentuado envelhecimento demográfico é essencial ir mais além e tentar perceber as percepções do envelhecimento nos adultos, pois isso permite-nos pensar na maneira como o envelhecimento é encarado nos mais jovens e como eles se imaginam ao longo desse processo.

1.2-O conceito de envelhecimento

O envelhecimento está relacionado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é crítico encontrar uma

data a partir da qual se possam considerar as pessoas como sendo “velhas”. Isto porque está associado à falta de consenso quanto à semântica das palavras “idoso” e “velho” (Sequeira, 2010, p.7).

O conceito de envelhecimento sofreu várias mutações ao longo dos tempos, desenvolvendo-se de acordo com as crenças, culturas, atitudes, conhecimentos e relações sociais de cada época.

Segundo Paúl (2005 citado por Sequeira, 2010, p.7) refere que o critério da idade dos 65 anos deixou de constituir um indicador para o início da velhice, salientando assim a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice.

No entanto, a Gerontologia reconhece a idade dos 60 aos 65 como a idade limiar para o aparecimento do envelhecimento (OMS, 2001:WHO,2002; Paúl,2005; Spar e La Rue, 2005). Todavia, independente do critério, é importante salientar que os sinais de envelhecimento se tornam visíveis e envolvem a componente biológica, psicológica e social.

Falar do envelhecimento é correntemente visto como um estado tendencialmente classificado como “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. No entanto o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial.

Neste sentido, o envelhecimento pode ser compreendido não como um retrocesso, perda, queda, mas sim como uma evolução natural da vida. As limitações corporais e a consciência da temporalidade passam a ser problemáticas essenciais no processo do envelhecimento humano e aparecem de forma reiterada no discurso dos indivíduos, embora possam adquirir diferentes nuances e intensidades dependendo da sua situação social e das características pessoais idiossincráticas.

O envelhecimento pressupõe o entendimento sob o ponto de vista dum processo. Este decorre particularmente de uma condição multidimensional e multidireccional, envolvendo um equilíbrio dinâmico entre perdas e ganhos. Quando se fala em envelhecer, refere-se a processos biológicos, psicológicos e sócio-culturais (Baltes & Baltes, 1990). A percepção de envelhecer compreende uma plasticidade desenvolvimental, que invalida a cristalização deste processo, a forma como cada indivíduo percepçiona o envelhecimento, traduz a forma de adaptação a essa realidade e da qual, podemos retirar múltiplos significados.

Investigando a vicissitude do desenvolvimento humano, Rowe e Kahn (1987). propõem três trajectórias do envelhecimento humano: normal, patológico e saudável. Este

estudo procurou integrar-se na definição de envelhecimento saudável proposta pelos autores. Esta baseia-se, no baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas com as doenças; o funcionamento mental e físico. Mas sobretudo, deve coexistir um envolvimento activo com a vida.

O estudo do envelhecimento é fulcral, algumas investigações têm-se direccionado para as percepções que os indivíduos têm acerca deste, pois essas percepções implicam uma avaliação própria, reflectindo formas de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida, e que podem estar associados à forma como o processo de envelhecimento irá ser vivido (Furstenberg, 2002).

Assim, sugere-se que o envelhecimento seja reflectido numa óptica positiva, centrando-se nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005).

1.3-Teorias psicossociais do envelhecimento

Na história do estudo do envelhecimento podem, então, encontrar-se autores e teorias que colocam relevo numa visão positiva do mesmo (Havighurst, 1987; Atchley, 1989, 1999) ou que realçam os aspectos negativos deste processo (Cummings & Henry, Lupien & Wan, citado por Fernandez-Ballesteros, 2009).

As convicções e teorias acerca do envelhecimento têm precedentes em duas perspectivas principais precedentes de Platão e Aristóteles. Da tradição de Platão (427-347 a.c.) predomina uma visão positiva, em que o Ser Humano envelhece como viveu e da qual se deriva que este deveria preparar-se para envelhecer ao longo da vida. Adoptando esta tradição, Cícero (106-43 a.c) afirma que a virtude humana cresce com a idade. Pelo contrário, para Aristóteles (383-322 a.c.), o envelhecimento, como a última etapa da vida humana, poderia considerar-se uma doença natural. Por sua vez, Séneca (4-65 d.c.) fala da deterioração física e mental no indivíduo, como consequência do envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Nas populações o envelhecimento expressa o sucesso da humanidade porque representa o resultado de descoberta e desenvolvimentos, e, ao mesmo tempo, o envelhecimento representa um desafio, dados os custos exigidos em programas sociais e de saúde.

Para Fernández- Ballesteros e Caprara (2003) o envelhecimento é entendido como um fenómeno individual, que pode ser descrito, predito ou explicado, tendo em conta três aspectos essenciais a saber: biomédicos, psicológicos e bem-estar social. Segundo o mesmo autor Fernandez-Ballesteros (2009) a gerontologia tem-se dedicado mais aos aspectos biomédicos e psicossociais negativos da velhice do que a outras condições que implicam evolução e desenvolvimento, ou que simplesmente são estáveis ao longo da idade.

Falar em padrões de envelhecimento significa falar em diferentes experiências da velhice. Birren e Cunningham (1985) distinguiram três padrões de envelhecimento: (i) primário; (ii) secundário; e (iii) terciário. O envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas ao processo de envelhecimento que são irreversíveis, progressivas e comuns a todos os indivíduos. O envelhecimento secundário está relacionado com as mudanças causadas pelas doenças que são dependentes da idade, uma vez que o tempo vivido aumenta a probabilidade de exposição a factores de risco. Estes efeitos nocivos do envelhecimento têm um efeito cumulativo, o que faz com que os organismos apresentem uma vulnerabilidade crescente com o passar da idade. Outra possibilidade de envelhecimento secundário diz respeito às doenças relacionadas com a idade, ou seja, decorrentes de factores intrínsecos de degeneração. Estas doenças desenvolvem-se de acordo com o padrão temporal e não têm a ver com os padrões de envelhecimento normal ou primário. O padrão designado de envelhecimento terciário relaciona-se com o declínio terminal e caracteriza-se por um grande aumento das perdas num período de tempo relativamente curto.

Segundo Silva (2005), atingir a velhice significa que o indivíduo sobreviveu e se adaptou com mais ou menos saúde mental, e maior ou menor bem-estar a desafios específicos das várias etapas da vida. Os adultos idosos são assim sobreviventes, tendo ocorrido, face às vicissitudes da vida, uma selecção natural, em que os casos mais graves já morreram e os restantes melhoraram das respectivas patologias.

De acordo com Paúl e Fonseca (1999), o envelhecimento normal (primário) não implica doença e o indivíduo pode permanecer saudável até à morte, ou pelo menos até muito próximo do estado terminal (envelhecimento terciário). O envelhecimento patológico (secundário) é aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte. Por conseguinte, o objecto científico da Gerontologia abarca o envelhecimento primário (produto da idade) e o secundário (produto da doença), assim como o processo

geral do Envelhecimento e as diferenças individuais relacionadas com a idade (Fernandez-Ballesteros, 2009).

De acordo com Bandura (1986 citado Fernandez- Ballesteros, 2009) o envelhecimento pode considerar-se como um amplo processo bio-psico-social através do qual se produzem transacções mútuas entre o organismo biológico, a pessoa e o ambiente (Fernandez- Ballesteros, 2009). Envelhecer é uma experiência única para cada indivíduo, diversificada entre pessoas de um mesmo grupo social e heterogénea, tanto entre indivíduos como em diferentes grupos sociais. O processo de envelhecimento, em função de sua múltipla determinação, implica diversidade, individualidade e variabilidade entre os indivíduos (Bassit, 2004, p.143 cit. por Gamburgo & Monteiro, 2009).

Todavia, para entender a velhice, torna-se fundamental explorar profundamente toda a idade adulta – vida profissional, construção de uma família e de um lugar na comunidade adulta - na medida em que esta fase depende de todo o percurso realizado anteriormente. De um modo geral, é nos períodos de transição entre as diferentes etapas que poderão surgir problemas, originando crises de desenvolvimento (Silva,2005).

Para Gubrium e Holstein (cit. por Toiviainen, 2007), a velhice tem sido discutida em termos reducionistas, “considerando-a quer como um estágio final de contemplação da finitude da vida humana quer, ao nível de um *self* envelhecido, como produto de um mero processo de padronização histórica e social” (Toiviainen, 2007, p. 270). Ao longo do último século, as condições e contextos do envelhecimento humano têm melhorado de um modo sem precedentes (Rohr & Lang, 2009). Os indivíduos mais velhos experienciam, actualmente, em média, uma qualidade de vida mais positiva e mais duradoura do que aquela que viveram as últimas gerações.

Presentemente o desafio fundamental reside em possibilitar às pessoas que, não só que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

1.3.1-Envelhecimento bem-sucedido

O conceito de “Envelhecimento Positivo”, “Envelhecimento com Sucesso”, ou, ainda, “Envelhecimento bem-sucedido”, surgiu nos anos 60 e definia quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades individuais e as exigências do meio ambiente. O significado de envelhecer com sucesso, o que cada um de nós deve fazer para lidar de forma bem-sucedida com esta

tarefa da existência e as mudanças sociais para que cada vez mais as pessoas envelheçam bem, reside na necessidade de ultrapassar uma visão negativa e estereotipada do envelhecimento como sinónimo de incapacidade e declínio, substituindo-a por uma abordagem que encare o envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os aspectos biopsicosociais (Fonseca, 2005).

Durante muitos anos, a distinção entre envelhecimento bem-sucedido e mal-sucedido, baseava-se apenas na diferença entre saúde e doença. Os gerontologistas preocupavam-se sobretudo com a distinção entre estados patológicos e não patológicos (Rowe & Kahn, 1999).

Segundo Rowe e Kahn (citado por Fonseca, 2005) surgiu a necessidade de se ultrapassar uma visão do envelhecimento centrada em aspectos relacionados com doenças, incapacidades de várias ordens e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que encara o Envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Deste modo, os autores enfatizam os aspectos positivos do envelhecimento, ultrapassando a visão limitada dos efeitos da idade cronológica e clarificando os factores de natureza genética, biomédica, comportamental e social, responsáveis pela manutenção do desempenho do individuo na parte final da vida. Permitiram assim alcançar uma compreensão positiva do funcionamento humano na velhice (Fonseca, 2005).

Conceptualizam o envelhecimento bem-sucedido como a capacidade de manter três comportamentos ou características chave: baixo risco de doença e incapacidade, elevada função mental e física, e um compromisso activo para com a vida. Cada factor é importante por si só e, até um certo nível, são independentes uns dos outros (Rowe & Kahn, 1999).

Numa perspectiva crítica, Riley (1998 citado por Fonseca, 2005) argumenta que Rowe e Kahn negligenciam o papel que as estruturas sociais desempenham enquanto suporte do Envelhecimento bem-sucedido, ou seja, colocam o Envelhecimento bem-sucedido com uma função essencialmente ligada à iniciativa pessoal e menosprezam o papel que as famílias, as comunidades, as redes sociais de apoio e a sociedade em geral podem desempenhar, neste processo.

Fernandez-Ballesteros (2002 citado por Fonseca, 2005) considera que a visão de Rowe e Kahn é incontestável, e defende ser possível e desejável promover um envelhecimento óptimo. Parte de três princípios básicos: i) o envelhecimento da população

constitui um êxito da sociedade moderna, conseguindo “dar mais anos à vida”; ii) o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria sociedade, pois, na medida em que se vive por mais tempo, mais elevadas são as probabilidades de ver o dia-a-dia limitado por doenças e outras formas de incapacidade; iii) os idosos não são um grupo homogêneo, sendo possível envelhecer de muitas formas e acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogênea de todas as fases da vida, a solução para se atingir um envelhecimento óptimo passa pela prevenção de um envelhecimento patológico e pela promoção de uma série de condições pessoais e sociais susceptíveis de favorecer “o envelhecimento com êxito, competente, activo, satisfatório” (Fernandez Ballesteros, 2002, p.14).

A pessoa que envelhece activamente deve ser considerada como um agente activo e complexo (constituído por múltiplas dimensões biológicas e psicológicas) em interacção com um ambiente de múltiplos níveis tais como a família, comunidade e sociedade (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Guralnik e Kaplan (citado por Fernandez-Ballesteros, 2009) num ponto de vista biomédico, consideram como critérios principais para um envelhecimento bem-sucedido, um baixo nível de doença e incapacidade, assim como um bom nível de funcionalidade física.

Na perspectiva psicológica, Williams e Wirths (citado por Fernandez-Ballesteros, 2009) propuseram uma definição reducionista quando afirmaram que o Envelhecimento bem-sucedido significa satisfação para com a vida e compromisso social, sentir-se bem consigo mesmo e conduzir-se segundo os próprios valores e crenças.

Do ponto de vista social, Butler (1985) formula três critérios principais para definir o bom envelhecimento: produtividade, participação e compromisso com a vida (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Como referem Baltes e Baltes (1990) os aspectos quantitativos e qualitativos da vida necessitam de ser balanceados, propondo uma lista mais ampla de critérios do envelhecimento com êxito: longevidade, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência e produtividade social, controlo pessoal e satisfação com a vida. Introduzem uma das teorias mais difundidas do envelhecimento com êxito, ao incluir o modelo da Optimização Selectiva com Compensação (SOC).

Em 1990, Baltes apresenta uma segunda formulação do modelo de Optimização selectiva (Baltes, 1987) aplicada ao conceito de “envelhecimento bem sucedido”, em que

configura e distingue três mecanismos interactivos que, interligados, formam um modelo intitulado “selecção-optimização-compensação (SOC)” (Fonseca, 2004). A selecção será o processo por meio do qual as pessoas idosas seleccionam objectivos e resultados desejáveis, ou seja, atendendo às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo envelhecimento, escolhem e focalizam a sua atenção e os seus recursos em experiências e domínios prioritários de acção susceptíveis de conferirem satisfação e sentido de controlo pessoal. A optimização refere-se aos meios pelos quais a pessoa leva por diante as suas decisões de envolvimento em acções que lhe permitam alcançar os objectivos desejados, enriquecendo e maximizando os percursos de vida seleccionados. A compensação, envolve o uso de recursos internos e externos que auxiliem o indivíduo a atingir os seus objectivos (Fonseca, 2004).

De um modo geral, o modelo SOC preconiza que um processo adaptativo bem sucedido e com efeitos desenvolvimentais positivos consiste na obtenção de um resultado desenvolvimental, onde se conjuguem uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas através do recurso a processos de selecção, optimização e compensação (Fonseca, 2004).

Para Paúl (citado por Fonseca, 2005), o conceito de envelhecimento bem-sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao “sentir subjectivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da historia de vida de cada um “ (Paúl, 1996, p.20).

Baltes e Carstensen (1996 cit. Fonseca, 2005) referem-se ao conceito de “envelhecimento bem-sucedido” afirmando que não há teoria, critério ou padrão que seja consensualmente aceite como prescrição definitiva para se falar em sucesso na velhice. Defendem que, por um lado, se trata de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, através de uma procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência.

Finalmente, Lindinberg e Ormel (1998 cit. Fonseca, 2005) reportam-se à dificuldade em definir e avaliar critérios de envelhecimento bem-sucedido, dado que se

misturam frequentemente critérios objectivos (como a longevidade) e subjectivos (com a satisfação de vida). Por outro lado, constata-se a falta de estudos longitudinais que permitam compreender o envelhecimento com base nos processos de desenvolvimento psicológico nele implícitos «ao longo do ciclo de vida» e não apenas «quando se está já a envelhecer». Fonseca (2005) refere, então, que não há uma forma única de envelhecer com sucesso e, sendo assim, o factor individual surge, pois, como determinante para se falar da inexistência de um único caminho de evolução. Diferentes pessoas podem ter diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação com a vida e obtendo igual sucesso. Daqui resulta que há diferenças sensíveis quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural de referência, quer de pessoa para pessoa, relativamente a diferentes aspectos considerados, geralmente, como determinantes para o seu bem-estar, (condições económicas, saúde, redes sociais, ou o grau de satisfação de necessidades psicológicas).

O interesse pelo envelhecimento foi surgindo desde que socialmente este processo de desenvolvimento foi sendo importante para as sociedades. Neste sentido, é importante compreender a velhice e ainda perceber como é que os adultos, avaliam na fase presente da sua vida activa o envelhecimento.

Capítulo II- Auto-Percepção do envelhecimento

2.1-A auto-percepção do envelhecimento de acordo com Demakakos, Gjonca e Nazroo (2007) o processo de envelhecer deve ser entendido em termos das percepções individuais e das experiências dos indivíduos. A percepção do envelhecimento e a auto-percepção da idade, aquilo que, em essência, constitui a identidade relativa à idade, são em parte modelados pelas interacções dinâmicas com sistemas sociais e culturais, que enquadram a nossa compreensão da idade e do envelhecimento, no contexto de uma população envelhecida com uma experiência de vida em constante mutação, ao longo das últimas décadas. Provavelmente esta dimensão subjectiva da percepção do envelhecimento é que nos permite compreender, a um primeiro nível, como a maioria dos indivíduos mais velhos se percebe e avalia como mais jovem em relação à sua idade cronológica e assume que para si a meia-idade se estende bem para além dos 60 anos (Demakakos, Gjonca & Nazroo, 2007).

A percepção de uma pessoa sobre si mesma corresponde a um processo de detecção e identificação dos estímulos do ambiente em redor. A nossa percepção será não apenas uma reprodução fotográfica da realidade mas sim uma construção personalizada. Segundo Holzman (1963 cit. Yassine 2011) a percepção pode ser definida como o ponto de contacto psicológico entre nós mesmos e o ambiente. Por sua vez, tem como função principal a de veicular informação sobre o meio onde nos inserimos para uma posterior integração com outras funções psicológicas, tais como a aprendizagem, a memória, o julgamento ou até mesmo a antecipação. De acordo com Shin, Kim e Kim (2002 cit. Yassine 2011), a informação transmitida pela percepção relativamente ao envelhecimento é, posteriormente, integrada em dimensões pessoais básicas nomeadamente: a mudança e controlo sobre o próprio corpo, a percepção da idade, o espaço físico, o rumo da vida e a re-estruturação de relações significativas.

Morgan e Bengtson (1976) construíram um instrumento denominado “*Perceptions of Aging*”, que se evidenciava nas atitudes positivas dos indivíduos face ao envelhecimento. Contrariamente, foram surgindo instrumentos que avaliavam os atributos negativos da percepção acerca do processo de envelhecer (Morgan e Bengtson 1976 referidos por McTavish, 1982).

De um modo geral, estes instrumentos tinham como propósitos avaliar as percepções num continuum e não numa perspectiva multidimensional, tendo sempre uma componente direccional mediante um pólo positivo e um pólo negativo (concordo/discordo, favorável/desfavorável) (McTavish, 1982).

A forma como cada indivíduo percebe o seu envelhecimento pode ser a chave que aponta uma boa ou má adaptação à velhice. Deste modo o envelhecimento deve ser visto numa óptica multidimensional e multidireccional, envolvendo um jogo entre perdas e ganhos e por sua vez entre sucessos e fracassos.

Embora o envelhecimento seja um processo vivido dentro de um contexto social, trata-se de algo que confere ao envelhecimento especificidades, é relevante referir que cada processo de envelhecimento é singular e idiossincrático (Claudino & Carmona, 2010).

Levy, Slade, Kasl, e Kunkel, (2002) no seu estudo concluíram que os indivíduos com auto-percepções do envelhecimento mais positivas experienciam uma melhor saúde funcional, ao longo do tempo. O enquadramento empírico deste estudo, determinam que as auto-percepções do envelhecimento, ou as crenças dos indivíduos idosos acerca da população idosa, podem afectar o seu funcionamento cognitivo e físico. Indivíduos idosos,

associados a um estereótipo positivo do envelhecimento, demonstravam melhores desempenhos ao nível da memória, maior controlo da escrita, um caminhar mais acelerado, uma forte vontade de viver, e uma baixa resposta cardiovascular ao stress, quando comparados com os que estavam associados a um grupo de estereótipos negativos do envelhecimento (Hausdorff, Levy, & Wei; Levy, Ashman, & Dror; Levy, Hausdorff, Hencke, & Wei, citados por Levy *et al.*, 2002).

Segundo Mead (citado por Levy *et al.*, 2002), o *self* é constituído não apenas por uma organização das atitudes individuais particulares, mas também por uma organização das atitudes sociais dos outros ou do grupo social como um todo ao qual o indivíduo pertence. O autor afirma também que, quando as atitudes negativas acerca do envelhecimento são internalizadas, tornam-se parte do *self* do indivíduo. Existe, então, um risco de que as auto-percepções negativas resultantes se tornem expectativas ou predições negativas do modo como o processo de envelhecimento irá ser experienciado.

Na investigação realizada por Levy e Myers (2005), procuraram compreender se auto-percepções do envelhecimento positivas, reduzem a probabilidade de morrer de doença respiratória. As autoras escolheram focar-se nas crenças acerca do envelhecimento porque a sua pesquisa anterior demonstrara que auto-percepções mais positivas do envelhecimento mantidas pelos idosos, prediziam uma variedade de resultados benéficos para a saúde, incluindo a saúde funcional, ao longo do tempo (Levy, Slade & Kasl 2002), a participação em comportamentos de prevenção da saúde, ao longo do tempo (Levy & Myers, 2004), assim como a vontade de viver (Levy, Slade, Kasl, & Kunkel, 2002). Desta forma concluíram que os participantes com auto-percepções mais positivas do envelhecimento tinham, expressivamente, menos probabilidade de morrer de doença respiratória, durante um período de 23 anos de *follow-up*.

O estudo do envelhecimento propriamente dito é importante, mas as investigações têm-se direccionado para as percepções que os indivíduos têm acerca deste, pois essas percepções implicam uma avaliação própria, reflectindo formas de pensar e julgamentos do indivíduo relativamente à sua vida, e que podem estar associados à forma como o processo de envelhecimento irá ser vivido (Furstenberg, 2002).

Snedd e Whitbourne (2005) indicaram que níveis elevados de auto-percepções do envelhecimento positivas são indicadores de resiliência e uma adaptação bem-sucedida aos stressores físicos, psicológicos e ambientais que ocorrem com o avançar da idade. Contudo, defendem a existência de limites na adaptabilidade do sistema de envelhecimento.

Com o avançar da idade e o aproximar da morte, o indivíduo encontra cada vez mais perdas e mudanças negativas numa enorme variedade de domínios. Uma diminuição nas auto-percepções positivas do envelhecimento, no aproximar da morte, indicam que os processos relacionados com o self que contribuem para uma manutenção de auto-percepções positivas já não conseguem compensar totalmente as perdas experienciadas nos vários domínios.

Neste sentido, as auto-percepções do envelhecimento caracterizam um constructo multi-dimensional que abrange facetas como a satisfação com o envelhecimento e a idade subjectiva e, ainda que alguns autores tenham interpretado até hoje a auto percepção positiva do envelhecimento como uma negação do mesmo (e.g., Bultena & Powers, 1978 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009), outros como Levy (2003 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009) e Sneed e Whitbourne (2005 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn- Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009) têm sugerido que “idades subjectivas” mais jovens e elevada satisfação com o envelhecimento poderão ser indicadores da capacidade dos mais velhos para se adaptarem a perdas relacionadas com o envelhecimento.

Num estudo realizado por Ron (2007), foi encontrada uma correlação entre as atitudes negativas em relação à idade avançada e a avaliação subjectiva do estado de saúde dos sujeitos. Estes sujeitos, que definiram o seu estado de saúde de médio a mau, apresentavam mais atitudes e percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que definiram a sua saúde como boa ou excelente.

Vários estudos têm evidenciado que uma auto-percepção positiva do envelhecimento se encontra relacionada com menores riscos de morrer 6, 13 ou 23 anos antes de uma avaliação inicial (Maier & Smith, 1999 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009; Uotinen, Rantanen, & Suutama, 2005 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009; Levy & Myers, 2005; Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002 cit. por Kotter-Grühn, Kleinspehn- Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009). Manter uma auto-percepção do envelhecimento positiva poderá, contudo, tornar-se, cada vez, mais difícil com o aproximar da morte.

A satisfação com o envelhecimento e a idade subjectiva reflectem percepções das mudanças, nesta fase da vida e noutros domínios de funcionamento, mais directamente, relacionados com a morte. À semelhança de outros factores psicossociais, a auto-percepção do envelhecimento poderá estar associada a (1) comportamentos que promovem ou

colocam em risco a saúde; (2) processos fisiológicos (como o eixo de stress hipotálamo-hipófise); (3) tendências relacionadas com lidar com os desafios da idade mais avançada; ou (4) uma exposição diferenciada a factores de risco ambientais (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf & Smith, 2009).

Podemos ainda referir que vários estudos têm evidenciado que as crenças sobre o envelhecimento estão também associadas com comportamentos de saúde. Nos idosos é comum os problemas serem atribuídos à idade e ao envelhecimento, no sentido em que estas atribuições estão associadas a mecanismos de coping passivos, a baixos índices de utilização de serviços de saúde e a uma maior taxa de mortalidade. Por sua vez, indivíduos com 50 ou mais anos que revelaram percepções positivas no envelhecimento, estão menos susceptíveis de experienciar incapacidades e até mesmo de morrerem precocemente, investindo em comportamentos de saúde saudáveis bem como comportamentos de prevenção. Ao invés, indivíduos com baixas expectativas no que se refere ao envelhecimento revelam estilos de vida sedentários (Sarkisian, Shunkwiler, Aguilar & Moore, 2006; Levy & Myres, 2004).

As investigações com grupos jovens, produzidos por Cantwell e Barrett (2006) relativamente às percepções de envelhecimento, demonstraram que estes acreditam que a idade reduz a atractividade, que os idosos são dependentes dos outros e são infelizes. Por outro lado, a mesma investigação refere que os jovens também têm uma visão positiva acerca do envelhecimento, pois consideram-no uma fase onde predomina o conhecimento e a sociabilidade.

As percepções positivas de envelhecimento contribuem para a auto-estima e para o bem-estar psicológico. Quando os indivíduos se sentem mais jovens relativamente à idade, isso pode ser associado a um envelhecimento de sucesso, a um estado de saúde positivo e a um maior bem-estar psicológico (Kleinspehn-Ammerlehn, Kotter-Grühn & Smith, 2008), além de que são a únicas dimensões relacionadas com uma maior longevidade.

Segundo Levy (2003) sentir-se jovem e estar satisfeito com a sua própria idade são expressões de percepções positivas de envelhecimento. A satisfação com o envelhecimento é, conceptualmente, aquilo que permite avaliar de uma forma mais explícita a idade e o envelhecimento dos indivíduos. Desta forma, as percepções positivas de envelhecimento são vistas como os indicadores de um envelhecimento saudável ou positivo, de uma identificação com a idade e dos processos de auto-regulação (Sneed & Whitbourne, 2005).

Assim com uma visão positiva da vida, será mais fácil ao indivíduo estar satisfeito e pensar nele próprio com uma pessoa saudável e mais activa.

2.2-O modelo de Auto-regulação no processo de envelhecimento

A investigação sobre as percepções do envelhecimento é limitada e uma das razões para esse facto é a ausência de medidas adequadas, derivadas teoricamente (Barker et al., 2007). No sentido de colmatar esta lacuna Barker et al.,(2007) adoptaram o modelo de auto-regulação de senso comum (Common Sense Model of Self-regulation, CSM) proposto por Howard Leventhal, Meyer e Nerenz (1980) que tem sido extensamente utilizado na investigação sobre saúde e doença (Rider&Wit, 2006).

A auto-regulação funciona como um modelo de processamento da informação, em resposta a alterações ou ameaças ao estado de saúde, permitindo ao indivíduo perceber-se a si, e as mudanças no seu estado de saúde. Podendo assim, actualizar as suas representações num sentido saudável ou mal-adaptativo.

Os comportamentos que nós adoptamos para manter a saúde, evitar e controlar a doença reflectem as nossas histórias médicas e psicológicas. Este conhecimento, forma um esquema baseado na combinação das novas sensações somáticas e na informação sobre a doença de outras pessoas, gerando representações (temas ou dimensões) de doença cujos atributos definem a : Identidade (crenças sobre o rótulo, a natureza da doença e a ligação aos sintomas; Duração (crenças sobre o tempo de duração e o curso da doença, natureza, crónica ou cíclica); Consequências (crenças sobre o impacto da doença na vida pessoal); Controlo (crenças sobre o modo pessoal de manejar a doença); Causa (crenças sobre a causa provável da doença) e Representações emocionais (respostas emocionais geradas pela doença).

Até ao momento, e apesar de não ser inerentemente um modelo de saúde e de doença, o CSM só tem sido aplicado ao contexto da saúde física e psicológica (Claudino, et al.,2011).

Apesar do envelhecimento ser um estágio normal de desenvolvimento e não uma doença ou um acontecimento que possa ser incluído numa lista tradicional de stressores de vida, coloca exigências e desafios que requerem manejo e adaptação (Baltes, 1990) acrescendo o facto da comorbilidade aumentar com a idade (Prohaska, E. Leventhal & H. Leventhal, 1985). Deste modo, Barker et al., (2007), propuseram a utilidade do CSM no estudo da adaptação ao envelhecimento.

Seguindo assim o modelo anterior, Barker et al., (2007), transpõem as dimensões representacionais a seguir descritas, para o contexto do envelhecimento: a identidade (crenças sobre o envelhecimento, no contexto de saúde, relacionadas com mudanças como o declínio físico); a duração (consciência que o indivíduo tem da própria experiência de envelhecimento, ao longo do tempo. A duração pode ser crónica, e estar associada à inactividade (Barak & Stern, 1986, referidos por Barker et al., 2007) e à degradação da saúde (Westerhof, Barrett, & Steverink, 2003, referidos por Barker et al., 2007). Pode também ser cíclica, quando o indivíduo umas vezes sente que está a envelhecer e, outras vezes não; e também é importante ter em atenção, as consequências (o impacto que o envelhecimento tem na vida do indivíduo).

Este impacto, pode ser positivo e estar associado ao aumento da criatividade (Lindauer, Orwoll, & Kelley, 2000, referidos por Barker et al., 2007) e a um aumento do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). Pode ser negativo, e estar associado com a depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007) e a diminuição do bem-estar subjectivo (Steverink et al., referidos por Barker et al., 2007). O controlo, quando o indivíduo acredita que é capaz de monitorizar a sua experiência de envelhecimento. Quando o indivíduo sente, que consegue controlar a sua vida, isso pode facilitar e contribuir para o seu bem-estar. O controlo pode ainda ser positivo ou negativo); as representações emocionais (dizem respeito às respostas que o indivíduo vai dando ao seu envelhecimento. Se responder com emoções negativas, pode sentir preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva, tristeza, além de se verificarem alterações a nível da saúde física e funcional (Smith & Freund, 2002, referidos por Barker et al., 2007) e a adopção de estratégias de *coping* mal-adaptativas (Gomez & Madey, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

Com base nesta conceptualização, os autores (Barker et al., 2007) construíram o questionário Aging Perceptions Questionnaire (APQ) usado no presente estudo e descrito mais detalhadamente no capítulo da metodologia.

Capítulo III- *Mindfulness* e Serviço Social

3.1- *Mindfulness*: conceitos e definições

Conceptualizado de um modo abrangente, o termo *mindfulness* tem sido descrito como um processo de consciência, sem juízo de valor, não elaborado, centrado no

presente, e no qual cada pensamento, sentimento, ou sensação que surge no campo atencional da pessoa, é reconhecido e aceite como é (Shapiro & Schwartz, 2005).

O conceito de *mindfulness* é geralmente definido como a atenção plena às experiências que ocorrem no momento presente, de modo aceitante e não julgador (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 1990; Linehan, 1993a). O *mindfulness* é um estado de equilíbrio do conhecimento momento a momento, no “aqui e agora”, (Kabat-Zinn, 1994) no qual não evitamos os nossos sentimentos, nem fugimos com eles.

O *mindfulness* é um estado mental não-julgador e receptivo em que os indivíduos observam e aceitam os seus pensamentos e sentimentos, tal como são, sem tentar suprimi-los ou negá-los, recusando-os trazer à atenção consciente (Hayes & Gifford, 1997; Wenlaff & Wegner, 2000). Não se consegue ignorar a nossa dor e sentir compaixão por ela ao mesmo tempo.

As descrições do *mindfulness* e dos métodos para o desenvolver tem origem nas tradições espirituais orientais, sugerindo que o *mindfulness* pode ser desenvolvido através da prática regular de meditação, incrementando qualidades positivas, tais como o conhecimento, o insight, a esperança, a compaixão e a equanimidade (Goldstein, 2002; Kabat-Zinn, 2000).

Deste modo, tem sido descrito como atenção completa, e a capacidade para dirigir a atenção pode ser desenvolvida através da prática da meditação que é definida como a auto-regulação da atenção de momento a momento (Goleman e Schwartz, 1976; Kabat-Zinn, 1982 cit. in Baer 2003).

Na meditação de *mindfulness*, a concentração é meramente precursora do cultivar de consciência ou de nos ligar a estados emocionais, humores, pensamentos, e sensações físicas. Diferentes formas de meditação, trabalho de consciencialização corporal influenciaram durante décadas a prática do serviço social. A influência de *mindfulness* é mais recente. Alguns referem-se ao *mindfulness* e ao seu tremendo impacto na psicologia como a terceira geração da psicologia ocidental (Hayes, 2004; Hayes, Follete, & Linehan, 2004). A primeira geração foi a abordagem comportamental, iniciada nos anos 1960, seguida da abordagem cognitivista, que se desenvolveu nos anos 1970. A terceira geração inclui intervenções de treino de *mindfulness* ou práticas dirigidas para o desenvolvimento de qualidades particulares tais como consciência, aceitação, compaixão, e abertura a novas experiências. Neste sentido, a influência no serviço social é similar.

Recentemente a investigação tem identificado que a auto-compaixão está associada com outros indicadores de funcionamento psicológico saudável, especificamente o coping e a auto-regulação emocional (Neff, 2003a). Em termos gerais, a regulação emocional refere-se ao processo através do qual as pessoas dão atenção às suas emoções, equilibram a intensidade e a duração do despertar emocional, e transformam a natureza e o significado dos estados emocionais quando confrontadas com situações stressantes (Gross & Thompson, 2006).

Diferentes linhas de investigação convergem na ideia de que a regulação emocional é um componente essencial de saúde mental e física e que os problemas de regulação estão associados a várias formas de psicopatologia (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Davidson, 2000; Gross, 1998). As emoções envolvem mudanças na experiência subjectiva, na expressão do comportamento, e nas respostas fisiológicas; a regulação emocional refere-se assim, ao processo que amplifica, atenua, ou mantém a força dessas reacções emocionais (Davidson, 2000).

Os contributos de Greenberg (1992; 2004) no âmbito da psicoterapia, sugerem que as emoções são o pilar da construção de Si-próprio e a chave para a organização pessoal. Os significados pessoais que as pessoas dão às suas experiências emocionais envolvem a integração da emoção e da razão.

As competências de regulação emocional, envolvem, entre outras, a identificação e rotulagem de emoções, o aumento de emoções positivas, o desenvolvimento da capacidade de auto apaziguamento, e criar distanciamento necessário das emoções avassaladoras, como o desespero (Greenberg, 1992; 2004).

O poder das emoções curativas e destrutivas é central aos ensinamentos Budistas, e ao conceito de *mindfulness*, em particular, que integra as teorias cognitivas, comportamentais, experienciais e psicodinâmicas (Martin, 1997). O *mindfulness* pode ser um modo de facilitar uma estratégia de coping da regulação emocional adaptativa, ao permitir o conhecimento das experiências emocionais, de modo compassivo e sem julgamento, podendo facilitar um envolvimento saudável com as emoções (Hayes & Feldman, 2004). Reciprocamente, o *mindfulness* requer que não nos identifiquemos demasiado com os fenómenos mentais ou emocionais, que poderia fazer com que nos deixássemos apanhar e arrastar pela nossa reacção aversiva (Bishop, et al., 2004). Esta última forma de resposta envolve um foco atencional estreito e ruminação nas nossas emoções negativas frequentemente com um ênfase exagerado nas implicações para o nosso

auto-valor. Este espaço mental providenciado pela tomada de uma abordagem mais impessoal às nossas emoções negativas auto-relevantes, permite assim um maior bem-estar emocional (Baer, 2003; Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006).

Nas últimas décadas, as práticas de meditação *mindfulness* têm sido adaptadas e incorporadas em várias intervenções disponíveis em contextos médicos e de saúde mental. Essas intervenções incluem a terapia comportamental dialéctica (DBT; Linehan, 1993 a, 1993b), redução do stress baseado no *mindfulness* (MBSR; Kabat-Zinn, 1982, 1990), terapia cognitiva baseada no *mindfulness* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), terapia da aceitação e do compromisso (ACT; S. C. Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), e prevenção da recaída no abuso de substâncias (Marlatt & Gordon, 1985; Parks, Anderson, & Marlatt, 2001), bem como outras variações destas abordagens. Estas intervenções conceptualizam o *mindfulness* como um conjunto de competências que podem ser aprendidas e praticadas no sentido de reduzir os sintomas psicológicos e aumentar a saúde e o bem-estar.

3.2- Mindfulness: intervenção, investigação e medida

A prática do *mindfulness* tem sido largamente usada em intervenções clínicas para lidar com inúmeros problemas. Salmon, Santorelli, Kabat-Zinn (1998) documentaram a existência de 240 programas de intervenção baseada no *mindfulness*. Programas que desenvolvem o *mindfulness* através de práticas de meditação formal (eg., redução do stress; terapia cognitiva); desenvolver o *mindfulness* através da prática de competências comportamentais e integrar o *mindfulness* em racionais teóricos já existentes (e.g. perturbações da ansiedade; abuso de substâncias) contam-se de entre os mais salientes na literatura sobre o tema.

Segundo Hick(2009) as intervenções baseadas no *mindfulness*, parecem levar a reduções substanciais numa variedade de problemas médicos e psicológicos como por exemplo: dor crónica (Kabat-Zinn, 1984, 1990; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, & Sellers, 1987), no stress (Shapiro, Schwarz, & Bonner, 1998), stress de cuidadores (Minor, Carlson, Mackenzie, Zernicke, & Jones, 2006), distúrbios alimentares (Kristeller & Hallet, 1999), psoríase (Kabat- Zinn et al., 1998), cancro (Monti et al., 2006; Specia, Carlson, Goodey, & Angen, 2000), comportamentos suicidas (Lineham, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Williams, Duggan, Crane, & Fennel, 2006).

Nas intervenções anteriormente referidas, o *mindfulness* tem um propósito duplo:

primeiro, obter insight em como os padrões automáticos e habituais de sobre-identificação e reacção cognitiva a sensações, pensamentos, e emoções aumentam o stress e o distress emocional, e segundo, reduzir a vulnerabilidade a estes estados mentais, produzindo desse modo uma melhoria mais duradoura no bem-estar emocional (Lau et al., 2006).

Contudo, apesar dos resultados das investigações atestarem resultados positivos, é ainda necessário investigar sistematicamente se os tratamentos levam ao aumento do *mindfulness* e se o aumento do *mindfulness* é mediador dos resultados dos tratamentos baseados no *mindfulness*. Este treino mental é conseguido do aumento da competência na prática da meditação *mindfulness*. No entanto, a insuficiente operacionalização das definições tem apresentado um desafio à avaliação dos programas referidos anteriormente (Bishop et al., 2004).

Entre 2003 e 2006 desenvolveram-se medidas de auto-relato como exemplo, a Cognitive and Affective *Mindfulness* Scale (CAMS; Feldman et al., 2004); a Mindful Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003); e a *Mindfulness* Questionnaire (MQ; Chadwick et al., 2005). Todas estas medidas avaliam o *mindfulness* como uma qualidade de “traço” que é manifesta como uma tendência geral para ser atento na vida diária. Uma outra alternativa, proposta por Bishop et al., (2004) é conceptualizar o *mindfulness* com o modo, uma qualidade de estado, que é mantida apenas quando a atenção à experiência é intencionalmente cultivada.

Neste sentido, Bishop et al., (2004) sugeriu dois elementos do *mindfulness*: a) a auto-regulação intencional da atenção, para facilitar um maior conhecimento das sensações corporais, pensamentos e emoções; b) e uma qualidade específica da atenção caracterizada pelo empenho em conectar cada objecto do nosso conhecimento (e.g., cada sensação corporal, pensamentos e emoções) com curiosidade, aceitação, e abertura à experiência. Tal estado envolve um processo activo de relação aberta com a nossa experiência do momento, permitindo os pensamentos, sentimentos e sensações correntes (Hayes & Feldman, 2004).

Tendo por base a definição, anterior Lau et al., (2006) sugerem desenvolver uma escala (Toronto *Mindfulness* Scale, 2006), que avalie retrospectivamente, a experiência subjectiva do estado de *mindfulness* em referência às técnicas de meditação desenhadas para evocar o estado de *mindfulness*.

Do mesmo modo Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, e Toney (2006) contemplaram cinco facetas de *mindfulness*: (1) observar, (2) descrever, (3) agir com consciência, (4) não julgamento de experiências internas e (5) não reacção à experiência interna.

3.3-*Mindfulness* e envelhecimento

A pesquisa sobre o impacto das auto-percepções do envelhecimento na saúde, no funcionamento pessoal e social, e na sobrevivência dos adultos mais velhos, indica a necessidade de abordar o preconceito da idade internalizada implícita no envelhecimento. Levy, Slade, Kasl, e Kunkle (2002) sugeriram que uma abordagem para melhorar o estereótipo negativo nos idosos é promover a consciência da auto-estigmatização das pessoas mais velhas. Por exemplo, o treino das competências de *mindfulness*, tem demonstrado promover a auto-consciência de pensamentos e sentimentos. Krompinger e Baime (2007 cit. Turner, 2010) identificaram a importância do treino *Mindfulness* Based Stress Reduction (MBSR) no aumento da capacidade para orientar ou concentrar a atenção. O treino de competências de *mindfulness* demonstrou ser um método eficaz no aumento da capacidade de manter a atenção (Bishop et al., 2004).

A formação em atenção plena, pode permitir às pessoas ao longo do processo de desenvolvimento, perceber o quanto reagem de modo automático, a determinados pensamentos e sentimentos negativos sobre o envelhecimento. Postula-se que as pessoas mais velhas beneficiam das capacidades aprendidas no treino da mente para gentilmente abandonar esses preconceitos. Além disso, as tradições meditativas equilibram o conhecimento consciente com a auto-aceitação e o não-julgamento. Práticas que promovem a aceitação têm o potencial de reduzir a tendência dos mais velhos à auto-estigmatização, e à promoção de auto-percepções positivas do envelhecimento (Turner, 2010).

Num estudo recente e pioneiro, efectuado por Turner (2010) sobre o treino de competências de *mindfulness* em onze idosos, foram usadas medidas de Five Facet *Mindfulness* Scale (FFMQ), de auto-percepção do envelhecimento através do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) e de regulação emocional através do Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). Os resultados forneceram suporte experimental para as hipóteses de que os participantes mais velhos que participaram no grupo experimental de treino de competências de *mindfulness*, aumentaram o *mindfulness* (atenção plena), a capacidade de auto-regulação emocional, e apresentaram auto-percepções mais positivas sobre o seu envelhecimento. Este estudo sugere que o treino de competências de *mindfulness* vale a pena investigar como um método para promover o envelhecimento bem-sucedido em populações idosas. Investigação mais qualitativa é necessária, a fim de explorar a conexão da atenção plena e as auto-percepções de envelhecimento (Turner,

2010).

Splevinsa, Smithb e Simpsona (2009) efectuaram um estudo sobre o distress emocional e a sua correlação com o *mindfulness* em idosos, que tinha como objectivo: investigar mudanças no bem-estar emocional dos adultos mais velhos (especificamente os níveis de ansiedade, depressão e stress) e capacidade de *mindfulness*, após um treino de *mindfulness* baseado em terapia cognitiva (MBCT); explorar as correlações entre o *mindfulness* (medido como uma capacidade global com componentes individuais, também usadas no presente estudo, observar, descrever, agir com consciência e aceitar sem julgamento) e alterações nos níveis de depressão, ansiedade e estresse. Os resultados revelaram uma associação moderada e significativa do *mindfulness* com o aumento do bem-estar emocional. O incremento dos quatro componentes do *mindfulness* estão positivamente associados com o aumento no bem-estar emocional, no entanto, só as facetas agir com consciência e aceitar sem julgar, se correlacionaram significativamente com a redução da depressão. As pessoas idosas da amostra em estudo revelaram pontuações mais elevadas nas facetas de *mindfulness* observar e agir com consciência, por comparação à população mais nova. As recomendações do estudo vão no sentido de investigar a possibilidade do *mindfulness* poder ser uma extensão do processo de desenvolvimento.

3.4- *Mindfulness* e Serviço Social

Os assistentes sociais utilizam cada vez mais aspectos de *mindfulness* em três vertentes principais como: 1) abordagem de intervenção (individual, trabalho de grupo, trabalho comunitário); 2) como meio de cultivar uma relação terapêutica positiva com os clientes; 3) e como auto-cuidado tanto para eles próprios como para familiares cuidadores (Hick, 2009).

Denota-se que a maioria de pesquisa e de publicações de *mindfulness* ocorreu na psicologia e medicina e com foco em abordagens de intervenção em grupo.

Tendo em conta que existem assistentes sociais a usar intervenções de base *mindfulness*. Acrescentamos que devido à particularidade do serviço social como profissão de ajuda, os assistentes sociais podem estar a integrar o conceito de formas diversas.

Actualmente existem apenas mais de uma dúzia de publicações sobre o *mindfulness* realizadas pelos assistentes sociais, o que significa que existe muito trabalho para se fazer nesse âmbito (Hick,2009).

De acordo com a pesquisa dos autores Hick & Furlotte (2009b cit. Hick, 2009), foi

desenvolvida uma nova abordagem especialmente focada em pessoas severamente marginalizadas e também em pessoas que enfrentam múltiplas e severas dificuldades muitas vezes resultantes da perda de casa. Denominado treino de *mindfulness*, é construído com base em intervenções de *mindfulness* existentes mas de modo a envolver directamente os participantes de forma pessoal, interpessoal e a nível estrutural. Deste modo, o programa foi desenvolvido com o envolvimento directo das populações-alvo. Posteriormente Hick e Bien, 2008 desenvolveram um trabalho de examinação de como o *mindfulness* pode ter um impacto positivo na relação terapêutica, o resultado deste trabalho foi o livro *Mindfulness and Social Therapeutic Relationship* (Hick & Bien, 2008 cit.Hick, 2009).

Do mesmo modo, foi explorada a teoria e a prática da combinação da intervenção *mindfulness* com a intervenção de serviço social orientada para a justiça (Hick & Furlotte, 2009, cit. Hick,2009). Este recente trabalho tem como finalidade aliar a teoria de orientação para a justiça no serviço social com o *mindfulness* e começar a deslindar as abordagens práticas nestes terrenos.

Ainda assim, Wong (2004 cit. Hick,2009) revelou a abordagem *mindfulness* na pedagogia do serviço social. No sentido de estudar ideias que são úteis para a prática do serviço social, mas discute amplamente a pedagogia e educação, como refere o título do seu artigo *Knowing Through Discomfort: A Mindfulness-based Critical Social Work Pedagogy*.

Deste modo, fez o contraste da “racionalidade discursiva” com a “racionalidade da escuta”. Na sua óptica, ouvir racionalmente abre-nos a contradições, à riqueza do ser, que não é sujeito a uma ordem conceptual. Demonstra como isso afecta a sua forma de ensinar os conceitos do serviço social crítico aos alunos. Neste contexto Wong está a encorajar os alunos a prestarem atenção aos eventos internos e a perceberem como a sua forma de pensar por ser dominada pela tentação da categorização. A exploração do *mindfulness* por Wong e do serviço social crítico move os educadores no sentido da inquirição da forma como se constrói o conhecimento, e talvez proporcionando espaço aos alunos para descobrir e admirar o conhecimento que haviam marginalizado. Diferentes autores fora do serviço social (i.e. Orr, 2002 cit.in Hick, 2009) discutiram de forma similar a utilidade do *mindfulness* nas pedagogias educacionais de anti-opressão.

Coholic analisa como a meditação *mindfulness* pode ser eficaz em trabalho de grupo (Coholic & LeBreton, 2007 cit. Hick, 2009). Desta forma, demonstrou que aprender *mindfulness* ajudou os participantes do grupo a ordenar através dos seus pensamentos de

forma mais eficaz e a ganhar perspectivas diferentes dos assuntos. Os participantes referiram que a prática de meditação *mindfulness* os assistiu no ganho de um nível mais profundo de auto-consciência, numa atitude de menor julgamento, no sentido mais positivo de auto-estima, no apreciar mais os momentos da vida, e no aumentar os sentimentos de gratidão.

Segundo Hick (2009) existem vários autores que argumentaram a contribuição do serviço social para o trabalho comunitário e mudança social e ainda o papel que o *mindfulness* pode desempenhar neste contexto.

Turner (2010) contribuiu para literatura do serviço social no envelhecimento bem-sucedido. Tendo como objectivo investigar se o *mindfulness* é um método possível para promover o envelhecimento bem-sucedido. Este estudo demonstrou que o treino de competências de *mindfulness* é uma abordagem digna da atenção dos assistentes sociais envolvidas no trabalho com os idosos, mostrando ser um contributo para promover o envelhecimento bem-sucedido em populações idosas.

Parafrazeando Hick (2009) o *mindfulness* é uma contribuição valiosa neste domínio. Verifica que o realce no prestar atenção ao processo e escuta compassiva oferece aos trabalhadores comunitários uma perspectiva de mudança e um novo leque de instrumentos.

De acordo com Iamamoto (2004), o desafio do Serviço Social na actualidade é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional, traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social, onde os sujeitos que vivenciem modos de vida em sociedade sejam participativos na conquista da sua humanidade.

Face ao exposto, os assistentes sociais estão cada vez mais a integrar o *mindfulness* na sua prática profissional de forma, muito criativa. Desta forma, utilizam uma diversidade de intervenções em grupo com base *mindfulness* em diversos contextos, desde hospitais a clínicas de saúde comunitárias e prática privada.

Tendo em conta a revisão de literatura do *mindfulness* na prática do serviço social nos Estados Unidos da América, os assistentes sociais estão a aderir às ideias que envolvem o *mindfulness* de forma muito particular.

Em suma, a intervenção no Serviço Social com base no *mindfulness* pode contribuir para promover o empowerment e a crescente consciencialização, os quais podem conduzir a mudanças pessoais e sociais no processo de envelhecimento (Hick&Furlotte, 2009 cit. Hick, 2009).

Capítulo IV- Apoio social

4.1-Definição do conceito de Apoio Social

A reflexão em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos idosos, têm adquirido nas sociedades ocidentais, uma crescente relevância. Esta questão é notória na medida em que o tema tem tido no discurso político e social e na reprodução de iniciativas mais ou menos visíveis e mediáticas que têm como preocupação principal as questões ligadas à velhice e ao apoio social.

O Apoio social tem sido diversamente definido na literatura ao longo dos anos, de acordo com os seus autores. Segundo Cobb (1976, citado por Sarason, Sarason & Pierce, 1990) definiu-o como a informação que conduz a três sentimentos possíveis: (a) o sentimento de ser desejado e cuidado; (b) o sentimento de ser amado, estimado e valorizado; (c) e por último, o sentimento de pertencer a uma rede recíproca. Barrera (2000) afirma que o suporte social é o conceito que tenta capturar as transacções de ajuda, que ocorrem entre pessoas que partilham a mesma casa, a mesma escola, a mesma vizinhança, o mesmo posto de trabalho, organização ou outros contextos comunitários. Por outro lado, Cohen et al. (2000, citado por Wong, Yoo & Stewart, 2007) definiu-o como os recursos sociais que os indivíduos percebem ter disponíveis, ou que lhes são efectivamente fornecidos por não profissionais, tanto no contexto de grupos de suporte formais, como no contexto de relações de ajuda informais.

O apoio social, alivia o distress em situações de crise, podendo inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo se encontra doente, tem um papel positivo na recuperação da doença. O apoio social, define-se, como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983).

Segundo Barrón (1996) o apoio social é “um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos”. É genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, nos dão valor e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância (Cruz 2001). Nesta perspectiva, o apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

O apoio social pode ser avaliado em três formas. A primeira delas faz-se pela avaliação da rede social, a segunda pela avaliação do suporte recebido, ou seja o suporte

que as pessoas realmente recebem ou afirmam ter recebido. A terceira forma avalia o suporte social percebido, portanto é avaliada a percepção que cada um detém, do suporte que possui disponível, se precisar dele (Sarason et al., 1990). Deste modo, entende-se que o Apoio Social Percebido diz respeito à avaliação, ou apreciação cognitiva que o indivíduo faz dos recursos e relações que tem disponíveis, em caso de necessidade, mais do que a avaliação concreta ou objectiva do suporte que lhe é facultado. De facto, quando se realizam investigações, em que se avaliam as redes sociais e o suporte social recebido, as respostas dos receptores de suporte, não são necessariamente concordantes com as respostas dos “fornecedores” (Sarason, et al., 1990). As investigações na área do apoio social apontam que, são os aspectos percebidos, mais do que, o que é realmente recebido, que estão relacionados com os meios, pelos quais os indivíduos lidam com as situações stressantes, e optimizam a saúde psicológica e física (Cohen & Wills, 1985; Cutrona, 1989 cit. por Sarason et al., 1990).

4.2-Funções e efeitos do apoio social

Frequentemente o apoio social tem sido definido com base nas funções que desempenha. As funções mais citadas são: (a) suporte emocional (ter alguém que expressa simpatia, cuidado e aceitação pelo indivíduo, alguém que oferece conforto e segurança durante alturas de stress, levando o indivíduo a sentir-se acarinhado e desejado); (b) ajuda instrumental ou tangível (fornecimento de recurso financeiros, ajudas domésticas, transporte e assistência física); (c) validação (reforço das competências pessoais e auto-estima); (d) suporte Informal (fornecimento de conselhos, informação ou guias relevantes, para solucionar problemas); (e) integração Social/companheirismo (sentir-se parte integrante de um grupo que partilha os mesmo interesses e preocupações/ter alguém com quem partilhar actividades recreativas e sociais) (Cutrona & Russell, 1990; Cohen et al., 2000 cit. por Wong et al.,2007); (f) uma última função do suporte social, definida por Weiss (1974, citado por Cutrona e Russell, 1990) é a Oportunidade de Prestação de Suporte. Por sua vez, Weiss defende que para o bem-estar dos indivíduos é importante que estes se sintam úteis aos outros.

De acordo com a literatura, confirma-se que o apoio social tem efeitos benéficos na vida de cada um de nós. Os efeitos positivos do suporte social parecem estar relacionados directamente com a saúde. Este exerce um efeito moderador sobre o impacto negativo, para a saúde mental, de eventos de vida adversos, e contribui positivamente para o bem-

estar geral e psicológico (Shen & Takeuchi, 2001 citado por Jasinskaja-Lathi & Liebkind, 2007).

O apoio social, nas suas diferentes vertentes, relaciona-se positivamente com o bem-estar psicológico e a saúde mental, associando-se à redução do risco de mortalidade, estando negativamente relacionado com depressão e stress e com a sintomatologia física (Guedea et al, 2006).

Diversos estudos (Rosa, Benício, Alves e Lebrão, 2007) mostraram que pessoas que têm ocupações socialmente prestigiadas recebem maior apoio social; idosos com rendimentos e habilitações literárias mais altos têm mais contacto com amigos, prestam apoio social aos outros com maior frequência, e manifestam maior satisfação com o apoio recebido; foram também observadas diferenças significativas, que favorecem os indivíduos casados, quanto ao apoio dado pela família, de forma igual para ambos os sexos.

4.3-Apoio social no processo de envelhecimento

O apoio social é um factor importante para a pessoa com mais idade poder manter-se com autonomia e ter um envelhecimento satisfatório, sem tantos efeitos negativos. Pinazo (2006) refere que as pessoas de idade que participam das redes sociais de forma activa e que recebem apoio social informal são detentoras de uma melhor saúde física e mental. Dentro desse contexto, o autor avalia que a família é a principal fonte de apoio informal.

De acordo com Sarason, Levine, Basham e Sarason (1983) o apoio social pode ser definido como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós"

O contacto e as trocas sociais permitem ao idoso desenvolver maior resiliência e bem-estar psicológico, promovendo a manutenção de respostas mais adequadas diante eventos de stress, como problemas de saúde. Os factores sociais, tais como redes sociais (família e amigos), são esperados no promover positivo da auto-percepção quanto ao envelhecimento e à saúde. Os indivíduos com recursos sociais têm uma percepção mais favorável de si e das situações (Krause, 1997). A existência de laços e de uma sustentação forte do social, ou seja, do outro podem amparar o amor próprio dos indivíduos mais velhos e influenciar positivamente a auto-percepção do envelhecimento e da saúde.

Segundo Segrin (2006) o apoio social é visto como um factor social muito importante, quer nas tarefas de desenvolvimento do envelhecimento, quer também no apoio que fornecem aos indivíduos, face às exigências do meio envolvente.

Com efeito, o apoio social é fulcral, na diminuição de riscos na doença cardiovascular, na mortalidade do cancro, e no declínio funcional (Seeman & McEwen, 1996; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). Por sua vez, os relacionamentos sociais, contribuem para o bem-estar e para as qualidades emocionais. Estas, relações estreitas, influenciam de forma positiva a vida dos idosos. As investigações realizadas sobre o bem-estar subjectivo comprovam que as relações estreitas, são um predictor de confiança e de promoção de felicidade e satisfação de vida (Diener & Seligman, 2004).

Segundo Lemos e Medeiros (2002) o apoio social pode definir-se, como parte da rede informal e mais próxima, dos relacionamentos do idoso. Sendo um construto muito abrangente, a sua operacionalização é complexa. O contacto e as trocas sociais, possibilitam ao idoso fomentar maior resiliência e bem-estar psicológico, favorecendo a manutenção de respostas mais adequadas diante eventos de stress, tal como problemas de saúde. Desde muito cedo, que o apoio familiar, como dar e receber informações, proporcionar ajuda material e emocional, dar às pessoas a sensação de bem-estar e de valorização, faculta a construção e a manutenção de uma identidade social, além de apoio na atribuição de sentido às suas experiências de vida.

Todavia, outros autores distinguem o apoio social psicológico e não-psicológico, o primeiro reporta-se ao prover informação e o segundo ao apoio social tangível (Cohen & McKay, 1984).

Krause (1997) refere que tal como os factores sociais, as redes sociais são esperados no promover positivo da auto-percepção, quanto ao envelhecimento e à saúde. Neste sentido, os indivíduos com recursos sociais, têm uma percepção mais favorável de si e das situações. A existência de laços e de uma sustentação forte social, ou seja, do outro, podem amparar o amor-próprio dos indivíduos, mais velhos. Este apoio social, é fulcral quer nas tarefas de desenvolvimento do envelhecimento, quer também no apoio que fornece aos indivíduos, face às exigências do meio envolvente (Segrin, 2006).

Podemos então referir que o apoio social é determinante na forma como o indivíduo se percebe, e este período é caracterizado por uma avaliação objectiva e subjectiva, sobre o que constituiu a sua vida. O envelhecimento, provê uma ideia de isolamento (face

às perdas e ao afastamento de pessoas significativas), sendo necessário encontrar estratégias, para preservar e desenvolver probabilidades positivas entre os idosos.

Uchino (2004) entende que as redes sociais de apoio, ou de suporte, caracterizam-se pelo sentimento de pertença a esses mesmos grupos, devem assentar em medidas de integração social (frequência de contactos sociais), apoio recebido (quantificação de ajuda), e sobretudo, devem ter em conta o apoio percebido pelo idoso, e que pode não ser por este reconhecido.

As redes informais de apoio a idosos (familiares, amigos, vizinhos), desempenham um papel essencial, particularmente, quando as redes formais (instituições de solidariedade) são escassas ou insatisfatórias. Desta forma, possibilitam, que o idoso simultaneamente com os seus familiares e amigos exerçam, um papel significativo na manutenção do seu próprio bem-estar. Apesar da família ser a fonte primária de apoio social e afectivo ao idoso, as relações de amizade têm também um papel fundamental e benéfico. De acordo com os autores, as amizades são um importante factor de protecção ao idoso, sobretudo quando são espontâneas e permitem a troca de experiências e vivências comuns (García, Banegas, Pérez-Regadera, Cabrera, & Rodríguez-Artalejo, 2005).

Assim sendo, os indivíduos que têm poucas teias sociais correm o risco de morrer mais cedo, uma vez que o apoio social está ligado à sobrevivência. Por outro lado os indivíduos que têm um forte apoio social e que o conseguem perceber são os que mostram uma melhor saúde física e mental, quando comparados com indivíduos que vivem isolados. Desta forma, é evidente o contributo do apoio social percebido para a percepção do estado de saúde dos indivíduos, mas também para o bem-estar psicológico e geral (Siebert, Mutran & Reitzes 1999 cit. Tavares & Claudino, 2010).

A maioria das investigações incide no apoio social, enquanto medida redutora de stress. No entanto, procura-se estudar o apoio social, como estrutura que promove o bem-estar psicológico e a satisfação de vida. Principalmente, insere a sua importância, nas percepções que o idoso tem acerca de si próprio. Para Litwak (1981) estas redes sociais funcionam, como o factor de protecção face ao processo de envelhecimento.

Capítulo V- Metodologia

Neste capítulo é apresentada a descrição da metodologia utilizada ao longo desta investigação empírica. Inicialmente aborda-se a questão de investigação, posteriormente são referenciados os objectivos do estudo, as hipóteses a estudar, o desenho de investigação. Segue-se a descrição da amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sócio-demográfica, os respectivos procedimentos da investigação e os procedimentos estatísticos aos quais se recorreram e por fim os instrumentos utilizados.

1-Questão de Investigação

As competências de *mindfulness* (atenção plena) constituem um recurso que, por meio de processos de apoio social podem contribuir para promover as auto-percepções positivas de envelhecimento em adultos activos?

2-Objectivos do Estudo

Pretende-se aprofundar o conhecimento das relações entre as auto-percepções de envelhecimento, competências de *mindfulness* e o apoio social percebido, em adultos em fase profissional activa.

O desenvolvimento desta investigação foi orientado pelos seguintes objectivos específicos:

1. Descrever e comparar as relações diferenciais entre as facetas de *mindfulness* e as dimensões da auto-percepção de envelhecimento.
2. Analisar e descrever as relações diferenciais entre as facetas de *mindfulness* e o apoio social percebido.
3. Analisar e descrever as auto-percepções de envelhecimento que predizem o *mindfulness*.
4. Identificar o papel do apoio social na relação entre as diferentes facetas do *mindfulness* e as diferentes dimensões das auto-percepções de envelhecimento.

3-Hipóteses do Estudo

Assim, em conformidade com os aspectos teóricos revistos na primeira parte deste trabalho, apresentam-se as hipóteses de investigação:

Hipótese 1-A relação entre a auto-percepção do envelhecimento e as facetas de *mindfulness* em adultos activos.

Hipótese 2-A relação entre as facetas do *mindfulness* e o apoio social.

Hipótese 3-A auto-percepção do envelhecimento como preditora das facetas de *mindfulness*.

Hipótese 4-O Apoio social é mediador na relação entre as auto-percepções de envelhecimento e o *mindfulness*.

4-Desenho do Estudo

Visando os objectivos traçados, optamos por uma investigação exploratória. Em termos de análise é descritiva, comparativa correlacional, na medida em que se irá descrever, comparar e verificar se existe relação entre variáveis. Este estudo, procura também explicar indicadores associados à forma como a população activa, percepção o envelhecimento e as suas dimensões.

5- Amostra

A amostra do presente estudo foram os indivíduos adultos em idade activa, residentes em Portugal Continental (Grande Lisboa e Região Centro-Beira Litoral) de ambos os sexos. Os critérios de inclusão na amostra foram a nacionalidade portuguesa e a idade dos indivíduos, sendo que esta esteve compreendida entre os 30 e os 64 anos de idade, bem como, a sua disponibilidade de participação nesta investigação.

O período de recolha de dados situou-se entre Dezembro e Fevereiro de 2011. Escolheu-se uma amostra de informantes estratégicos, mais especificamente uma amostra de “bola de neve”. Neste tipo de amostra, o investigador pede a um conjunto de informadores iniciais que forneça o nome de outros potenciais membros que estejam disponíveis para participarem no estudo (Pais-Ribeiro, 2008). O facto de se recorrer a uma amostra de bola de neve permitiu aplicar um maior número de questionários em menos tempo. Participaram no estudo 181 indivíduos, mas devido à identificação de outliers patentes em alguns participantes foram eliminados 23 questionários, passando a amostra final a ser constituída por 158 indivíduos.

A Tabela 1 mostra a caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo, através de uma distribuição absoluta e percentual.

5.1- Caracterização Sócio-demográfica da Amostra*Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características da amostra (N= 158)*

| <i>Variáveis</i> | <i>N</i> | <i>%</i> |
|---|----------|----------|
| <i>Idade</i> | | |
| 30 a 39 anos | 69 | 43,7 |
| 40 a 49 anos | 49 | 31,0 |
| 50 a 64 anos | 40 | 25,3 |
| <i>Género</i> | | |
| Feminino | 92 | 58,2 |
| Masculino | 66 | 41,8 |
| <i>Estado Civil</i> | | |
| Solteiro | 43 | 27,2 |
| Casado(a) | 76 | 48,1 |
| Viúvo(a) | 5 | 3,2 |
| Divorciado(a) | 21 | 13,3 |
| União de facto | 13 | 8,2 |
| <i>Habilitações literárias do inquirido</i> | | |
| Não sabe ler e escrever | 1 | 0,6 |
| Sabe ler e escrever | 4 | 2,5 |
| Ensino primário | 12 | 7,6 |
| Ensino preparatório | 15 | 9,5 |
| Ensino secundário | 66 | 41,8 |
| Curso médio | 16 | 10,1 |
| Curso superior | 44 | 27,8 |
| <i>Profissão do inquirido</i> | | |
| Quadros Superiores da Adm. Pub., Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa | 27 | 17,1 |
| Especialistas das profissões Intelectuais e Científicas | 11 | 7,0 |
| Técnicos Profissionais de Nível Intermédio | 38 | 24,1 |
| Pessoal Administrativo e Similares | 34 | 21,5 |
| Pessoal dos Serviços e Vendedores | 20 | 12,7 |
| Agricultores e trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas | 3 | 1,9 |
| Operários, Artífices e trabalhadores similares | 9 | 5,7 |
| Operadores de Instalações e Máquinas e trabalhadores de Montagem | 5 | 3,2 |
| Trabalhadores Não Qualificados | 11 | 7,0 |
| <i>Com quem vive</i> | | |
| Cônjuge | 21 | 13,3 |
| Filhos | 15 | 9,5 |
| Cônjuge e filhos | 79 | 50,0 |
| Sozinho | 23 | 14,6 |
| Com outros familiares | 15 | 9,5 |
| Com a mãe | 2 | 1,3 |
| Com o/a namorado/a | 2 | 1,3 |
| Com os filhos, mãe e sobrinho | 1 | ,6 |
| <i>Percepção do Estado de Saúde</i> | | |
| Comparativamente com outras pessoas (idade/género) como se sente em termos de saúde | | |
| Muito melhor | 30 | 19,0 |
| Um pouco melhor | 55 | 34,8 |
| Mais ou menos na mesma | 64 | 40,5 |
| Um pouco pior | 9 | 5,7 |

De acordo com a Tabela 1, a amostra é constituída por 158 participantes (58,2%) do sexo feminino e 66 do sexo masculino (41,8%), com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos de idade ($M=43.08$ anos; $DP=9.08$).

A distribuição por três grupos etários, mostra-nos que 43,7% dos participantes estão situados no grupo etário dos 30 aos 39 anos sendo que o grupo etário seguinte, dos 40 aos 49 anos, está representado por 31,0% e o último grupo etário que abrange os indivíduos com idades compreendidas entre 50 aos 64 anos está representado por 25,3% dos elementos da amostra.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casado(a) (48,1%). De seguida com 27,2% os solteiros, com 13,3% divorciados, sendo o grupo da união de facto e do viúvo (a) o menos representativo na amostra (8,2% e 3,2%, respectivamente).

Nas Habilitações literárias detectou-se que há uma maior percentagem de inquiridos no ensino secundário correspondente a 41,8%, seguindo-se Curso superior com 27,8%, depois o Curso médio com 10,1%. As restantes habilitações apresentam as seguintes percentagens: Ensino preparatório 9,5%, Ensino primário 7,6% e com menor representatividade Sabe ler e escrever 2,5% e Não sabe ler e escrever 0,6%. Conforme se pode verificar o gráfico 4 em anexo.

Em termos de profissão a maioria dos inquiridos apresenta a profissão de Técnicos Profissionais de Nível Intermédio 24,1%, sendo de seguida a profissão de Pessoal Administrativo e Similares 21,5%, os Quadros Superiores da Adm Pub., Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa com 17,1% e Pessoal dos Serviços e Vendedores representado por 12,7%. Os restantes grupos encontram-se distribuídos da seguinte forma: os Especialistas das profissões Intelectuais e Científicas e Trabalhadores Não Qualificados correspondem a 7%, os Operários, Artífices e trabalhadores similares 5,7% e menos representativo Operadores de Instalações e Máquinas e trabalhadores de Montagem com 3,2%.

Na situação actual perante o trabalho, verificamos que a maioria dos indivíduos da amostra encontram-se empregados com 84,8%, sendo o restante distribuído com valores de menor representatividade entre o desempregado 7,6%, o reformado 5,1% e por último, com menor valor o trabalho doméstico correspondendo a 2,5%.

Quando analisamos amostra de estudo, relativamente às pessoas com as quais vivem, verificamos que a grande maioria vive com o cônjuge e filhos (50,0%), a viver sozinho 14,6%, seguidamente com 13,3% o inquirido vive com o cônjuge. Com menor

representação a viver com os filhos e com outros familiares correspondentes a 9,5%, ainda com a mãe e namorada respectivamente 1,3%. Sendo menos frequente viver com os filhos, mãe e sobrinho com 0.6%.

Na avaliação da percepção do estado de saúde comparativamente a outras pessoas da mesma idade e género, os participantes da amostra sente-se “mais ou menos” em termos de saúde representando 40,5%. Com “um pouco melhor” de saúde correspondente a 34,8% e 19% sentem-se “muito melhor”, sendo o valor menos representativo de 5,7 % dos participantes referem que se sentem “um pouco pior”. Esta variável não foi usada nos cálculos estatísticos do presente estudo.

6-Procedimentos

Antes de se proceder administração dos instrumentos, os participantes foram informados dos procedimentos da investigação, assim como o respeito pelo anonimato em relação aos dados. Desta forma, os participantes foram elucidados sobre os objetivos do estudo, assim como, foi assegurada a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado, sobre a sua participação. Do mesmo modo, o preenchimento dos questionários foi realizado individualmente através do auto-preenchimento, após o esclarecimento daquilo a que cada questionário se referia, além do esclarecimento de dúvidas pontuais.

Os instrumentos foram administrados no ambiente escolhido pelo participante, de modo a fornecer um ambiente confortável e privado, de forma a garantir a sua privacidade e total preenchimento dos mesmos, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 100%. O tempo médio de aplicação do questionário rondou os 30 minutos.

Inicialmente foi desenvolvido um estudo piloto que teve como principal finalidade aperfeiçoar a metodologia e desenvolver ajustamentos nos procedimentos, previamente delineados. Permitindo deste modo testar o planeamento do estudo, nomeadamente, quanto aos instrumentos e às suas características psicométricas.

6.1-Procedimentos Estatísticos

Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do software informático *PASW Statistics 19 - Predictive Analytics SoftWare* (anteriormente designado por SPSS).

O tratamento de dados iniciou-se com a caracterização das variáveis sócio-demográficas, em termos de medidas de estatística descritiva (variáveis quantitativas: mínimo, máximo, média e desvio padrão).

Seguidamente avaliou-se a consistência interna (fiabilidade) das escalas utilizada, com base no coeficiente Alfa de Cronbach. Para cada escala foram ainda determinadas as correlações com os conceitos /factores que as compõem, através do Coeficiente de correlação de Spearman, na medida em que as variáveis não seguiam uma distribuição normal.

Previamente à aplicação dos testes estatísticos estudou-se a normalidade das distribuições e a homogeneidade das variâncias das amostras, de forma a decidir qual o melhor teste (paramétrico ou não paramétrico) que se adequava às diferentes situações.

Os testes paramétricos comparam as médias entre amostras e a sua utilização requer que a variável independente seja quantitativa, a distribuição dos dados da amostra seja normal e que as variâncias das amostras sejam semelhantes. Quando as condições de aplicação dos testes paramétricos não são cumpridas recorre-se a testes não paramétricos, que comparam valores médios e/ou a forma das distribuições das variáveis nas amostras (Maroco,2010).

A normalidade das distribuições das amostras foi averiguada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, uma vez, que as amostras tinham um efeito superior a 50 (Maroco,2010).A homogeneidade das variâncias foi determinada através do teste Levene (Maroco,2010).

Em suma, para averiguar relativamente as relações entre as variáveis e cada escala utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: Recorreu-se ao cálculo do alfa de Cronbach, de modo a obter-se informação sobre a consistência interna dos três instrumentos utilizados neste estudo (QPE, EPS e FFMQ). Efectuou-se o Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov e o Test de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias.

Recorreu-se à análise do coeficiente de Correlação de Spearman para verificar a relação entre variáveis ordinais e as variáveis em estudo. Assim como os testes a efeitos de mediação usando o modelo de regressão linear.

Por fim, procedeu-se à análise da regressão stepwise, no sentido de procurar um modelo que possibilitasse “prever” os valores da variável dependente, neste estudo definida pelas dimensões da auto-percepção do envelhecimento em função da variável

independente, traduzida pelas cinco facetas de *mindfulness*. Em todos os testes estatísticos executados consideraram-se níveis de significância alfa (α) de 0,05 e 0,01.

7-Instrumentos Para obter informações sobre as variáveis a estudar foram usados, numa só aplicação, os seguintes questionários:

Tabela 2- Síntese dos quatro instrumentos utilizados no presente estudo

| Título | Versão Original | Versão Portuguesa |
|--|---|--|
| <i>Questionário Sócio-Demográfico</i> | Carla Pereira | |
| <i>Finalidade:</i> recolha e tratamento de dados relativos às características pessoais dos indivíduos e respectiva história clínica. | | |
| <i>Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)</i> | <i>Aging Perceptions Questionnaire (QPE)</i> (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007) | <i>Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE):</i> (Claudino, 2007; 2011). |
| <i>Finalidade:</i> avaliar as dimensões da auto-percepção de envelhecimento | | |
| <i>Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ)</i> | <i>Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</i> (Baer .R. 2006) | <i>Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ)</i> (Gregório, S., e Gouveia, José Pinto, 2007) |
| <i>Finalidade:</i> Operacionalizar as facetas de <i>mindfulness</i> . | | |
| <i>Escala de Provisões Sociais (EPS)</i> | <i>Social Provision Scale</i> (Cutrona & Russell, 1987) | <i>Escala de Provisões Sociais(EPS)</i> (Moreira & Canaipa, 2007) |
| <i>Finalidade:</i> operacionalizar a concepção multidimensional do apoio social percebido. | | |

7.1-Questionário Sócio-Demográfico

O questionário apresenta uma dimensão de avaliação: sócio-demográfica, que inclui vários itens de apenas um formato, perguntas fechadas, que abrangem as mais diversas variáveis, com a finalidade de recolher e tratar dados relativamente às características pessoais dos indivíduos: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação actual perante o trabalho, com quem vive e relativamente a como as pessoas se sentem em termos de saúde. Avaliamos também a percepção do estado de saúde a partir da seguinte questão: “Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e género, como se sente em termos de saúde?”.

7.2- Aging Perceptions Questionnaire/Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE) (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; versão portuguesa traduzida por Claudino, 2007; 2011)

7.2.1 -Versão Original

O *Aging Perceptions Questionnaire*(QPE) foi construído por Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), tendo por base o modelo de auto-regulação de H. Leventhal (1980). O QPE permite avaliar a auto-percepção do envelhecimento, através de oito escalas distintas, sendo elas: A primeira dimensão é a identidade, que diz respeito às crenças sobre o envelhecimento no contexto de saúde, especificamente relacionadas com mudanças como o declínio físico (Barker, et al., 2007). No presente estudo não será explorada esta última dimensão referida. A segunda dimensão, a duração, refere-se à consciência que o indivíduo tem da sua experiência de envelhecimento ao longo do tempo. Se estiver associada à inactividade e à deterioração da saúde, é crónica, mas poderá ser cíclica dependendo do que o indivíduo sente perante o facto de se perceber a envelhecer ou não (Barak & Stern, 1986; Barker et al., 2007). O impacto do envelhecimento acarreta consequências na vida do indivíduo, os autores consideram esta a terceira dimensão, que poderá ser positivo e estar associado a um aumento da criatividade (Lindauer, Orwoll & Kelley, 2000) e a um aumento do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). Ou por sua vez, pode ser negativo e estar associado à depressão (Gatusso, 2001, referido por Barker et al., 2007) e a uma diminuição do bem-estar subjectivo (Steverink, Westerhof, Bode & Dittmann-Hohli, 2001, referidos por Barker et al., 2007). Uma quarta dimensão refere-se ao controlo, este resume-se, à crença do indivíduo a cerca da sua capacidade para monitorizar a sua experiência de envelhecimento. Ao perceber um controlo, que pode ser positivo ou negativo, sobre a sua vida, existirá uma noção de competência na promoção do seu bem-estar. As representações emocionais, delimitam a quinta dimensão do envelhecimento, que se refere às respostas que o indivíduo vai expressando com base no envelhecimento. Se estas tiverem uma emotividade negativa, o individuo vai expressar preocupação, depressão, ansiedade, tristeza, medo, raiva, o que conduzirá a transformações a nível da saúde física e funcional (Smith & Freund, 2002, referidos por Barker et al., 2007) e adopção de estratégias de *coping* desadaptativas (Gomez & Madey, 2001, referidos por Barker et al., 2007).

Os participantes são questionados sobre as suas experiências de envelhecimento, com questões específicas, focando percepções de envelhecimento, fazendo-se uso das dimensões do Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, adaptadas ao contexto do envelhecimento. Deste modo, para avaliar as primeiras sete dimensões, anteriormente referidas, o participante é convidado a pronunciar-se sobre um conjunto de 32 afirmações, classificando-as de 1 a 5, de acordo com o seu sentir, em que 1 corresponde a “Discordo Fortemente”, 2 corresponde a “Discordo”, 3 corresponde a “Não Concordo nem Discordo”, 4 corresponde a “Concordo” e 5 corresponde a “Concordo Fortemente”, de modo a refletir sobre as experiências de envelhecimento. Como exemplo, perguntas que incluem *"Estou consciente de envelhecer o tempo todo"* e *"Eu sinto minha idade em tudo o que faço"*.

7.2.2- Características Psicométricas na População Irlandesa

Para o estudo de aferição do APQ para a população Irlandesa, recolheu-se uma amostra representativa da população com 2033 indivíduos, de idades compreendidas entre os 65 e os 102 anos.

Deste estudo resultou a eliminação de uma escala (anteriormente eram 8), e também se removem 3 itens, através de uma validação posterior, ficando o questionário final com 32 itens, versão usada no presente estudo.

As subescalas finais são nomeadamente: Duração Crónica (itens 1, 2, 3, 4, 5), Duração Cíclica (itens 27, 28, 30, 31, 32), Consequências Positivas (itens 6, 7, 8), Consequências Negativas (itens 16, 17, 18, 19, 20), Controlo Positivo (10, 11, 12, 14, 15), Controlo Negativo (itens 21, 22, 23, 24) e Representações Emocionais (9, 13, 25, 26, 29). A subescala identidade é composta por 17 itens (Id1 até ao Id17), referindo-se à avaliação das mudanças experienciadas na saúde em geral, nos últimos 10 anos. O valor 0 representa o ‘*Não*’ e o 1 representa o ‘*Sim*’. As pontuações variam entre 0 e 17.

À exceção da subescala consequências positivas, todas as outras subescalas apresentam Alfas de Cronbach entre os ($\alpha=.70$) e ($\alpha=.80$), como se pode verificar pelos seguintes valores: escala “Duração Crónica” ($\alpha=.86$), escala “Duração Cíclica” ($\alpha=.89$), escala “Consequências Positivas” ($\alpha=.64$), escala “Consequências Negativa” ($\alpha=.80$) “Controlo Positivo” ($\alpha=.80$) escala “Controlo Negativo” ($\alpha=.73$) e para “Representações emocionais” ($\alpha=.74$). Estes resultados elevados demonstram que o APQ é um questionário válido e fidedigno na população Irlandesa.

7.2.3-Adaptação Portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento de Claudino et al., (2011)

Este estudo teve como finalidade analisar as qualidades psicométricas do questionário da versão portuguesa e avaliar a relação entre esta medida de representações de envelhecimento e uma medida de bem-estar psicológico através da escala de Bem-estar Psicológico. Foi recolhida uma amostra representativa da população com 330 participantes, de idades compreendidas entre os 30 e os 99 anos.

Analisaram a consistência interna atribuída aos itens que integram um dos oito factores, sendo possível notar que apenas o factor 1 -consequências e controlo negativo ($\alpha = .85$), factor 2-Duração cíclica e representações emocionais ($\alpha = .86$) e o factor 3 -controlo positivo ($\alpha = .77$) apresentam um valor do alfa de Cronbach superior a ($\alpha .70$). Os restantes factores (4,5,6,7,8) apontam valores de alfa de Cronbach abaixo do ($\alpha .70$). Os valores dos Alpha de Cronbach's variam entre ($\alpha = .20$) e ($\alpha = .85$).

Concluiu-se que a estrutura original de sete factores não tem, neste estudo, uma estrutura ajustada, devido, segundo os autores do estudo da adaptação portuguesa, à amostra utilizada ter um tamanho insuficiente para uma análise credível, sugerindo que seja recolhida mais informação antes de se proceder a alterações na escala. Contudo, apesar do estudo não apresentar boas qualidades psicométricas, o QPE é considerado como um instrumento promissor na compreensão das experiências do envelhecimento, podendo de certo modo, identificar indivíduos que estão em risco, devida às percepções não adaptativas sobre o processo de envelhecimento.

Existem estudos Portugueses posteriores que usaram o QPE, na qual obtiveram resultados próximos do original. (Consultar, junqueira, 2010; Keong, 2010; Yassine,2011).

7.2.4- Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Tabela 3- Alfas de Cronbach's das dimensões do QPE do presente estudo

| QPE - Dimensões | Nºitens | Alfa de Cronbach | Alfa se o item for eliminado |
|---------------------------|---------|------------------|------------------------------|
| Duração Crónica | 5 | .71 | .74 |
| Duração Cíclica | 5 | .83 | --- |
| Consequências Positivas | 3 | .67 | --- |
| Consequências Negativas | 5 | .77 | --- |
| Controlo Positivo | 5 | .66 | .67 |
| Controlo Negativo | 4 | .70 | --- |
| Representações Emocionais | 5 | .81 | --- |
| Escala Total | 32 | .86 | .87 |

N=158

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos com os valores de alfa de Cronbach das sete dimensões de QPE e escala total. Observamos que os valores dos alfa de Cronbach variam entre (α .66) e (α .86). A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de (α .86).

7.3- *Five Facet Mindfulness Questionnaire/ Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness* (FFMQ) (Baer, R., et al, 2006); versão portuguesa traduzida e adaptada por (Gregório, S., e Gouveia, José Pinto, 2007)

7.3.1-Versão Original

O instrumento *Five Facet Mindfulness Questionnaire/ Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness* (FFMQ) é uma síntese de uma série de questionários de auto-relato da consciência plena que apareceram na literatura nos últimos anos. Foi desenvolvido por Baer e colegas (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) de modo a examinarem as propriedades psicométricas de cinco questionários *mindfulness* recentemente desenvolvidos, incluindo a Escala de Atenção Consciente consciência, o Inventário de *Mindfulness* Freiburg, o Inventário de Habilidades Kentucky *Mindfulness*, a Cognitiva e Escala *Mindfulness* afetiva, e o Questionário de Atenção Plena.

Segundo os autores (Baer, R., et al., 2008), as cinco facetas do *mindfulness* que são medidas pelo FFMQ são as seguintes: *Observar*, inclui perceber ou assistir a experiências internas e externas, tais como sensações, cognições, emoções, imagens, sons e cheiros; *Descrever*, refere-se a rotular experiências internas com as palavras; *Agir com consciência*, inclui estar presente nas atividades do momento, e pode ser o oposto do comportando mecânico quando a atenção está focada noutra lugar (muitas vezes chamado de piloto automático); *Não julgar*, a experiência interior refere-se a uma tomada de posição não avaliativa dos pensamentos e dos sentimentos e *Não reagir*, à experiência interior é a tendência para permitir que os pensamentos e sentimentos vão e voltem, sem se envolver com eles ou ser levado por eles.

As cinco facetas formam uma escala total de consciência, o que reflete uma medida global da atenção plena. O FFMQ usa uma escala de 5 pontos do tipo Likert (1 = nunca ou muito raramente é verdade, 5 = muito frequentemente ou sempre verdadeira). O tempo estimado para completar o instrumento é de 5-10 minutos.

O instrumento tem 39 itens, foi aplicado a uma amostra de 268 alunos universitários. As qualidades psicométricas do FFMQ foram investigadas em pacientes com cancro, indivíduos com diagnóstico de perturbação de personalidade “borderline”, e a meditadores experientes.

Os pesquisadores indicaram que a FFMQ mede aspectos distintos da consciência e que os fatores têm uma forte consistência interna. Os coeficientes obtidos foram os seguintes: observar ($\alpha = .83$), descrever ($\alpha = .91$), agir com consciência ($\alpha = .87$), não julgar ($\alpha = .87$), e não reagir ($\alpha = .75$). A estimativa da fiabilidade (α) foi de .96. Factores inter-correlações variaram entre .15 a .34, evidenciando que cada faceta é distinta da outra.

7.3.2- Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por (Gregório, S., e Gouveia, José Pinto: 2007).

No estudo da versão portuguesa, participaram 821 sujeitos. Da amostra fizeram parte 597 estudantes universitários e 224 indivíduos da população geral, Foram utilizados como instrumentos de avaliação: O Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (*Five Facet Mindfulness Questionnaire* – FFMQ, Baer et al., 2006). O questionário é composto por 39 itens de autorresposta que avaliam a tendência de cada individuo para estar mindful no dia-a- dia. Todos os itens são respondidos numa escala de tipo Likert de 1 (“nunca ou muito raramente verdadeiro”) a 5 (“muito frequentemente ou sempre verdadeiro”). Quanto aos resultados da consistência interna das facetas de *mindfulness* da versão portuguesa mostram que as subescalas apresentaram valores indicativos de uma boa consistência interna: Observar ($\alpha = .78$); Descrever ($\alpha = .88$); Agir com Consciência ($\alpha = .89$); Não Julgar ($\alpha = .86$); Não Reagir ($\alpha = .66$).

Os valores obtidos para os cinco factores são semelhantes aos valores encontrados pelos autores originais. Contudo, os resultados da consistência interna mostram que os itens de cada um dos factores se encontram correlacionados entre si e que esta estrutura factorial da versão portuguesa do FFMQ apresenta uma boa consistência interna.

Assim sendo, o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* revelou ser um instrumento multidimensional com igual número de facetas encontrado na sua versão original – *Observar, Descrever, Agir com Consciência, Não Julgar e Não Reagir* – demonstrando ser adequado a população portuguesa. Os resultados obtidos oferecem evidência para a estrutura factorial, para a consistência interna e validades convergente e discriminante deste instrumento de avaliação do *mindfulness*.

Deste modo, concluiu-se que o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* demonstrou ser adequado para a investigação e para a prática clínica de *mindfulness*.

7.3.3- Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Tendo em conta a presente investigação no que se refere à consistência interna dos cinco factores de *mindfulness* apresenta-se a tabela 4.

Tabela 4- Análise das Componentes Principais do “Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*- FFMQ” (*Observar, Descrever, Agir com Consciência, Não Julgar e Não Reagir*)

| FFMQ – Dimensões | Nº itens | Alfa de Cronbach | Alfa se o item for eliminado |
|----------------------|----------|------------------|------------------------------|
| Observar | 8 | .77 | .78 |
| Descrever | 8 | .80 | --- |
| Agir com consciência | 8 | .81 | -- |
| Não Julgar | 8 | .78 | .78 |
| Não Reagir | 7 | .67 | ---- |
| Escala Total | 39 | .80 | .81 |
| | | | .81 |
| | | | .80 |
| | | | .81 |

N=158

Tal como se pode observar na tabela 5, os Alfas de Cronbach do presente estudo para as cinco dimensões de FFMQ variaram entre (α .67) e (α .81). A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de (α =.80).

7.4- *Social Provisions Scale/Escala de Provisões Sociais (EPS) (Cutrona & Russell, 1987; versão portuguesa traduzida e adaptada por Moreira & Canaipa, 2007)*

7.4.1-Versão Original

A “*Social Provisions Scale*” foi desenvolvida por Cutrona e Russell (1987), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Moreira e Canaipa (2007). Tem como objectivo operacionalizar a concepção multidimensional do apoio social percebido.

A Escala de Provisões Sociais (EPS) tem por base um modelo teórico que postula que o apoio social actua pelo fornecimento de um conjunto de recursos que os indivíduos necessitam quando se confrontam com situações de stress, tais como o Aconselhamento, a Aliança Fiável, a Vinculação, a Integração Social, a Reafirmação de Valor e a Oportunidade de Prestação de Cuidados. A escala permite avaliar estas provisões em separado, bem como o apoio percebido em termos globais, e ainda duas dimensões intermediárias de Apoio Íntimo e Apoio Casual.

Deste modo, os autores descreveram as dimensões que constituem a escala da seguinte forma: Aconselhamento (AC), que se refere ao apoio recebido de uma pessoa de confiança que fornece orientação, ajuda na ponderação da situação e apoio emocional. Esta provisão revela-se importante quando o indivíduo se confronta com situações cuja resolução pode ainda ter um papel activo e, através de aconselhamento, pode obter informações que o ajudem a planear a sua acção; Aliança Fiável (AF), relacionada com a sensação de uma relação forte e segura, que permite contar com a ajuda disponível, independentemente das circunstâncias. Este tipo de provisão é fornecido sobretudo no contexto de relações especialmente sólidas e duradouras, como as familiares, e menos no contexto de amizades mais casuais; Vinculação (V), que ocorre nas relações mais próximas, onde existe grande intimidade e um sentimento de partilha e segurança emocional. Todavia, estas três provisões constituem componentes essenciais do conceito de “*apoio emocional*”. Este conceito tem um relevante peso em praticamente todas as medidas de apoio social e refere-se ao sentimento global de que se é amado, aceite e apoiado por pessoas emocionalmente próximas (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987). A Integração Social (IS), que se reflecte na oportunidade para partilhar interesses e actividades sociais. Esta provisão revela-se mais importante quando ocorrem alterações nas redes e papéis sociais e o indivíduo tenta integrar-se num novo grupo de pessoas. A Reafirmação de Valor (RV), que permite obter dos outros uma valorização das nossas qualidades, aquisições e competências. É especialmente importante quando o indivíduo se confronta com acontecimentos controláveis, em que a sua acção pode determinar uma boa adaptação e, eventualmente, a resolução da situação. A Oportunidade de Prestação de Cuidados (OPC), que diz respeito à necessidade de fornecer apoio e cuidados. A pessoa sente um compromisso e um papel importante na promoção do bem-estar e dos outros. Esta necessidade é frequentemente satisfeita nas relações com as crianças, nomeadamente com os filhos, embora possa também manifestar-se noutros contextos.

Anteriormente, os autores tinham proposto uma escala com 12 afirmações, onde eram operacionalizadas as seis provisões sociais, de modo a que cada uma das provisões estivesse representada por duas afirmações, uma no sentido positivo e outra no sentido negativo.

Depois, realizaram uma revisão da escala e foram acrescentadas mais 12 afirmações, tendo como objectivo aumentar o nível de precisão de resultados. Assim, existem quatro afirmações para cada uma das provisões sociais e a pessoa avalia o seu grau

de concordância com essas afirmações numa escala de quatro pontos: 1 – ‘*Discordo Fortemente*’; 2 – ‘*Discordo*’; 3 – ‘*Concordo*’; 4 – ‘*Concordo Fortemente*’ (Cutrona & Russell, 1987).

7.4.2- Características Psicométricas na População Portuguesa (versão portuguesa traduzida e adaptada por Moreira & Canaipa, 2007)

Num estudo mais recente de Moreira e Canaipa (2007), os autores efectuaram uma análise factorial exploratória e outra confirmatória, com uma amostra de 182 estudantes universitários. Da análise factorial exploratória, apenas sobressaíram dois factores que, contudo, não contrariam os pressupostos da escala original, mas antes evidenciam uma importante distinção no conceito de apoio social. Os autores denominaram esses dois factores de Apoio Íntimo e Apoio Casual. No primeiro factor saturam os itens correspondentes aos itens das subescalas Aconselhamento, Aliança Fíável, Oportunidade de Prestação de Cuidados e Vinculação; no segundo factor, os itens correspondentes às subescalas Reafirmação do Valor e Integração Social. Deste modo, o factor Apoio Íntimo parece congrega os itens que se relacionam, predominantemente, com o apoio fornecido através de relações em que existe um maior grau de intimidade e afectividade e que transmitem segurança emocional e partilha de afectos. O factor Apoio Casual parece estar ligado aos itens que se relacionam com aspectos mais sociais do apoio, como são a necessidade de partilha de actividades e a valorização das competências pessoais, alcançados em relações mais superficiais do que as primeiras. Os valores dos alfas de Cronbach para os dois factores encontrados são para o factor Apoio Íntimo ($\alpha=.86$) e para o factor Apoio Casual ($\alpha=.71$) (Moreira & Canaipa, (2007).

Foram realizados três estudos na população portuguesa para a validação da EPS. Mencionamos apenas o primeiro estudo que teve como finalidade analisar a estrutura factorial do questionário e avaliar a relação existente entre esta medida de apoio social e uma medida de vinculação – Questionário de Estilos Relacionais (QER). Participaram 182 estudantes universitários de Psicologia e de Ciências de Educação (151 mulheres e 29 homens, sendo que dois deles omitiram a informação relativa ao sexo), com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos. Os Alfas de Cronbach no estudo para as seis dimensões variaram entre os valores ($\alpha=.53$) e os ($\alpha=.79$). A escala total obteve um valor Alfa de Cronbach de ($\alpha=.88$).

Conclui-se que a EPS demonstra boas qualidades psicométricas, quando comparada com outras escalas de apoio social. Além disso, tem a vantagem de proporcionar uma avaliação multidimensional do constructo de apoio social, embora se situe claramente no domínio de apoio social percebido.

7.4.3- Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Tabela 5 – Análise das Componentes Principais da “Escala de Provisões Sociais” (EPS)

| EPS – Dimensões e Factores | Nº itens | Alfa de Cronbach's | Alfa se o item for eliminado |
|------------------------------------|----------|--------------------|------------------------------|
| Aconselhamento | 4 | .71 | --- |
| Aliança Fiável | 4 | .74 | --- |
| Reafirmação de Valor | 4 | .54 | .60 |
| Oportunidade de Prestação de Apoio | 4 | .50 | .64 |
| Vinculação | 4 | .63 | --- |
| Integração Social | 4 | .63 | --- |
| Apoio Intimo | 16 | .88 | .89 |
| Apoio Casual | 8 | .73 | .73 |
| Escala Total | 24 | .90 | .91 |

N=158

Na tabela 5, verificamos que os alfas de Cronbach relativos às oito dimensões de EPS no presente estudo, variam entre ($\alpha = .50$) e ($\alpha = .88$). A escala total obteve um valor alfa de Cronbach de ($\alpha = .90$).

Capítulo VI-Resultados

São apresentados neste sexto capítulo os resultados obtidos relativamente à caracterização da Auto-percepção do envelhecimento (QPE) de adultos activos (sub-capítulo 6.1), caracterização das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) numa amostra de indivíduos adultos activos (sub-capítulo 6.2), caracterização da Apoio social percebido (EPS) na amostra de adultos activos (sub-capítulo 6.3). A Análise das Correlações entre Escala de Apoio Social (Total), Cinco facetas de *mindfulness*, e Sub-Escalas da auto-percepção do envelhecimento (sub-capítulo 6.4). Por fim, são apresentados os resultados dos testes de hipóteses a partir do (sub-capítulo 6.5).

6.1-*Caracterização da auto-percepção do envelhecimento (QPE) numa amostra de adultos activos*

Pretende-se caracterizar a auto-percepção do adulto activo em relação ao seu envelhecimento. Para este efeito procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no questionário QPE, ao nível das diferentes escalas do instrumento (com exclusão da escala “Identidade” como já referido). Apresentam-se na tabela 6 os resultados obtidos da auto-percepção do envelhecimento (QPE).

Tabela 6- Caracterização da Auto-percepção do envelhecimento (QPE) na amostra

| | Média | Desvio Padrão |
|---------------------------|-------|---------------|
| Duração Crónica | 2.58 | .69 |
| Duração Cíclica | 2.49 | .75 |
| Consequências Positivas | 4.05 | .54 |
| Consequências Negativas | 2.77 | .71 |
| Controlo Positivo | 3.85 | .47 |
| Controlo Negativo | 2.66 | .70 |
| Representações Emocionais | 2.48 | .78 |

N=158

Resultados padronizados das dimensões do QPE

Foram encontradas diferenças significativas entre os seguintes pares de dimensões: Duração Crónica e Consequências Positivas, $t(158) = -19.155, p < .001$; Duração Crónica e Consequências Negativas, $t(158) = -3.011, p < .001$; Duração Crónica e Controlo Positivo, $t(158) = -18.727, p < .001$; Duração Cíclica e Consequências Positivas, $t(158) = -19.659, p < .001$; Duração Cíclica e Consequências Negativas, $t(158) = -4.962, p < .001$; Duração Cíclica e Controlo Positivo, $t(158) = -18.297, p < .001$; Duração Cíclica e Controlo

Negativo, $t(158) = -2.753, p < .001$; Consequências Positivas e Consequências Negativas, $t(158) = 16.607, p < .001$; Consequências Positivas e Controlo Positivo, $t(158) = 3.937, p < .001$; Consequências Positivas e Controlo Negativo, $t(158) = 18.870, p < .001$; Consequências Positivas e Representações Emocionais, $t(158) = 18.542, p < .001$; Consequências Negativas e Controlo Positivo, $t(158) = -14.560, p < .001$; Consequências Negativas e Controlo Negativo, $t(158) = 2.005, p < .005$; Consequências Positivas e Representações Emocionais, $t(158) = 18.542, p < .001$; Controlo Positivo e Controlo Negativo, $t(158) = 15.878, p < .001$; Controlo Positivo e Representações Emocionais, $t(158) = 18.101, p < .001$; Controlo Negativo e Representações Emocionais, $t(158) = 3.103, p < .001$.

6.2- Caracterização das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) numa amostra de indivíduos adultos activos

Procura-se caracterizar as facetas de *mindfulness* no adulto activo em relação ao seu envelhecimento. Para este efeito procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no questionário FFMQ, ao nível das diferentes facetas do instrumento. São apresentados na tabela 7 os resultados obtidos nas diferentes facetas do FFMQ.

Tabela 7 - Caracterização das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) na amostra

| | Média | Desvio Padrão |
|----------------------|-------|---------------|
| Observar | 3.08 | .70 |
| Descrever | 3.49 | .61 |
| Agir com consciência | 3.83 | .60 |
| Não Julgar | 3.36 | .66 |
| Não Reagir | 2.89 | .58 |

N=158

Resultados padronizados das dimensões do FFMQ

Encontram-se diferenças significativas entre os seguintes pares de dimensões: Observar e Descrever, $t(158) = -7.535, p < .001$; Observar e Agir com consciência, $t(158) = -9.976, p < .001$; Observar e Não Julgar, $t(158) = -3.210, p < .001$; Observar e Não Reagir, $t(158) = 3.582, p < .001$; Descrever e Agir com consciência, $t(158) = -5.490, p < .001$; Descrever e Não Reagir, $t(158) = 11.408, p < .001$; Agir com consciência e Não Julgar,

$t(158) = 9.213, p < .001$; Agir com consciência e Não Reagir, $t(158) = 13.233, p < .001$; Não Julgar e Não Reagir, $t(158) = 5.915, p < .001$.

6.3-*Caracterização do Apoio social percebido (EPS) na amostra de adultos activos*

Pretende-se caracterizar o apoio social percebido no adulto activo em relação ao seu envelhecimento. Para este efeito procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no questionário EPS, ao nível das diferentes escalas do instrumento. São apresentados na tabela 8 os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas doEPS.

Tabela 8- Caracterização do Apoio Social Percebido na amostra

| | Média | Desvio Padrão |
|------------------------------------|-------|---------------|
| Aconselhamento | 3.46 | .45 |
| Aliança Fiável | 3.49 | .48 |
| Reafirmação de Valor | 3.22 | .41 |
| Oportunidade de Prestação de Apoio | 3.35 | .39 |
| Vinculação | 3.41 | .46 |
| Integração Social | 3.26 | .40 |
| Apoio Íntimo | 3.43 | .38 |
| Apoio Casual | 3.24 | .36 |
| EPS Total | 3.37 | .35 |

N=158

Resultados padronizados das dimensões do EPS

Verificam-se diferenças significativas entre os seguintes pares de dimensões: Aconselhamento e Reafirmação de Valor, $t(158) = 6.856, p < .001$; Aconselhamento e Prestação de Apoio, $t(158) = 3.651, p < .001$; Aconselhamento e Integração Social, $t(158) = 6.408, p < .001$; Aliança Fiável e Reafirmação de Valor, $t(158) = 7.494, p < .001$; Aliança Fiável e Prestação de Apoio, $t(158) = 3.874, p < .001$, Aliança Fiável e Vinculação, $t(158) = 2.584, p < .005$, Aliança Fiável e Integração Social, $t(158) = 6.664, p < .001$; Reafirmação de Valor e Prestação de Apoio, $t(158) = -3.817, p < .001$; Reafirmação de Valor e Vinculação, $t(158) = -6.149, p < .001$; Prestação de Apoio e Integração Social, $t(158) = 3.018, p < .001$; Vinculação e Integração Social, $t(158) = 4.898, p < .001$.

6.4-Análise das Correlações entre EPS Total, Sub-Escalas FFMQ (5) e Sub-Escalas QPE (7)

Para analisar as correlações recorreremos ao teste Spearman's rho procurando observar as correlações existentes entre EPS Total, Sub-Escalas FFMQ (5) e Sub-Escalas QPE (7). Os valores encontrados apresentados são apresentados na tabela 9.

Tabela 9-Matriz de Correlações entre EPS Total, Sub-Escalas FFMQ (5) e Sub-Escalas QPE (7)

| | EPS(T) | O | D | AC | NJ | NR | DCR | DC | CP | CN | CTP | CTN | RE |
|---------|---------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| EPS (T) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| O | .319** | 1 | | | | | | | | | | | |
| D | .414** | .443** | 1 | | | | | | | | | | |
| AC | .150 | -.045 | .197* | 1 | | | | | | | | | |
| NJ | .075 | .222** | .140 | .451** | 1 | | | | | | | | |
| NR | .281** | .411** | .347** | -.108 | .218** | 1 | | | | | | | |
| DCR | -.256** | -.017 | .254** | -.112 | -.156 | .001 | 1 | | | | | | |
| DC | -.342** | -.018 | .272** | .257** | .328** | -.047 | .406** | 1 | | | | | |
| CP | .224** | .363** | .195* | .065 | -.113 | .121 | .193* | -.143 | 1 | | | | |
| CN | -.339** | -.096 | .173* | -.135 | .193* | -.043 | .387** | .508** | .202* | 1 | | | |
| CTP | .190* | .166* | .021 | -.042 | .050 | .063 | -.007 | -.102 | .249** | .173* | 1 | | |
| CTN | -.265** | .188* | .185* | -.037 | -.148 | -.048 | .379** | .421** | -.131 | .536** | .237** | 1 | |
| RE | -.290** | -.073 | .297** | .283** | .323** | -.103 | .495** | .660** | .274** | .541** | -.122 | .567** | 1 |

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

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

N = 158

Nota: EPS (T) = EPS Escala Total; Facetas de FFMQ designadamente: O = Observar, D = Descrever, AC = Agir com consciência, NJ = Não Julgar, NR = Não reagir; e Dimensões QPE nomeadamente DCR = Duração Crónica, DC = Duração Cíclica, CP = Consequências Positivas, CN = Consequências Negativas, CTP = Controlo Positivo, CTN = Controlo Negativo, RE = Representações Emocionais.

Apresenta-se correlações positivas significativas que podem ser a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) ou a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p<0,05$).

6.5- Resultados dos Testes de Hipóteses

6.6-Análise da relação entre auto-percepção do envelhecimento e as facetas de *mindfulness* em adultos activos (Hipótese 1).

Pretende-se perceber se existe relações difenciais entre as auto-percepções de envelhecimento e as facetas de *mindfulness*. Os resultados obtidos relativamente à relação entre as dimensões (QPE) e facetas de *mindfulness* (FFMQ) foram obtidos através do cálculo da correlação entre as variáveis, sendo apresentados na tabela 10.

Tabela 10- Coeficientes de Correlações de Serman entre as dimensões do Questionário de Percepção de Envelhecimento (QPE) e o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ).

| Dimensões QPE | Facetas Mindfulness | | | | |
|---------------------------|---------------------|-----------|----------------------|------------|------------|
| | Observar | Descrever | Agir com consciência | Não julgar | Não Reagir |
| Duração crónica | -.017 | -.254** | -.112 | -.156 | .001 |
| Duração Cíclica | -.018 | -.272** | -.257** | -.328** | -.047 |
| Consequências positivas | .363** | .195* | .065 | -.113 | .121 |
| Consequências negativas | -.096 | -.173* | -.135 | -.193* | -.043 |
| Controlo positivo | .166* | .021 | -.042 | .050 | .063 |
| Controlo negativo | -.188* | -.185* | -.037 | -.148 | -.048 |
| Representações emocionais | -.073 | -.297** | -.283** | -.323** | -.103 |

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

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

N=158

Uma primeira análise da tabela 10, permite-nos constatar correlações significativas positivas entre a faceta de *mindfulness* Observar e as três dimensões da percepção de envelhecimento(QPE). As Consequências Positivas ($\rho=.363$) a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p < 0,01$); o Controlo Positivo ($\rho=.166$) a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p < 0,05$) e ainda uma correlação com o controlo negativo ($\rho=-.188$) a um nível de significância de $\alpha=0,05$ ($p < 0,05$).

Relativamente às Correlações entre a faceta *mindfulness* Descrever (FFMQ), com as dimensões de percepções de envelhecimento (QPE), começaremos por salientar as correlações significativas positivas. Apresentamos correlações significativas positivas entre faceta descrever e Consequências Positivas ($\rho=.195$) a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p < 0,05$).

Passando a analisar as correlações significativas negativas, cabe realçar que se encontram correlações significativas negativas a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p < 0,01$), entre: QPE - Duração Crónica ($\rho= -.254$); QPE - Duração Cíclica ($\rho= -.272$) e QPE - Representações

Emocionais ($\rho = -.297$). Ainda se encontram correlações significativas negativas a um nível de significância $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$), entre FFMQ Descrever e QPE - Consequências negativas ($\rho = -.173$) e QPE - controlo negativo ($\rho = -.185$).

No que se refere as Correlações FFMQ Agir com consciência com QPE, encontram-se, correlações significativas negativas a um nível de significância $\alpha = 0,01$ ($p < 0,01$), entre FFMQ Agir com consciência e: QPE - Duração Cíclica ($\rho = -.257$) e QPE - Representações Emocionais ($\rho = -.283$).

Ao analisarmos as correlações FFMQ Não Julgar e QPE, salienta-se as correlações significativas negativas a um nível de significância $\alpha = 0,01$ ($p < 0,01$), entre FFMQ Não Julgamento e: QPE - Duração Cíclica ($\rho = -.328$) e QPE - Representações Emocionais ($\rho = -.323$). Do mesmo modo, verificam-se correlações significativas negativas a um nível de significância $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$), entre FFMQ Não Julgar e: QPE - Consequências Negativas ($\rho = -.193$).

Quanto às correlações FFMQ Não Reacção com QPE, evidencia-se que não se encontra nenhuma correlação significativa.

No que concerne às Correlação entre a Faceta FFMQ e EPS (Escala total) obteve-se como resultados da análise a confirmação de correlações positivas entre: FFMQ Observação e EPS - Escala Total ($\rho = .319$); FFMQ - Itens de Descrição e EPS - Escala Total ($\rho = .414$) e FFMQ Não Reacção e EPS - Escala Total ($\rho = .281$). Encontram-se todas as correlações a um nível de significância $\alpha = 0,01$ ($p < 0,01$).

6.7-Análise da relação entre as facetas de *mindfulness* e as sub-escalas de Apoio social (Hipótese 2)

Pretende-se perceber se existe relações diferenciais entre as diferentes facetas de *mindfulness* e o apoio social. Para o efeito procedeu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman para verificar a relação entre as variáveis em estudo. Apresentam-se na tabela 11, os resultados obtidos entre Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) e as dimensões EPS (Escala Toral da EPS).

Tabela 11 -Coeficientes de Correlações de Serman entre o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ) e as dimensões EPS (Escala Total da EPS).

| Dimensões EPS | FFMQ | | | | |
|------------------------------------|----------|-----------|-------------------------|------------|------------|
| | Observar | Descrever | Agir com consciência | Não julgar | Não Reagir |
| Aconselhamento | .243** | .299** | .102 | .080 | .232** |
| Aliança Fiável | .192* | .283** | .109 | .072 | .240** |
| Reafirmação de valor | .300** | .379** | .195* | .119 | .211** |
| Oportunidade de Prestação de apoio | .262** | .296** | .103 | -.34 | .233** |
| Vinculação | .226** | .345** | .131 | .123 | .167* |
| Integração Social | .279** | .350** | .189* | .103 | .206** |
| Apoio Íntimo | .278** | .365** | .120 | .063 | .257** |
| Apoio Casual | .330** | .413** | .217** | .123 | .232** |
| Escala Total | .319** | .414** | .150 | .075 | .281** |

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

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

N=158

No que diz respeito às correlações entre a faceta FFMQ Observação com dimensões e factores EPS, encontram-se correlações significativas positivas entre FFMQ Observação e todas as dimensões e factores EPS, a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) com EPS – Aconselhamento ($\rho=.243$), EPS - Reafirmação de Valor ($\rho=.300$), EPS - Oportunidade de Prestação de Apoio ($\rho=.262$), EPS – Vinculação ($\rho=.226$), EPS - Integração Social ($\rho=.279$), EPS - Apoio Intimo ($\rho=.278$), EPS - Apoio Casual ($\rho=.330$) e EPS - Escala Total ($\rho=.319$) e a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) com EPS - Aliança As Correlações entre a Faceta Descrever (FFMQ), com dimensões e factores EPS, verificam-se correlações significativas positivas entre FFMQ Itens de Descrever e todas as dimensões e factores EPS, a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) com EPS – Aconselhamento ($\rho=.299$), EPS - Aliança Fiável ($\rho=.283$), EPS - Reafirmação de Valor ($\rho=.379$), EPS - Oportunidade de Prestação de Apoio ($\rho=.296$), EPS – Vinculação ($\rho=.345$), EPS - Integração Social ($\rho=.350$), EPS - Apoio Intimo ($\rho=.365$), EPS - Apoio Casual ($\rho=.413$) e EPS - Escala Total ($\rho=.414$).

Relativamente às Correlação entre Facetas FFMQ Agir com consciência com dimensões e factores EPS, verificam-se correlações significativas positivas entre FFMQ Agir com consciência e EPS - Reafirmação de Valor ($\rho=.195$) e EPS - Integração Social ($\rho=.189$), a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) e com EPS - Apoio Casual ($\rho=.217$) a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$).

Quanto às Correlações entre Faceta FFMQ Não Julgamento com dimensões e factores EPS, não se encontram correlações significativas entre a Faceta FFMQ Não Julgamento e nenhuma dimensão ou e factor EPS.

No que se refere às Correlações entre a Faceta FFMQ Não Reacção com dimensões e factores EPS, encontram-se correlações significativas positivas entre FFMQ Observação e todas as dimensões e factores EPS, a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) com EPS – Aconselhamento ($\rho=.232$), EPS - Aliança Fiável ($\rho=.240$), EPS - Reafirmação de Valor ($\rho=.211$), EPS - Oportunidade de Prestação de Apoio ($\rho=.233$), EPS - Integração Social ($\rho=.206$), EPS - Apoio Intimo ($\rho=.257$), EPS - Apoio Casual ($\rho=.232$) e EPS - Escala Total ($\rho=.281$) e a um nível de significância $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) com EPS – Vinculação ($\rho=.167$).

No que concerne às Correlação entre as Facetas *Mindfulness* (FFMQ) e Sub-Escalas da EPS (e Escala total) obteve-se como resultados da análise a confirmação de correlações positivas entre: FFMQ Observação e EPS - Escala Total ($\rho=.319$); FFMQ - Itens de Descrição e EPS - Escala Total ($\rho=.414$) e FFMQ Não Reacção e EPS - Escala Total ($\rho=.281$). Encontram-se todas as correlações a um nível de significância $\alpha=0,01$ ($p<0,01$).

6.8-Análise de regressão entre auto-percepção do envelhecimento e as facetas de *mindfulness* (Hipótese 3)

Pretende-se perceber se as auto-percepções de envelhecimento predizem o *mindfulness*. Os resultados obtidos relativamente às facetas de *mindfulness* (FFMQ), e as dimensões (QPE) foram obtidos através das Regressões Stepwise.

No que concerne aos resultados obtidos relativamente à análise da regressão das dimensões da auto-percepção do envelhecimento que melhor predizem as cinco facetas do *mindfulness*, os mesmos são enunciados de acordo com as diferentes facetas de *mindfulness*.

Relativamente à faceta “Observar”, os resultados indicam que as dimensões “Consequências Positivas” ($\beta =.858$, $t(158) = 17.350$, $p < .01$) e “Duração cíclica” ($\beta = .127$, $t(158) = 2.563$, $p < .05$) da auto-percepção do envelhecimento são preditoras destas facetas de *mindfulness*. Ambas as dimensões explicam uma proporção da variância da faceta “Observar” ($R^2=.957$, $F = 1748.298$, $p < .01$). A faceta “Observar” é explicada em 95,7% pelas “Consequências Positivas” ($\beta=0,858$) e pela “Duração Cíclica” ($\beta=0,127$).

No que diz respeito à faceta de *mindfulness* “Descrever” os resultados indicam que é prevista pela dimensão “Representação Emocional” da auto-percepção do envelhecimento ($\beta = -.317$, $t(158) = -4.173$ $p < .01$). Assim sendo, a “Representação Emocional” explica uma proporção da variância da faceta “Descrever” em ($R^2 = .095$, $F = 17.410$, $p < .01$).

Segundo os resultados, a faceta de *mindfulness* “Agir com consciência” é previsto pela dimensão “Representação emocional” da auto-percepção do envelhecimento ($\beta = -.297$, $t(158) = -3.882$, $p < .01$). Esta dimensão da percepção do envelhecimento explica a variância da faceta em ($R^2 = .082$, $F = 15.069$ $p < .01$).

Quanto à faceta “Não julgar” é previsto pelas variáveis “Representação Emocional” ($\beta = -.354$ $t(158) = -4.557$ $p < .01$) e “Consequências positivas” ($\beta = -.208$, $t(158) = -2.685$ $p < .01$). Ambas as dimensões explicam uma proporção da variância da faceta “Não julgar” ($R^2 = .119$, $F = 11.572$, $p < .01$). A faceta Não julgar, é explicada em 11,9% pelas Representações Emocionais e pelas Consequências Positivas.

Por fim, os resultados mostram que no diz respeito à faceta “Não reagir” nenhuma dimensão da auto percepção de envelhecimento explica a dimensão de *mindfulness* “Não Reagir”.

De acordo com os dados obtidos, evidencia-se que as “Representações Emocionais” apresenta-se como uma dimensão explicativa de três das facetas de *mindfulness* (“Descrever”, “Agir com consciência” e “Não Julgar”).

Apesar dos referidos modelos serem todos válidos (ANOVA $F < \alpha = 0,05$) os graus de explicação dos modelos que incluem uma constante são muito reduzidos, nomeadamente entre 9,5% e 11,9%, o que significa que ficam cerca de 90% da variância das variáveis dependentes fica por explicar.

Note-se que, ao nível das correlações entre variáveis independentes, não se observou a existência de multicolinearidade.

6.9- O apoio social é mediador na relação entre as diferentes facetas do *mindfulness* e as diferentes dimensões das auto-percepções de envelhecimento (Hipótese 4)

De um modo geral, em Ciências Sociais e Humanas a relação entre uma variável independente e uma determinada variável dependente é com frequência mediada por uma terceira variável que transporta o efeito da variável independente sobre a variável dependente. Em termos gerais estamos em presença de uma variável mediadora quando:

(1) existe uma relação significativa entre a variável independente e a variável mediadora; (2) a variável mediadora possui um efeito significativo sobre a variável dependente e (3) a adição da variável mediadora ao modelo, reduz a importância da variável independente no modelo. A mediação é particularmente forte quando o efeito directo da variável independente na variável dependente, sob a presença da mediação, é nulo (i.e. $\beta=0$) (Baron & Kenny, 1986 cit. Maroco:2010).

Para testar as hipóteses de mediação, são necessário realizar regressões hierárquicas múltiplas (stepwise). De acordo, com o procedimento sugerido por Baron e Kenny (1986) cit Maroco:2010, para testar a mediação, devem ser estimados três modelos de regressão. Primeiro, deve demonstrar-se, que existe uma relação significativa entre a variável preditora e a mediadora. A segunda análise, testa-se, se a variável preditora tem um efeito significativo na variável critério. Por fim, no terceiro modelo, deve realizar-se, uma regressão com as variáveis preditora e mediadora para verificar se têm impacto nas variáveis critério. Existe efeito de mediação, quando o efeito da variável preditora, na variável critério é mais baixo, na terceira equação, comparando com a segunda, devido à introdução da variável mediadora (Frasier, Tix, & Barron, 2004 cit. Maroco: 2010).

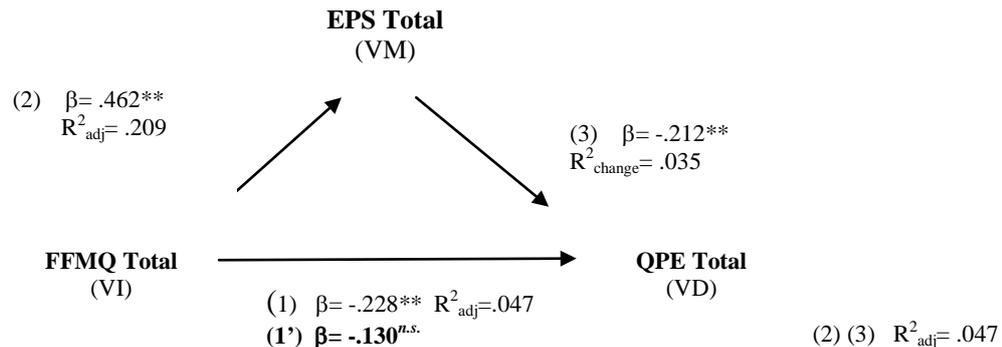
Para atender, a finalidade desta pesquisa, optou-se por um método quantitativo, de carácter exploratório. Utilizou-se, a análise fatorial e de regressão, método stepwise, como recurso estatístico, através do SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, para o tratamento dos dados. Deste forma, foram efectuados testes a efeitos de mediação, utilizando o modelo de regressão linear, no sentido de perceber se Apoio Social Percebido (EPS TOTAL) é mediador das cinco facetas de *mindfulness* (FFMQ) sobre as Representações da Percepção do envelhecimento (QPE), conforme ilustra o esquema 1 e 2. Tendo em conta a análise dos resultados pode dizer-se que existe uma relação positiva significativa de média intensidade ($\beta=0,462$ com $p=0,000 < \alpha=0.05$) entre o Apoio Social (EPS Total) e FFMQ (escala total). O FFMQ (escala total) explica 20,9% da variância do Apoio Social (escala total), sendo o presente modelo explicativo válido ($F=48,587$; g.l.=1; $p=0,000$).

Pela análise dos resultados conclui-se que FFMQ-Total tem um efeito significativo e negativo no QPE-Total (Beta=-0,228; $p<0,01$) e que explica 4,7% da variação do nível de QPE-Total.

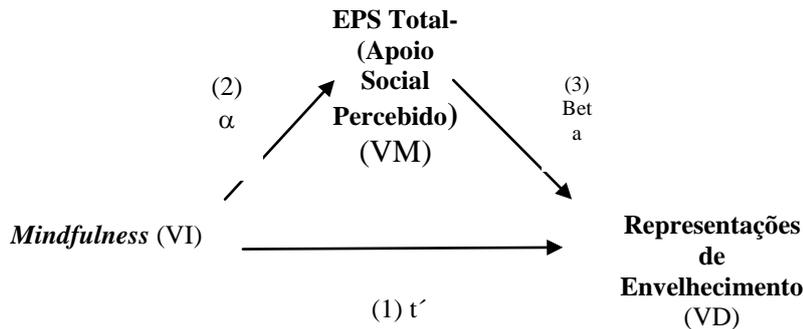
O Apoio Social Percebido (EPS-Total) têm um efeito significativo e negativo no QPE-Total (Beta=-0,212; $p<0,01$) e que explica 3,5% da variação do nível de QPE-Total.

A inclusão da EPS-Total no modelo produz uma diminuição do Beta do FFMQ-Total (-0,228 para -0,130), que passa a não ser significativo, pelo que está-se na presença de uma mediação completa e significativa (Sobel=-2,452074; $p=0,014204$). O modelo total explica 7,7% da variação da Representação da Percepção do Envelhecimento (QPE-Total).

Esquema 1-Síntese dos resultados dos testes a efeitos de mediação



O Esquema 2 -Demonstra a Mediação de (VMed) Apoio Social Percebido(EPS Total) de (VI)Faceta Observar (FFMQ) sobre (VDs) 7 dimensões QPE.



Perante os resultados, confirma-se a hipótese da mediação de apoio social.

6.9.1-Análise do efeito de Mediação

Verifica-se um efeito mediador do apoio social percebido (EPS total) na relação sobre as três facetas de *mindfulness* (FFMQ) Observar, Descrever e Agir com Consciência, sobre as sete dimensões das representações de envelhecimento (QPE) nomeadamente de Controlo negativo, Duração crónica, Duração cíclica, Consequências positivas e negativas, Controlo negativo e Representações emocionais.

A análise da faceta de *mindfulness* observar apresenta (Beta=.311; $p < 0.01$) e o apoio social percebido.

A faceta de *mindfulness* Observar explica 9,1% da variância do apoio social percebido (EPS Total) ($F(1,157) = 16,739$, $p < 0.01$).

Conclui-se que a faceta Observar tem um efeito significativo negativo sobre o Controlo Negativo (Beta= -.159; $p < 0.01$), e que explica 1,9% da variância do Controlo Negativo.

O Apoio social percebido tem um efeito significativo negativo sobre o Controlo Negativo (Beta= -.215; $p < 0.05$ que explica 5,5% da variação do Controlo Negativo.

A inclusão do apoio social percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição da Beta da faceta *mindfulness* Observar (-.159 para -.092), que deixa de ser significativo. Utilizou-se o teste de sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Verifica-se uma mediação significativa do apoio social percebido na relação da faceta observar com o controlo negativo (teste de sobel, $Z = -2,216926$; $p = < 0.05$). O modelo total explica 5,5% da variação do Controlo Negativo.

A análise da faceta *mindfulness* Descrever mostra que existe uma relação positiva significativa entre *mindfulness* Descrever e (Beta=.419; $p < 0,01$) e o apoio social percebido (EPS Total).

A faceta *mindfulness* Descrever explica 17% da variância do apoio social percebido (EPS Total) ($F(1,157) = 33,152$, $p < 0.01$).

Conclui-se que descrever tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Crónica (Beta= -.159; $p < 0.01$) e que explica 1,9% da variância a Duração Crónica.

O apoio social percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Crónica (Beta= -.195; $p < 0,05$), que explica 3,1% da variação Duração Crónica.

A inclusão do apoio social percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição da Beta de Descrever (-.268 para -.186), que se mantêm significativo. Utilizou-se o teste sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Constatou-se uma mediação significativa do EPS (Total) na relação da faceta descrever com duração crónica (QPE)(teste sobel, $z = -2,155471$, $p < 0,05$). O modelo total explica 9,1% da variação da Duração Crónica.

Conclui-se que a faceta *mindfulness* descrever tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Cíclica (Beta= -.242; $p < 0,01$), e que explica 5,2% da variância a Duração Cíclica.

Verifica-se que o apoio social percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Cíclica (Beta= -.289; $p < 0,05$), que explica 6,9% da variação Duração Cíclica.

Verifica-se uma mediação significativa de EPS Total na relação de da faceta descrever com Duração Cíclica (Teste de Sobel, $Z = -2,986174$, $P < 0,01$).

A inclusão do apoio social percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição da Beta de Descrever (-.242 para -.121), que deixa de se manter significativo.

Utilizou-se o teste sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Constatou-se uma mediação significativa do EPS (Total) na relação da faceta Descrever com Duração Cíclica (QPE) (teste sobel, $z = -2,986174$, $p < 0,01$). O modelo total explica 11,6% da variação da Duração Cíclica.

Constata-se que *mindfulness* descrever tem um efeito significativo positivo sobre as Consequências Positivas (Beta=.183; $p < 0,05$), e que explica 2,7% da variância das Consequências Positivas.

O Apoio Social Percebido (EPS Total) tem um efeito significativo positivo sobre as Consequências Positivas (Beta=.199; $p < 0,05$), que explica 3,3% das Consequências Positivas.

A inclusão do apoio social percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição do Beta de Descrição (.183 para .099), que deixa de se manter significativo. O modelo total explica 5,4% da variação das Consequências Positivas.

Verifica-se uma mediação significativa de EPS Total na relação da faceta descrever e Consequências Positivas (Sobel= 2,161245; $p < 0,05$).

Verifica-se que a faceta descrever tem um efeito significativo negativo sobre as Consequências Negativas (Beta= -.184; $p < 0,05$), que explica 2,8% da variância das Consequências Negativas.

O Apoio Social Percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre as Consequências Negativas (Beta= -.324; $p < 0,01$), que explica 8,7% das Consequências Negativas. A inclusão do Apoio Social Percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição do Beta da faceta Descrever (-.184 para -.048), que deixa de se manter significativo.

Utilizou-se o teste de sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Verifica-se uma mediação significativa do apoio social percebido na relação da faceta descrever com a consequência negativa (teste de sobel, $Z = -3,235280$; $p = < 0,01$). O modelo total explica 10,9% da variação das Consequências Negativas.

Verifica-se que a faceta descrever, tem um efeito significativo negativo sobre o Controlo Negativo (Beta= -.234; $p < 0,01$), que explica 4,9% da variância do Controlo Negativo.

O Apoio Social Percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre o Controlo Negativo (Beta= $-.177$; $p < 0,05$), que explica 2,6% do Controlo Negativo.

A inclusão de EPS Total no modelo, produz a diminuição do Beta da faceta descrever ($-.234$ para $-.160$), que deixa de se manter significativo. Utilizou-se o teste de sobel para verificar se o decréscimo é significativo.

Verifica-se uma mediação significativa do apoio social percebido na relação da faceta descrever com Controlo Negativo (Teste de Sobel, $Z = 1,960146$; $p < 0,05$). O modelo total explica 6,9% da variação do Controlo Negativo.

Consta-se que a faceta descrever, tem um efeito significativo negativo sobre o Controlo Negativo (Beta= $-.317$; $p < 0,01$), que explica 9,5% da variância das Representações Emocionais.

Quanto ao Apoio Social Percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre as Representações Emocionais (Beta= $-.200$; $p < 0,01$), que explica 3,3% das Representações Emocionais..

A inclusão de EPS Total no modelo, produz a diminuição do Beta de Descrição ($-.317$ para $-.233$), que se mantêm significativo. Utilizou-se o teste de sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Verifica-se uma mediação significativa do apoio social percebido (EPS total) na relação da faceta descrever com Representações Emocionais (Sobel, $Z = -2,237537$; $p < 0,05$). O modelo total explica 12,2% da variação das Representações Emocionais.

A análise das relações entre as variáveis, revela que existe uma relação positiva significativa entre Agir com consciência e o Apoio Social Percebido (EPS total) (Beta= $.180$; $p < 0,05$).

A faceta Agir com consciência explica 2,6% da variância da variança do Apoio Social Percebido (EPS Total) ($F(1,157) = 5,250$, $p < 0,05$).

Conclui-se que a faceta Agir com consciência tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Cíclica (Beta= $-.251$, $p < 0,01$), que explica 5,7% da variância a Duração Cíclica.

O Apoio social percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre a Duração Cíclica (Beta= $-.304$; $p < 0,01$), que explica 8,9% da Duração Cíclica.

A inclusão do apoio social percebido (EPS Total) no modelo produz a diminuição da Beta de Agir com consciência ($-.251$ para $-.196$), mas que se mantêm significativo. Utilizou-se o teste de sobel para verificar se o decréscimo é significativo. Verifica-se uma

mediação significativa de apoio social percebido (EPS Total) na relação de Agir com consciência com Duração Cíclica (teste de Sobel, $Z = -1,993277$; $p < 0,01$). O modelo total explica 14,1% da variação da Duração Cíclica.

Verifica-se que existe uma relação positiva significativa entre Agir com consciência e EPS total (Beta=.180; $p < 0,05$). A Agir com consciência explica 2,6% da variância da EPS Total ($F(1,157) = 5,250$, $p < 0,05$)

A Faceta *mindfulness* Agir com consciência tem um efeito significativo negativo sobre as Representações Emocionais (Beta= - .297; $p < 0,01$), que explica 8,2% da variância das Representações Emocionais.

Todavia, o Apoio Social Percebido (EPS Total) tem um efeito significativo negativo sobre as Representações Emocionais (Beta= -.252; $p < 0,01$), que explica 6,2% das Representações Emocionais.

A inclusão do Apoio Social Percebido (EPS Total) no modelo, produz a diminuição do Beta da faceta Agir com consciência (-.297 para -.251), que se mantém significativo. O modelo total explica 13,9% da variação das Representações Emocionais. No entanto, a mediação de EPS Total na relação de Agir com consciência com Representações Emocionais não é significativa (teste de Sobel, $Z = -1,891085^{n.s.}$).

Na análise particularizada das relações entre as variáveis Apoio Social Percebido (EPS Total) e a faceta *mindfulness* Não Julgar (FFMQ) sobre as sete dimensões da Representação da Percepção de Envelhecimento (QPE), revela que não existe relação significativa entre não julgamento e EPS (Total) (Beta= .028^{n.s.}; $p < 0,05$). O mesmo se verifica entre a Apoio Social Percebido (EPS Total) e a faceta *mindfulness* Não Reacção, podendo constatar-se que não existe efeitos significativos sobre sete dimensões da Representação da Percepção do Envelhecimento (QPE).

Capítulo VII- Discussão dos resultados

No presente capítulo, procede-se à análise e apreciação crítica dos resultados descritos anteriormente. Na discussão dos resultados procura-se retomar os objectivos delineados para esta pesquisa, seguindo uma ordem sequencial, em relação com as hipóteses formuladas. Desta forma, inicialmente serão discutidas as particularidades da amostra, as relações com as variáveis sócio demográficas, as relações entre as auto-percepções do envelhecimento e o *mindfulness*; as relações entre o *mindfulness* e o apoio social; as facetas de *mindfulness* preditas pelas dimensões da auto-percepção do envelhecimento e, as relações entre as auto-percepções de envelhecimento, o *mindfulness* e os efeitos de mediação do apoio social.

7.1. Hipótese 1- A relação entre a auto-percepção do envelhecimento e as facetas de *mindfulness* em adultos activos.

Com o intuito de compreender a associação que se estabelece entre a auto-percepção do envelhecimento e o *mindfulness*, será relevante compreender, antes de mais, as características da auto-percepção do envelhecimento e das facetas de *mindfulness* dos participantes da amostra em estudo

7.2- Características da auto-percepção do envelhecimento na presente amostra

Neste sentido, relativamente à análise da auto-percepção do envelhecimento da amostra do presente estudo, parece salientar-se que, do conjunto das sete sub-escalas que constituem o Questionário de Percepções do Envelhecimento, as escalas “Consequências positivas”, “Controlo positivo” e “Consequências negativas” apresentam valores significativamente mais elevados das demais escalas (constituindo a primeira a mais elevada das sub-escalas), tendo apresentado diferenças significativas com as restantes dimensões.

Estes resultados parecem pois sugerir, na amostra em estudo, uma percepção do envelhecimento associada a crenças positivas sobre o impacto do envelhecimento numa multiplicidade de domínios, impacto este sentido como positivo (e.g. ao nível da sabedoria); associada a crenças individuais sobre a capacidade de gerir a experiência de envelhecimento através de um controlo percebido sobre experiências positivas; e a uma percepção do envelhecimento associada também a alguns impactos negativos.

Em suma, a amostra em estudo parece pois reflectir uma percepção do

envelhecimento que se traduz no sentido da existência de capacidade de atribuir determinados ganhos à experiência de envelhecer, sentindo-se capaz de perceber e assumir um controlo sobre experiências positivas ainda que se realcem bastantes sentimentos cronicidade e de alguma adversidade no envelhecimento.

À luz da revisão de literatura, os resultados parecem ser consonantes com aquilo a que autores como Barker e colaboradores (2007) referem ser um “estádio normativo do curso de vida, que coloca desafios ao indivíduo, e perante os quais este terá que se adaptar e saber gerir”, a respeito do envelhecimento.

De facto, tendo em conta a literatura, a incidência maior das escalas “Consequências positivas”, “Controlo positivo” e “Consequências negativas” relativamente ao envelhecimento parece ir ao encontro daquilo que Chasteen (2000) refere a respeito da dimensão subjectiva da percepção do envelhecimento e que “(...) nos permite compreender como a investigação, no que diz respeito à auto-percepção dos mais velhos sobre o seu envelhecimento, tenha revelado aspectos mais positivos” do que em relação aos mais jovens e à sua percepção do envelhecimento.

Assim, os resultados confirmam apenas parcialmente a Hipótese 1 que previa níveis mais elevados nas dimensões Consequências positivas, Controlo positivo e Controlo negativo do que nas restantes (Consequências negativas, Representações emocionais e Duração crónica e cíclica) por serem dimensões associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais adaptativa (Barker et al., 2007).

A elevação da dimensão Consequências negativas pode ser interpretada no sentido em que, os indivíduos mais velhos que constituem a amostra, estão conscientes de que o processo de envelhecimento acarreta consequências negativas, sendo um processo multidirecional (Steverink et al., 2001), indo este resultado de encontro à investigação realizada por Areosa (2004), onde sobressai que as pessoas mais velhas têm consciência das crescentes restrições físicas e de que, com o envelhecimento, tendem a diminuir as condições de saúde. É ainda importante referir que o resultado elevado em Consequências Negativas não é verdadeiramente indicador de uma auto-percepção menos adaptativa por parte dos participantes do presente estudo uma vez que, dimensões associadas a auto-percepções adaptativas, como Consequências Positivas e Controlo Positivo, estão ainda mais elevadas. Na literatura, a dimensão Consequências Negativas surge associada a auto-percepções menos adaptativas quando, concomitantemente estão elevadas outras dimensões, nomeadamente Duração Crónica e Representações Emocionais e baixas as

dimensões Controlo Positivo e Negativo (Baker et al., 2007). No geral, tendo em conta os resultados, pode referir-se que os adultos activos do presente estudo demonstram uma auto-percepção do envelhecimento adaptativa e positiva.

Hansson e Stroebe (2007) argumentam ainda que à medida que envelhecemos continuamos a trabalhar e a redefinir o nosso auto-conceito, assegurando a consolidação e, por vezes a aquisição, de sentimentos de competência e controlo sobre as nossas vidas. Este argumento parece encontrar apoio nas escalas “Controlo positivo” e “Consequências positivas” que se realçam neste estudo.

A escala “Consequências negativas” deverá também ser entendida neste sentido, não unicamente como indicador de uma auto-percepção menos adaptativa por parte dos idosos do presente estudo mas no sentido em que estes “(...) estão conscientes de que o processo de envelhecimento acarreta consequências negativas (Steверink et al., 2001 cit. por Junqueira, 2010).

Esta auto-percepção do envelhecimento na presente amostra, poderá ser o resultado de uma diminuição da importância atribuída a mudanças relacionadas com o envelhecimento, ou de uma interpretação a respeito do modo como os indivíduos lidam com estas mudanças enquanto marcadores de um crescimento psicológico pessoal. Parece ainda verificar-se que, ao elaborar uma perspectiva relativamente positiva sobre o envelhecimento, enquanto processo de adaptação normativo que implica ganhos e perdas, esta elaboração impõe a necessidade de um equilíbrio entre sentimentos de controlo e crenças pessoais com o fim último da adaptação do indivíduo.

7.3. Características das facetas de *mindfulness* na presente amostra

Ainda no âmbito da compreensão da associação que se estabelece entre a auto-percepção do envelhecimento e o *mindfulness* (Hipótese 1), será relevante compreender, as características da auto-percepção do envelhecimento e das facetas de *mindfulness* dos participantes da amostra em estudo.

Neste sentido, relativamente à análise das facetas de *mindfulness* da amostra do presente estudo, parece salientar-se que, do conjunto das cinco dimensões que constituem o Questionários das Cinco Facetas de *Mindfulness*, as escalas “Não julgar”, “Descrever” e “Agir com consciência” apresentam valores significativamente mais elevados das demais escalas (constituindo a primeira a mais elevada das sub-escalas).

Estes resultados parecem pois sugerir, na amostra em estudo, que as competências

de *mindfulness*, uma medida global da atenção plena, estão associadas à aceitação da experiência interior sem julgamento dos pensamentos e sentimentos, a rotular e verbalizar as experiências internas e a focar a atenção nas actividades do momento presente.

Os dados contribuem para a descrição do conceito de *mindfulness* sugerindo uma natureza multidimensional. Por exemplo, para Dimidjian & Linehan, 2003 o *mindfulness* é conceptualizado como tendo seis elementos: três relacionados com o que fazemos quando estamos conscientes e atentos (observar, descrever e participar) e as outras três relacionadas com o modo como fazemos quando estamos em atenção plena (aceitar sem julgar, conscientização de si mesmo, e com eficácia). Os resultados elevados nas três facetas aceitar sem julgar, descrever e agir com consciência reflectem parcialmente a diferença proposta pelos autores. Os adultos activos do presente estudo revelam discernimento sobre quão automáticos são os padrões habituais de sobre identificação e reactividade cognitiva às sensações, pensamentos, e emoções (Teasdale & Cox, 2001).

O incremento dos quatro componentes do *mindfulness* estão positivamente associados com o aumento no bem-estar emocional, no entanto, só as facetas agir com consciência e aceitar sem julgar, se correlacionaram significativamente com a redução da depressão. As pessoas idosas da amostra em estudo revelaram pontuações mais elevadas nas facetas de *mindfulness* observar e agir com consciência, por comparação à população mais nova. As recomendações do estudo vão no sentido de investigar a possibilidade do *mindfulness* poder ser uma extensão do processo de desenvolvimento (Splevinsa, Smithb e Simpsona, 2009).

Ao nível da associação entre auto-percepção do envelhecimento e as cinco facetas de *mindfulness*, os resultados apresentados mostram associações interessantes entre a auto-percepção do envelhecimento e as competências de *mindfulness*. Com efeito, os resultados obtidos revelam para a faceta de *mindfulness* “Observar” que esta se encontra positivamente associada, de forma estatisticamente significativa, com as dimensões Consequências positivas e o Controlo positivo e negativamente associada de forma significativa com o Controlo negativo.

A um valor de significância $p < .01$ para a correlação entre Observar e Consequências positivas, os resultados sugerem que existirá uma relação genuína entre estas variáveis, o que permitirá afirmar, com confiança, que a competência de *mindfulness* Observar estará associada a uma percepção do envelhecimento pautada pela percepção de impactos positivos como consequências de envelhecer, bem como a um maior controlo

percebido sobre a capacidade de monitorizar a sua experiência de envelhecimento, acentuando a noção de competência na promoção do seu bem-estar. Por outro lado, os resultados mostram ainda que quanto menor é a capacidade de Observar (perceber as experiências internas e externas), maior a crença na incapacidade de controlo sobre as experiências negativas relacionadas com o envelhecimento, ou seja, uma baixa noção de competência na promoção do bem-estar pessoal.

Os resultados obtidos revelam para a faceta de *mindfulness* Descrever que esta se encontra negativamente associada, de forma estatisticamente significativa, com as cinco dimensões da auto-percepção do envelhecimento (Duração crónica, Duração cíclica, Consequências negativas, Controlo negativo e Representações emocionais) e positivamente associada de forma significativa apenas com a dimensão Consequências positivas do envelhecimento. Assim, podemos concluir quanto menor a capacidade de rotular experiências internas com as palavras, mais elevada a perturbação emocional (ansiedade e depressão) associada à percepção do envelhecimento; maior a noção de oscilação e cronicidade da percepção do envelhecimento, e mais antecipação de consequências negativas associadas ao envelhecimento. Ao invés, quanto maior a capacidade em nomear e rotular os acontecimentos, maior a capacidade adaptativa ao envelhecimento.

Uma relação similar está presente entre as dimensões de *mindfulness*, Agir com consciência e Não julgar. Os resultados obtidos revelam para a faceta de *mindfulness* Agir com consciência, que esta apenas se encontra negativamente associada, de forma estatisticamente significativa, com três dimensões da auto-percepção do envelhecimento (Duração crónica, Duração cíclica, e Representações emocionais). Assim, quanto menos presente e focado(a) nas actividades do momento, mais variações nas experiências de envelhecimento e maior a perturbação emocional associada ao envelhecer. As dimensões Duração Crónica e Duração Cíclica comportam-se com o esperado uma vez que, resultados empíricos fruto da investigação no estudo do instrumento demonstram que o Duração Crónica e Cíclica associam-se positivamente à dimensão Representações Emocionais (Barker et al., 2007).

Quanto à faceta de *mindfulness* Não julgar, os resultados indicam uma correlação negativa estatisticamente significativa com apenas duas dimensões da auto-percepção do envelhecimento (Duração cíclica, e Representações emocionais). Podemos concluir que uma incapacidade de tomada de posição não avaliativa dos pensamentos e dos sentimentos,

está associada a uma consciência de envelhecimento dependente do modo como se sente, bem como a uma preocupação e emotividade negativa sobre o envelhecimento.

De salientar que a faceta Não reagir não se correlaciona com nenhuma das sete dimensões das auto-percepções de envelhecimento.

7.4. Hipótese 2 - A relação entre as facetas do *mindfulness* e o apoio social

Com o objectivo de compreender a associação que se estabelece entre o *mindfulness* e o apoio social será relevante compreender, antes de mais, as características das facetas de *mindfulness* e as dimensões de apoio social dos participantes da amostra em estudo.

Na relação entre as facetas do *mindfulness* e o apoio social percebido, obtivemos dados bastante sugestivos de que são os indivíduos que revelam atitudes de *mindfulness* de Observação, Descrição e de Não reacção, os que relatam uma maior percepção de apoio social percebido. Esta atitude *mindfulness*, de atenção plena e conscientização tem uma relação significativa quer com o apoio social percebido global, quer com algumas dimensões das três subescalas mencionadas. Excepção feita para a faceta de *mindfulness* Agir com consciência, que pontua apenas com duas dimensões (Apoio casual e Reafirmação de valor).

Os resultados sugerem que existirá uma relação genuína entre estas variáveis, o que permitirá afirmar com confiança que as facetas de *mindfulness* estarão associadas às dimensões da Escala de provisões sociais pautada pelo apoio recebido de uma pessoa de confiança que fornece orientação e ajuda na ponderação da situação e apoio emocional; tendo uma sensação de uma relação forte e segura, que permite contar com a ajuda disponível; ocorrendo nas relações mais próximas onde existe intimidade, sentimento de partilha e segurança emocional; na oportunidade para partilhar interesses e actividades sociais; permitindo obter dos outros uma valorização das nossas qualidades, aquisições e competências; existindo à necessidade da pessoa fornecer apoio e cuidados; o apoio percebido nas relações mais íntimas e o apoio percebido em contextos mais casuais.

Os resultados obtidos são condizentes com o verificado na literatura, na medida em que o apoio social veicula um conjunto de recursos para o indivíduo, possibilitando-lhe fazer face às diferentes exigências e necessidades com as quais se depara (Weiss, 1974, citado por Moreira & Canaipa, 1996).

No que diz respeito à faceta “Agir com consciência” verifica-se uma correlação

positiva, estatisticamente significativa ($p < .05$) entre a dimensão da Escala de Provisões sociais “Apoio casual” e “Reafirmação de valor”, associada a aspectos mais sociais do apoio, como são a necessidade de partilha de actividades e a valorização das competências pessoais, alcançados em relações mais superficiais do que as do Apoio íntimo.

Relativamente às correlações entre a faceta “Não julgar” os resultados demonstram que não se encontram correlações associadas.

É curioso observar como a faceta “Descrever” reflete porém as correlações mais fortes com a escala de provisões sociais, levando assim a entender uma considerável associação entre o *mindfulness* e o apoio social percebido nas relações mais íntimas e em contextos mais casuais, de modo a obter a valorização nas qualidades, e conhecimentos e na oportunidade para partilhar.

Por outro lado, os resultados mostram que os indivíduos que têm apoio social e que incluem elementos de *mindfulness*, revelam correlações positivas e significativas. Inversamente os indivíduos que têm apoio e não incluem elementos de *mindfulness* não revelam correlações.

Estes resultados permitem confirmar parcialmente a hipótese relativamente à associação das dimensões da Escala de provisões sociais entre as facetas de *mindfulness*.

7.5. Hipótese 3 - A auto-percepção do envelhecimento como preditora das facetas de *mindfulness*

A análise dos resultados obtidos referentes à regressão entre as facetas de *mindfulness* e auto-percepção do envelhecimento procurou, como já enunciado anteriormente, compreender a contribuição de determinada percepção do envelhecimento na predição de determinada (s) facetas de *mindfulness*.

Neste sentido, os resultados sugerem que uma percepção do envelhecimento positiva, associada à crença sobre o impacto positivo do envelhecimento na vida do indivíduo numa multiplicidade de domínios como o nível de sabedoria, ligada a uma maior criatividade e a um maior bem-estar subjectivo, prediz na faceta de *mindfulness* “Observar”. Por outro lado, os resultados indicam também que o indivíduo experiencia alterações na percepção do envelhecimento. Salienta-se que a sub-escala “Consequências Positivas” é aquela que melhor prediz a faceta *mindfulness* Observar. Os resultados sugerem que a competência de *mindfulness* Observação é explicada em 95,7% pelas Consequências positivas e pela Duração cíclica.

Deve também ser notado que embora o *mindfulness* tenha qualidades tanto de estado, como de traço (Segal et al, 2002), também tem sido descrita como uma competência (ou conjunto de competências) que pode ser desenvolvida com a prática (Bishop et al, 2004). Portanto, é possível que a faceta observar seja particularmente sensível a mudanças com experiência de meditação (aspecto que não foi avaliado no presente estudo), alterando a sua relação com outras facetas da consciência plena e com variáveis relacionadas, de tal forma que a Observação se torna uma faceta clara da consciência plena (Baer, 2006).

Perante a competência de *mindfulness* Descrever, os resultados sugerem que uma percepção do envelhecimento, que é especificamente representada pelas emoções negativas tais como preocupação, ansiedade, depressão, medo, zanga e tristeza, prediz facetas de *mindfulness* caracterizadas por menos capacidade de rotular experiências internas. Verifica-se a possibilidade de antecipação desta faceta a um nível estatisticamente significativo ($p < .01$) mas negativo.

Relativamente ao “ Agir com consciência”, o que se verifica é uma relação entre esta faceta e mais uma vez, a percepção do envelhecimento, que é especificamente representada pelas emoções negativas e prediz uma atitude e comportamento em modo de piloto automático. Este resultado de aproximação ao automatismo, sugerido por Siegel (2007) pode estar conectado com ausência de flexibilidade do afecto, estilos cognitivos menos adaptativos, e rigidez nos padrões de interacção com os outros.

Por outro lado, a investigação também sugere, que o treino em consciência plena, permite ao mais velhos perceber o quanto estão a ter pensamentos e sentimentos automáticos, socialmente determinados e negativos sobre o envelhecimento. Neste sentido, a consciência do equilíbrio meditativo pode promover a auto-aceitação e o não-julgamento (Turner, 2010).

Apesar da eficácia demonstrada do treino de atenção plena em psicoterapia (Baer, 2003), tem havido pouca pesquisa sobre o estudo e uso de treino de competências de consciência com populações mais velhas. Estas competências podem ser particularmente relevantes para os adultos e idosos que experimentam muitas perdas inevitáveis e que são mais propensos a confiar em estratégias de regulação emocional passivas (Blanchard-Fields, Stein, & Watson, 2004). O treino de competências é um método para fornecer serviços de prevenção da depressão em adultos mais velhos, que muitas vezes são "relutantes em procurar os serviços de saúde mental devido ao estigma, a negação de

problemas, barreiras de acesso" (Gellis, 2006, p.129). Além disso, Rejeski (2008) afirmou que os adultos mais velhos, muitas vezes apresentam um olhar duro sobre o significado da vida, o *mindfulness* merece mais estudos empírico em gerontologia. As pessoas mais velhas, têm relatado que as competências de atenção plena (McBee, 2003) facilitam uma reconexão com a "espiritualidade positiva", o que tem sido proposto como um fator de envelhecimento bem-sucedido (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002).

No que diz respeito à faceta de *mindfulness* "Não Julgar", destacar-se-ia como preditores as "Representações Emocionais" e as "Consequência Positivas", sendo as "Representações Emocionais" a que melhor prediz na faceta "Não Julgar". Este resultado sugere que uma resposta emocional negativa gerada pelo envelhecimento, pode antever uma tomada de posição avaliativa dos pensamentos e dos sentimentos e uma maior reactividade à experiência interior.

Por outro lado, os resultados indicam que uma diminuição nas crenças do impacto positivo do envelhecimento na vida do individuo, também pode levar a uma diminuição na capacidade de aceitação da experiência interior no que se refere aos pensamentos e sentimentos.

Sumarizando, a dimensão "Representações Emocionais" apresenta-se como uma dimensão explicativa de três das facetas de *mindfulness* designadamente a faceta "Descrever", "Agir com consciência" e "Não Julgar". A conexão entre o *mindfulness* e regulação da emoção tem sido apoiado em investigações efectuadas por Brown & Ryan (2003).

A incapacidade em manter um equilíbrio emocional favorável ao processo de envelhecimento, componente importante da auto-regulação cognitiva, emocional e comportamental, prediz atitudes de *mindfulness* menos positivas face à experiência pessoal. Os resultados sugerem a importância da identificação de emoções não adaptativas, associadas crenças negativas sobre o envelhecimento (influenciadas socialmente, através de estereótipos negativos, mas também por características pessoais), mas também podem indicar pistas sobre a importância de promover de treino de competências de *mindfulness* aos adultos activos.

O treino de *mindfulness* pode permitir aos adultos activos e idosos, perceber o quanto estão a ser automáticos (pouco reflexivos), a ter pensamentos e sentimentos negativos, socialmente determinados sobre o envelhecimento (Turner, 2010).

Salienta-se ainda que nenhuma dimensão da auto-percepção de envelhecimento explica a faceta “ Não Reagir” à experiência interior. Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionada com o facto de esta ser uma sub-escala em que a magnitude da mudança é com frequência a maior, em comparação às restantes escalas do FFMQ, mostrando aumentos significativos após os treinos de *mindfulness*. Baer (2012), considera que a competência para permitir que as experiências internas vão e voltem, sem ficarmos absorvidos ou apanhados por elas, parece ser relativamente pouco familiar aos participantes das investigações, evidenciando quase sempre aumento substancial após a aprendizagem da prática de meditação *mindfulness*.

A hipótese 3 é assim parcialmente confirmada, excluindo-se a faceta não reagir, em que nenhuma dimensão da auto-percepção se constitui como preditora das facetas de *mindfulness*.

7.6. Hipótese 4 – O Apoio social é mediador na relação entre as auto-percepções de envelhecimento e o *mindfulness*.

A quarta hipótese previa que o apoio social tivesse um efeito mediador entre as diferentes facetas do *mindfulness* e as diferentes dimensões das auto-percepções de envelhecimento.

Os resultados obtidos na análise de regressão indicam que quando o apoio social percebido intervém, parece que esta variável tem um papel de mediação entre três facetas de *mindfulness* Observar, Descrever e Agir com consciência sobre as dimensões das representações de envelhecimento designadamente de Controlo Negativo, Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Positivas e Negativas e Representações Emocionais.

Em primeiro lugar foi analisada a relação entre as facetas de *Mindfulness* (FFMQ) e as dimensões da representação do envelhecimento (QPE) onde se conclui que FFMQ tem um efeito significativo e negativo nas dimensões de QPE. Verifica-se uma mediação significativa do apoio social percebido na relação da faceta Observar com Controlo negativo.

Da análise da faceta Descrever poder-se-á afirmar que existe um efeito significativo negativo sobre a duração crónica.

No que diz respeito à faceta Agir com consciência os resultados demonstram efeito significativo, sobre duas dimensões de representação do envelhecimento Duração cíclica e Representações emocionais.

Posteriormente, analisou-se a relação entre as facetas de *mindfulness* (FFMQ) e a variável mediadora Apoio social percebido, tendo-se verificado que a primeira constitui um preditor importante da percepção de disponibilidade de apoio social.

Pela análise dos resultados conclui-se que estamos na presença de uma mediação completa e significativa em que o apoio social percebido tem um efeito significativo e negativo na representação do envelhecimento.

Deste modo, o apoio social percebido, parece contribuir, de forma decisiva e significativa, para que um indivíduo percepcione o seu processo de envelhecimento. Assim sendo, parece poder concluir-se que quando uma pessoa sente que tem apoio social, as competências de *mindfulness* tem efeito sobre a sua percepção do processo de envelhecimento. Contudo, os efeitos, de cada variável para além de terem peso diferente têm também sinal contrário ao do efeito da auto-percepção de envelhecimento.

A percepção do processo de envelhecimento de uma pessoa é menos influenciado pelas competências de *mindfulness* quando o individuo não sente ter Apoio Social.

Por outro lado, as competências de *mindfulness* (observar, descrever e agir com consciência) têm um efeito significativo na auto-percepção do envelhecimento quando o individuo sente apoio social. Estas conclusões permitem afirmar que se confirma parcialmente a hipótese formulada.

Capítulo VIII- Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, são apontadas algumas limitações e colocadas sugestões para futuras investigações.

8.1-Limitações do Estudo

Inerentes a este estudo poder-se-ão realçar diferentes contingências que deverão ser contempladas aquando da discussão e compreensão dos resultados aqui obtidos e apresentados e dos argumentos que deles se retiram.

Neste sentido, salientar-se-á a constituição heterogénea da amostra em estudo. Ainda que os dados recolhidos tenham procurado assegurar uma relativa homogeneidade de género dos participantes, participantes do sexo feminino mais elevado poderá constituir uma fragilidade. Não foi controlada a proporcionalidade da amostra por grupos etários.

Algumas questões de medida também podem ser consideradas. Ao longo do tempo da execução desta investigação, foi publicada a versão reduzida da FFMQ, forma que ajudaria na economia do tempo de aplicação, bem como na simplificação da compreensão de alguns dos itens da escala de *mindfulness*.

Uma questão metodológica o presente estudo é que medimos *mindfulness* numa amostra em que desconhecemos se tinham ou não experiência prévia de meditação. É possível que as pessoas que nunca meditaram ou nunca ouviram falar no *mindfulness*, possam não reflectir sobre o quanto agem ou não agem com consciência e atenção plena na sua vida diária. Uma outra limitação, é que não perguntámos aos participantes sobre o tempo que praticam meditação, o que pode impedir uma análise do impacto da experiência de meditação.

Os resultados do presente estudo não se podem generalizar a populações com outras características.

A interpretação e a comparação dos resultados foram dificultadas pelo facto de existir, até à data do nosso conhecimento, escassez de estudos sobre o tema (identificámos apenas uma investigação americana de treino de *mindfulness*, com a inclusão da variável auto-percepção do envelhecimento). Neste âmbito, podemos considerar que o presente estudo também é pioneiro em Portugal, pelo facto de apostar na investigação do *mindfulness* no âmbito do Serviço Social e da Gerontologia.

8.2-Sugestões de Investigação

Como passo inicial nesta questão, futuras investigações poderão ser interessantes e promotoras do desenvolvimento de conhecimentos nesta área. Assim, replicar este estudo com uma amostra em que os elementos do sexo masculino estivesse mais equilibrada em relação ao sexo feminino seria desejável. Não obstante a distribuição destas amostras acabará por ser um reflexo da própria distribuição de género na realidade da adultez e da velhice, com indivíduos do sexo feminino a viverem mais anos do que os de sexo masculino.

Interessante poderia ainda ser a estratificação deste estudo segundo as várias etapas etárias que compõem a adultez não tomando a faixa etária dos 30 aos 64 como uniformemente representativa de uma mesma realidade. Um indivíduo de 34 anos de idade é, acima de tudo, significativamente diferente de um indivíduo de 64 anos de idade.

São essenciais novos estudos prospectivos ao nível das diferenças por género, com a inclusão de programas ou intervenções que possam melhorar a forma como os indivíduos possam lidar com os aspectos menos adaptativos do seu processo de envelhecimento.

É fundamental valorizar cada vez mais as experiências que os indivíduos possam ter ao longo do envelhecer, tanto mais que as percepções são formadas socialmente, com base em características avaliativas pessoais. Será pertinente tentar investigar até que ponto estas experiências pessoais são determinantes na representação do acto de envelhecer.

Sugere-se planear intervenções dirigidas para o auto conhecimento consciente, para a atenção plena, de modo que os indivíduos aceitem e lidem com as inevitáveis mudanças e desafios do envelhecimento.

Bibliografia

AJALA, A. S. (2006). The Changing Perception of Aging In Yoruba Culture and Its Implications on the Health of The Elderly. *Anthropologist*, 3, (8), 181-188.

AREOSA, S. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos e Contextos*, 3. Consulta a 20-12-2012 de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/978/758>.

BAER, R. A. (2003), Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143

BAER, R. A. (Ed.). (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Burlington, MA: Academic Press.

BAER, R, et al, (2008) Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples, vol. 15, 3: pp. 329-342. Consulta a 6 -11 -2012, disponível em: <http://asm.sagepub.com/content/15/3/329.abstract>

BAER, R. A., SMITH, G. T., HOPKINS, J., KRIETEMEYER, J., & TONEY, L. (2006). Using self- report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

BAER, R.A., SMITH, G.T., LYKINS, E., BUTTON, D., KRIETEMER, J., SAUER, S., et. al. (2012) Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. Consulta 3-Oct-2012 disponível em: <http://asm.sagepub.com/content/15/3/329.abstract>

BALTES, P.B & BALTES M.M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* Edited by: Baltes PB, Baltes MM. New York: Cambridge University Press; 1990:1-34.

BARAK, B., & STERN, B. (1986). Subjective ages correlates: a research note. *The Gerontologist*, 5, (26), 571-578.

BARKER, M., O'HANLON, A., MCGEE, H. M., HICKEY, A., & CONROY, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7:9. Consulta a 2-11- 2012 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/9>.

BARRERA, M. (2000). Social support research in community psychology. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.). Handbook of community psychology (pp. 215-246). Kluwer Academic/Plenum Publishers: New York.

BARRON, A. I. (1996) – Apoyo social : aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores, 1996. ISBN 84-232-0918-4.

BIRREN, J.; CUNNINGHAM, W. (1985). Research on the psychology and aging: principles, concepts and theory, In J. Birren e K.W. Schaie (eds), Handbook of the psychology and aging. New York: Van Nostrand.

BISHOP, S. R., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N.D. CARMODY, J., et al., (2004). Mindfulness:A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 11, 230-241

BLANCHARD-FIELDS, F., STEIN, R., WATSON, T., L. (2004). Age differences in emotion regulation strategies in handling everyday problems. Journal of Gerontology, 59B(6), 261-269.

BROWN, K. W., & RYAN, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Clinical Psychology: Science & Practice, 11, 230-241.

CANTWELL, L., & BARRETT, A. (2006). Undergraduate Students' Perceptions of Aging: Gender Differences. American Sociological Association, 1-24.

CARMONA Carla & CLAUDINO D. Adelaide. (2010) Dimensões relacionais subjetivas na compreensão do envelhecimento em idosos. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 447-458). Consulta <http://www.actassnip2010.com> .

CARSTENSEN, L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17, 195-217.

CARSTENSEN, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging, 7(3), 331-338.

CHASTEEN, A. L. (2000). The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. Basic & Applied Social Psychology, 22(3), 147-156.

CICCHETTI, D., ACKERMAN, B. P., & IZARD, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 7, 1-10.

CLAUDINO, A., FERREIRA, A., CARMONA, C. & TAVARES, S. (2011). Adaptação Portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento: Estudo Preliminar. Poster apresentado na VIII Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica, Formas e Contextos. Lisboa, Portugal. Artigo Publicado nas Actas.

COHEN, S., & MCKAY, G. (1984). Social support, stress, and the buffering hypothesis; a theoretical analysis. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp.253-268). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

CROWTHER, M. R., PARKER, M. W., ACHENBAUM, W. A., LARIMORE, W. L., & KOENIG, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality—The forgotten factor. *The Gerontologist* 42, 613-620.

CRUZ, E. B. L. (2001) – Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico : a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra : [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

CUTRONA, C. E., & RUSSELL, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.

CUTRONA, C. E., & RUSSELL, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce, (Eds.). *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). Wiley: New York.

DAVIDSON, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.

DEMAKAKOS, P., GJONCA, E., & NAZROO, J. (2007). Age identity, age perceptions, and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 279-287.

DEMAKAKOS, P., HACKER, E., & GJONCA, E. (2006). Perception of ageing. In J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English longitudinal study of ageing* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.

DIENER, E. & SELIGMAN, M. E. P. (2004). Beyond money: Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1–31.

DIMIDJIAN, S., & LINEHAN, M. M. (2003b). Mindfulness practice. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step-by-step guide for clinicians*. New York: John Wiley.

DUARTE, V. B., D.G., SANTANA, M. da G., SOARES, M. C. & THOFERN, M. B. (2005) "A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família", *Família Saúde e Desenvolvimento*, V 7 N°1, pp. 42-50, Jan-Abril, Curitiba. empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10,125-143

DUAY, D., & BRYAN, V. (2006). Senior Adults' Perceptions of Successful Aging. *Educational Gerontology*, 6, (32), 423-445.

EUROSTART (in Internet: http://europa.eu/documentation/statisticspolls/index_pt.htm)
acedido a 20-03-2012.

FERNÁNDEZ-Ballesteros, R. (2002).«Presentación», in R. Fernández- Ballesteros (dir.), *Vivir com vitalidade, Vol.I- Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*, Madrid, Ediciones Pirámide.

FERNÁNDEZ-Ballesteros, R.; CAPRARA, M. (2003). Psychology of ageing in Europe. *European Psychologist*, 8 (3), 129- 130.

FERNÁNDEZ-Ballesteros, R.(2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide.

FONSECA, A. M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa Universidade Católica.

FONSECA, A. M. (2005). *O Envelhecimento bem-sucedido*, In C. Paúl e. A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 235.258). Lisboa: Climepsi.

FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
forgotten factor. *The Gerontologist* 42, 613-620.

FURSTENBERG, A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55: 1–24.

GAMBURGO, L., & MONTEIRO, M. (2009). Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com urn idoso institucionalizado. (Portuguese). *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 31-41.

GARCÍA, E. L., BANEGAS, J. R., PÉREZ-REGADERA, A. G., CABRERA, R. H., & RODRIGUÉZ- ARTALEJO, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research*, 14 (2), 511–520.

GELLIS, Z. D. (2006). Mental and emotional problems in older adults. In B. Berkman (Ed.), *Handbook of social work in health and aging* (pp. 129-139). New York: Oxford University Press.

GLENDINNING, Caroline(2009). Combining choice, quality and equity in social services. Synthesis report: Peer Review in social Protection and Social Inclusion, PROGRESS. Denmark.

GOLDSTEIN, J. (2002). *One Dharma: The emerging Western Buddhism*. San Francisco: Harper Collins.

GOLEMAN, D. J., & SCHWARTZ, G. E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 456–466.

GRACIA, Blanco, M., Olmo, J., Arbonès, M., & Bosch, P. (2004). Analysis of selfconcept in older adults in different contexts: Validation of the Subjective Aging Perception Scale (SAPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 262-274.

GREENBER, L. S. (1992). Task analysis: Identifying components of intrapersonal conflict resolution. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research*. Newbury Park: Sage.

GREENBERG, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3- 16

GREGÓRIO Sónia, GOUVEIA, José Pinto (2011) Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação, *Psychologica avaliação psicológica em contexto clínico*, nº 54,259-280. IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Consulta 4-Oct-2012 22:05:58 disponível em: <http://digitalis-dsp.sib.uc.pt/handle/10316.2/5590>

GROSS, J.J (1998), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

GROSS, J.J., & THOMPSON, R.A. (2006). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press

GUEDEA, M. T. D., ALBUQUERQUE, F.J.B., TRÓCCOLI, B.T., NORIEGA, J.A.V., SEABRA, M.A.B. e GUEDEA, R.L.D. (2006). Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.

HANSSON, R. O., & STROEBE, M. S. (2007). Integrating aging and bereavement in late life. In R. O. Hansson, M. S. Stroebe (Eds.) , *Bereavement in late life: Coping, adaptation, and developmental influences* (pp. 153-172). Washington, DC US: American Psychological Association.

HAYES, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behaviour therapies. *Mindfulness, acceptance and relationship*. In Hayes, S, Follette, V., & Linehan, M. (Eds). *Mindfulness and Acceptance – Expanding the cognitive-behavioural tradition*. New York, NY: The Guilford Press.

HAYES, A.M. & FELDMAN, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11.

HAYES, S., FOLLET, V. & LINEHAN, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: The new behavior therapies*. New York: Guilford Press.

HAYES, S. C., & GIFFORD, E.V. (1997). The trouble with language:Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events. *Psychological Science*, 8, 170-173.

HAYES, S. C., STROSAHL, K.,&WILSON, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

HICK S. Steven (2009) *MINDFULNESS AND SOCIAL WORK: Paying Attention to Ourselves, Our Clients, and Society*, (volume I, pp.1-26) Carleton University. Consult. 21 Julho 2012, disponível em:
http://lyceumbooks.com/downloads/MindfulnessAndSocialWork_Ch1.pdf

IAMAMOTO, Marilda V (2004) “ Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional” capítulo I, *Serviço Social na Contemporaneidade*. editor Cortez.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Lisboa: INE (in Internet: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub

_boui=122073978&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2 acessado a 20-03-2012.

INE- Instituto Nacional de Estatística (2003) Projecções da População Residente, Portugal e NUTS II, 2000-2050; Tese Moreira.

INE- Instituto Nacional de Estatística (2011a) Estatísticas Demográficas 2010. Lisboa: INE (In internet:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=136077007&PUBLICACOESstema=00&PUBLICACOESmodo=2 acessado a 20-03-2012.

INE- Instituto Nacional de Estatística (2011b) Censos - Resultados definitivos : Portugal 2011 (In internet:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554, acessado a 25-12-2012.

JASINSKAJA-LATHI, I. & LIEBKIND, K. (2007). A Structural model of acculturation and well-being among immigrants from the former USSR in Finland. *European Psychologist*, 12 (2), 80-92.

JUNQUEIRA, Diana Sofia Pereira, SILVA, Maria Eugénia Duarte (2010) Dimensão Depressiva da Personalidade e Auto-Percepção do Envelhecimento em Idosos, Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.

KABAT-ZINN, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.

KABAT- ZINN, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York:Hyperion.

KABAT-ZINN, J. (2000). Indra's net atwork: The mainstreaming of Dharma practice in society. In G.Watson & S. Batchelor (Eds.), *The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives* (pp. 225-249). North Beach, ME: Weiser.

KABAT-ZINN, J. (2005). *Coming to our senses. Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York, Hyperion, (p.601).

KEONG, Ana Marta Pequito Antunes, SILVA, Maria Eugénia Duarte (2010). *A Auto-Percepção do Envelhecimento em Idosas Viúvas*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

KLEINSPEHN-AMMERLEHN, A., KOTTER-GRÜHN, D., & SMITH, J. (2008). Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction with Aging Change During Old Age? *Journal of Gerontology*, 6, (63B), 337-385.

KOTTER-GRUHN, D., KLEISPEHN-AMMERLAHN, A., GERSTORF, D., & SMITH, J. (2009) Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 24 (3), 654-667.

KRAUSE, N. (1997). Social support and feelings of personal control in later life. In G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 335–355). New York: Plenum Press.

KRISTELLER, J. L., & HALLETT, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.

LAU, M.A, BISHOP SR, SEGAL ZV, BUIS T, ANDERSON ND, CARLSON L, SHAPIRO S, CARMODY J, ABBEY S, DEVINS G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.

LEMONS, N. & MEDEIROS, S. L. (2002). Suporte Social ao idoso dependente. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 892-898). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

LEVY, B. R., SLADE, M. D., & KASL, S. V. (2002 a) Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (5), 409-417.

LEVY, B. R., SLADE, M. D., KASL, S. V., & KUNKEL, S. R. (2002b). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 261-270.

- LEVY, B. R. (2003). Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 203-211.
- LEVY, B. R., & MYRES, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 3, (39), 625-629.
- LEVY, B. R., & MYERS L. M. (2005) Relationship between respiratory mortality and self-perceptions of aging. *Psychology and Health*, 20 (5), 553-564.
- LEVY, B. (2008). Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behavior and Personality*, 36(4), 559-570.
- LINDAUER, MS, ORWOLL, L, KELLEY, M: Aging artists on the creativity of their old age. *Creativity Research Journal* 1997, 10(2-3):133-152.
- LINEHAN, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 157-158.
- LINEHAN, M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.
- LINEHAN, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LITWAK, E. (1981). *The modified extended family, social networks, and research continuities in aging*. New York: Columbia University Center for Social Sciences.
- LOCHER, J. L., RITCHIE, C. S., ROTH, D. L., BAKER, P. S., BODNER, E. V., & ALLMAN, R. M. (2004). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine*, article in press.
- MARCHAND, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- MARLATT, G. A., & GORDON, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- MAROCO, J. (2010) *Análise Estatística com Utilização do SPSS, 3ª Edição*. Edições Sílabo, Lisboa.

MARTIN, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.

MARTINS, L. R., (1999) “Envelhecimento e saúde”: um problema social emergente”, retirado a 20-03-2012, (<http://psicologiafins.pt.html>).

MARTINS, Rosa Maria (2005) A relevância do apoio social na velhice, Repositório do Instituto Politécnico de Viseu, Número 31, Retirado a 29 de Janeiro de 2012-01-20 <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/429/1/A%20relev%3%a2ncia%20do%20apoi%20o.pdf>

MATOS, A. P. e FERREIRA, A. (2000). Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253.

MCBEE, L. (2003). Mindfulness practice with the frail elderly and their caregivers. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 19, 257-264.

MCTAVISH, D. G. (1982). Perceptions of Old People. In. D. J. Mangen & W. A. Peterson (Eds), *Research Instrument in Social Gerontology – Volume 1 Clinical and Social Psychology* (pp.533-622). Minneapolis: University of Minnesota Press.

MOREIRA, J. M., & CANAIPA, R. (2007). A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “Social Provisions Scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58.

MORGAN, L. A., & BENGTON, V. L. (1976). Measuring Perception of Aging Across Social Strata. Paper presented to the 29th Annual Meeting of the Gerontological Society, New York, October 13-17.

NEFF, K. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS.

PAIS- RIBEIRO, J. L. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (2^a Ed.). Porto: Livpsic.

PARKS, G. A., ANDERSON, B. K., & MARLATT, G. A. (2001). Relapse prevention therapy. In N. Heather, T. J. Peters, & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 575- 592). New York: John Wiley.

PAÚL, C. (2005). “A construção de um modelo de envelhecimento humano”. IN: C.Paúl, e A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-41) Lisboa: Climepsi Editores.

PAÚL, C., & FONSECA, A. (1999) A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362.

PAÚL, C., & FONSECA, A. M. (Eds.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

PINAZO. (2006). Sacramento. Relações sociais. In: TRIADÓ, Carme; VILLAR, Feliciano (Coord.). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial, p. 253-282.

PROHASKA TR, Keller ML, Leventhal EA, Leventhal H(1985) Health practices and illness cognition in young, middle aged, and elderly adults. *Health Psychol Sep ;40(5):569-78*.

REJESKI, W. J. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48, 135-141.

RIDDER,, D., & WIT, B. F. J. (2006). Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. In In D. Ridder & J. Wit. (Eds), *Self-regulation in Health Behavior*, (pp.1-23). West Sussex: John Wiley & Sons.

ROHR, M. K., & LANG, F. R. (2009). Aging Well Together – A Mini-Review. *Gerontology*, 55(3), 333-343.

RON, P. (2007) Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(7), 656-662.

ROSA, T., BENÍCIO, M.H., ALVES, M.C. e LEBRÃO, M.L. (2007). Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (12), 2982-2992.

ROWE, J. W., & KAHN, R. L. (1999). The structure of Successful Aging. In J.W. Rowe & R.L. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 36-52). New York: Dell Publishing.

ROWE, J.W. & KAHN, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

SALMON, P.G., SANTORELLI, S.F. & KABAT-ZINN, J. (1998). Intervention elements in promoting adherence to mindfulness-based stress reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. In S. A. Shumaker, E. B. Schron, J.K. Ockene, & W.L. Bee (Eds.). *Handbook of health behavior change* (2nd ed., pp. 239-268). New York: Guilford Press.

SARASON, B. R., SARASON, I. G., PIERCE, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce, (Eds.). *Social support: An interactional view* (pp.9-25). Wiley: New York.

SARASON, I. G., SARASON, B. R., EARL, H., POTTER, H., & ANTONI, M. H. (1985). Life events, social support and illness. *Psychosomatic Medicine*, 2, (47), 156-163.

SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B., & SARASON, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, (1), p.127-139.

SARASON, B. R., SHEARIN, E. N., PIERCE, G. R., & SARASON, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

SARKISIAN, C. A., SHUNKWILLER, S. M., AGUILAR, I., & MOORE, A. A. (2006). Ethnic Differences in Expectations for Aging Among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 8, (54), 1227-1282.

SEEMAN, T. E. & MCEWEN, B. S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine*, 58, 459-471.

SEGAL, Z. V., WILLIAMS, M. G. & TEASDALE, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.

SEGRIN, C. (2006). Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*, 3, (29), 371-342.

SEQUEIRA, Carlos. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física ou Mental*, Lidel - Edições Técnicas, Lda. Lisboa e Porto

SHAPIRO, S. L., SCWARTZ, G. E., & BONNER, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581–599.

SHAPIRO, S., & SCHWARTZ, G.E. (2005). The role of intention in self-regulation; Toward intentional systemic mindfulness. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp.253-273). San Diego, CA: Academic Press.

SHAPIRO, S., CARLSON, L., ASTIN, J.A., & FREEDMAN, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386.

SIEBERT, D. C., MUTRAN, E. J., & REITZES, D. C. (1999). Friendship and Social Support: The Importance of Role Identity to Aging Adults. *Social Work*, 6, (44), 522-533.

SIEGEL, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of wellbeing*. New York: Norton.

SIEGEL, D. J. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of wellbeing*. New York: Norton.

SILVA, M.E. (2005) Saúde mental e idade avançada. In C. Pául & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi.

SNEED, J. R., & WHITBOURNE, S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61, 375-388.

SPAR, J.E. e LA RUE, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica* (1.ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.

SPLEVINS, K., SMITH, A, SIMPSON, J.,(2009) Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, Vol. 13, No. 3, May 2009, 328–335.

STEVERINK, N., WESTERHOF, G. J., BODE, C., & DITTMANN-KOHLI, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 364–373.

TAVARES Sílvia & CLAUDINO D. Adelaide.(2010) Apoio social percebido e estado emocional: que relação entre as percepções de envelhecimento e o Bem-estar psicológico em adultos activos. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 427-438). Retirado de <http://www.actassnip2010.com> .

TEASDALE, J.D. & COX, S.G. (2001). Dysphoria: Self-devaluative and affective components in recovered depressed and never depressed controls. *Psychological Medicine*, 31, 1311-1316.

TOIVIAINEN, L. (2007). The futures of old age. *Nursing Ethics*, 14(2), 270-271.

TURNER, Kielty (2010) The Promotion of Successful Aging through Mindfulness Skill Training. Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. Paper 1. http://repository.upenn.edu/edissertations_sp2/1

UCHINO, B. (2004). *Social Support & Physical Health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.

UCHINO, B. N., CACIOPPO, J. T., & KIECOLT-GLASER, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.

WENZLAFF, R. M., & WEGNER, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), (2002). *Active ageing, a policy Framework. A contribution of the WHO to the second united World assembly on ageing*: Madrid: WHO.

WONG, S. T, YOO, G. J, & STEWART, A. L. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity and Health*, 12 (1), 43-67.

YASSINE, Ismael Macedo Correia, SILVA, Maria Eugénia Duarte (2011) *A Auto-Percepção do Envelhecimento e os Traços de Personalidade em Idosos*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Informação sobre a investigação

O presente estudo tem como finalidade, investigar a relação entre a auto-percepção do envelhecimento, o *mindfulness* e o apoio social percebido.

Neste sentido, procura avaliar a percepções de envelhecimento face às experiências e opiniões sobre o acto de envelhecer, assim como, perceber o papel do apoio social percebido na relação entre as auto-percepções de envelhecimento e o *mindfulness*.

Consentimento Informado para a participação na Investigação

A presente investigação, desenvolvida no âmbito da realização de mestrado em Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social, Universidade Lusíada como objectivo estudar a auto-percepção de envelhecimento e apoio social em adultos activos.

Com a finalidade de alcançar este objectivo, a aluna Carla Maria Baía Marques Pereira, dispõe da orientação da Professora Doutora Adelaide Claudino.

Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento do conhecimento nesta área. Apenas lhe será pedido que responda aos questionários, que posteriormente serão cotados e alvo de análise estatística estando as questões voltadas apenas para o tema em análise.

Neste sentido, a sua colaboração é fundamental e insubstituível. Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe pedimos que responda as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Toda a informação será estritamente confidencial e os questionários são anónimos. Só os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Para eventuais dúvidas, contacte: 962858973

Desde já, agradecemos a atenção dispensada.

Data: / /

(Dia) (Mês) (Ano)

Assinatura da (o) participante

Assinatura da (o) investigador(a)

ID

Inquérito Sócio-Demográfico

I- Identificação

1. Data de nascimento

/ /

2. Idade: 30-34 anos 45- 49 anos 60-64 anos
35-39 anos 50-54 anos
40-44 anos 55-59 anos

3. Género: Feminino Masculino

4. Estado Civil: Solteiro(a) Viúvo(a) União de Facto
Casado(a) Divorciado(a)

5. Habilitações Literárias

Não sabe ler e escrever Ensino Preparatório Curso Superior
Sabe ler e escrever Ensino Secundário
Ensino Primário Curso Médio

6. Profissão

Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadro Superiores de Empresa
Especialistas das profissões Intelectuais e Científicas
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio
Pessoal Administrativo e Similares
Pessoal dos Serviços e Vendedores
Agricultores e trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca
Operários, Artífices e trabalhadores Similares
Operadores de Instalações e Máquinas e trabalhadores de Montagem
Trabalhadores Não Qualificados

7. Situação actual perante o trabalho

Empregado Desempregado Doméstica Reformado

8. Com quem vive

Cônjuge Cônjuge e filhos Com outros familiares
Filhos Sozinho Outras situações. Quais? _____

9. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e genero, como se sente em termos de saúde

| | | | | |
|--------------|-----------------|------------------------|---------------|------------|
| Muito melhor | Um pouco melhor | Mais ou menos na mesma | Um pouco pior | Muito pior |
|--------------|-----------------|------------------------|---------------|------------|

QPE

(Barker, M., et al., 2007)

(Tradução e adaptação de Adelaide Claudino, 2007)

Estas questões avaliam as suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Uma vez que todos envelhecemos, estas questões podem ser respondidas por pessoas de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas – apenas as suas experiências e opiniões são importantes. Mesmo que algumas frases sejam sobre alguma coisa sobre a qual não pensa frequentemente, por favor tente dar uma indicação acerca das suas opiniões, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE ENVELHECER

Estamos interessados nas suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Por favor, dê a sua opinião sobre as frases seguintes (discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo fortemente). Assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião.

| | Discordo fortemente | Discordo | Não Concordo Nem Discordo | Concordo | Concordo fortemente |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 2. Estou sempre consciente da minha idade | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 3. Sempre me considerei velho (a) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 5. Sinto a minha idade em tudo o que faço | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 6. À medida que envelheço fico mais sábio | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 7. À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 8. À medida que envelheço aprecio mais as coisas | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 9. Fico deprimido(a) quando penso que envelhecer pode afectar as coisas que consigo fazer | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 10. A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 11. A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 12. Continuar a viver plenamente a vida depende de mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 13. Fico deprimido(a) quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 14. À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 15. O facto de o envelhecimento ter lados positivos depende de mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 16. Envelhecer limita as coisas que consigo fazer | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 17. Envelhecer torna-me menos independente | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 18. Envelhecer torna tudo mais difícil para mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 19. À medida que envelheço, participo em menos actividades | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 20. À medida que envelheço não lido tão bem com os problemas que aparecem | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 21. Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 22. Quando for mais velho (a) a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 23. Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 24. Não tenho controlo sobre os efeitos do envelhecimento na minha vida social | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 25. Fico deprimido(a) quando penso no envelhecimento | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 26. Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter nas minhas relações com os outros | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 27. Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 28. A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 29. Sinto-me zangado (a) quando penso que estou a envelhecer | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 30. Tenho fases em que me sinto velho (a) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 31. A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| 32. Tenho fases em que me vejo como velho (a) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

B) EXPERIÊNCIA DE MUDANÇAS RELACIONADAS COM A SAÚDE

A lista que se segue descreve algumas mudanças relacionadas com a saúde, que pode ter experienciado. Diga-nos se experimentou estas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças que experienciou se relacionam especificamente com o envelhecimento ou não.

| | | Experienciou esta mudança? | | Sobre as mudanças que TEM experienciado: Pensa que esta mudança está relacionada APENAS com facto de estar a envelhecer? | |
|------|---|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| | | Sim | Não | Sim | Não |
| Id1 | Problemas de peso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id2 | Problemas em dormir | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id3 | Hérnia discal | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id4 | Dores nas articulações | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id5 | Não ter facilidade em movimentar-se | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id6 | Perda do equilíbrio | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id7 | Perda de força | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id8 | Abrandar o ritmo | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id9 | Cãimbras | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id10 | Problemas nos ossos ou nas articulações | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id11 | Problemas de coração | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id12 | Problemas nos ouvidos ou em ouvir | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id13 | Alterações nos olhos e na visão | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id14 | Problemas respiratórios | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id15 | Problemas nos pés | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id16 | Depressão | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| Id17 | Ansiedade | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

FFMQ

(Baer, R., et al, 2006)

(Tradução e Adaptação de Pinto Gouveia, J. e Gregório, S., 2007)

Instruções:

Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala. Assinale com uma cruz o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si.

| Nunca ou muito raramente verdadeiro | Raramente verdadeiro | Algumas vezes verdadeiro | Frequentemente verdadeiro | Muito frequentemente ou sempre verdadeiro |
|--|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento. | | | | | |
| 2. Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos. | | | | | |
| 3. Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas. | | | | | |
| 4. Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir. | | | | | |
| 5. Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente. | | | | | |
| 6. Quando tomo um duche ou banho fico atento(a) às sensações da água no meu corpo. | | | | | |
| 7. Consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras. | | | | | |
| 8. Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordado(a), preocupado(a) ou distraído(a) com qualquer coisa. | | | | | |
| 9. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles. | | | | | |
| 10. Digo a mim próprio(a) que não devia sentir-me como me sinto. | | | | | |
| 11. Noto como a comida e a bebida afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções. | | | | | |
| 12. Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso. | | | | | |
| 13. Distraio-me facilmente. | | | | | |
| 14. Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma. | | | | | |
| 15. Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto. | | | | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas. | | | | | |
| 17. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos são bons ou maus. | | | | | |
| 18. É-me difícil permanecer focado no que está a acontecer no presente. | | | | | |
| 19. Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadores distancio-me e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por este(a). | | | | | |
| 20. Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar. | | | | | |
| 21. Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente. | | | | | |
| 22. Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas. | | | | | |
| 23. Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer. | | | | | |
| 24. Pouco tempo depois de ter pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calmo(a). | | | | | |
| 25. Digo a mim próprio(a) que não devia pensar do modo como estou a pensar. | | | | | |
| 26. Noto o cheiro e o aroma das coisas. | | | | | |
| 27. Mesmo quando estou profundamente triste ou terrivelmente perturbado consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras. | | | | | |
| 28. Faço as actividades sem estar realmente atento(a) às mesmas. | | | | | |
| 29. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores consigo aperceber-me deles sem reagir. | | | | | |
| 30. Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir. | | | | | |
| 31. Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras. | | | | | |
| 32. A minha tendência natural é traduzir as minhas experiências em palavras. | | | | | |
| 33. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”. | | | | | |
| 34. Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer. | | | | | |
| 35. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores julgo-me como bom (boa) ou mau (má), em função desses pensamentos ou imagens. | | | | | |
| 36. Presto atenção à forma como as minhas emoções influenciam o meu comportamento. | | | | | |
| 37. Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com grande pormenor. | | | | | |
| 38. Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção. | | | | | |
| 39. Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais. | | | | | |

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões – obrigado.

EPS

Ao responder ao seguinte conjunto de questões, pense nas suas actuais relações com amigos, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade, etc. Usando a escala apresentada em baixo, assinala um número junto a cada item, que indique o grau em que concorda que o item descreve a sua actual relação com as outras pessoas. Por exemplo, se concordasse fortemente com o item 1, assinalaria o quadrado junto do número 4 à direita deste item. Se discordasse, assinalaria o número 2, e assim sucessivamente.

| <u>Discordo fortemente</u> 1 | <u>Discordo</u> 2 | <u>Concordo</u> 3 | <u>Concordo fortemente</u> 4 | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Não há ninguém a quem eu possa recorrer para me aconselhar em alturas de stress. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. As outras pessoas não me vêem como competente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Há alguém com quem eu poderia falar acerca de importantes decisões na minha vida. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Tenho relações nas quais a minha competência e habilidade são reconhecidas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

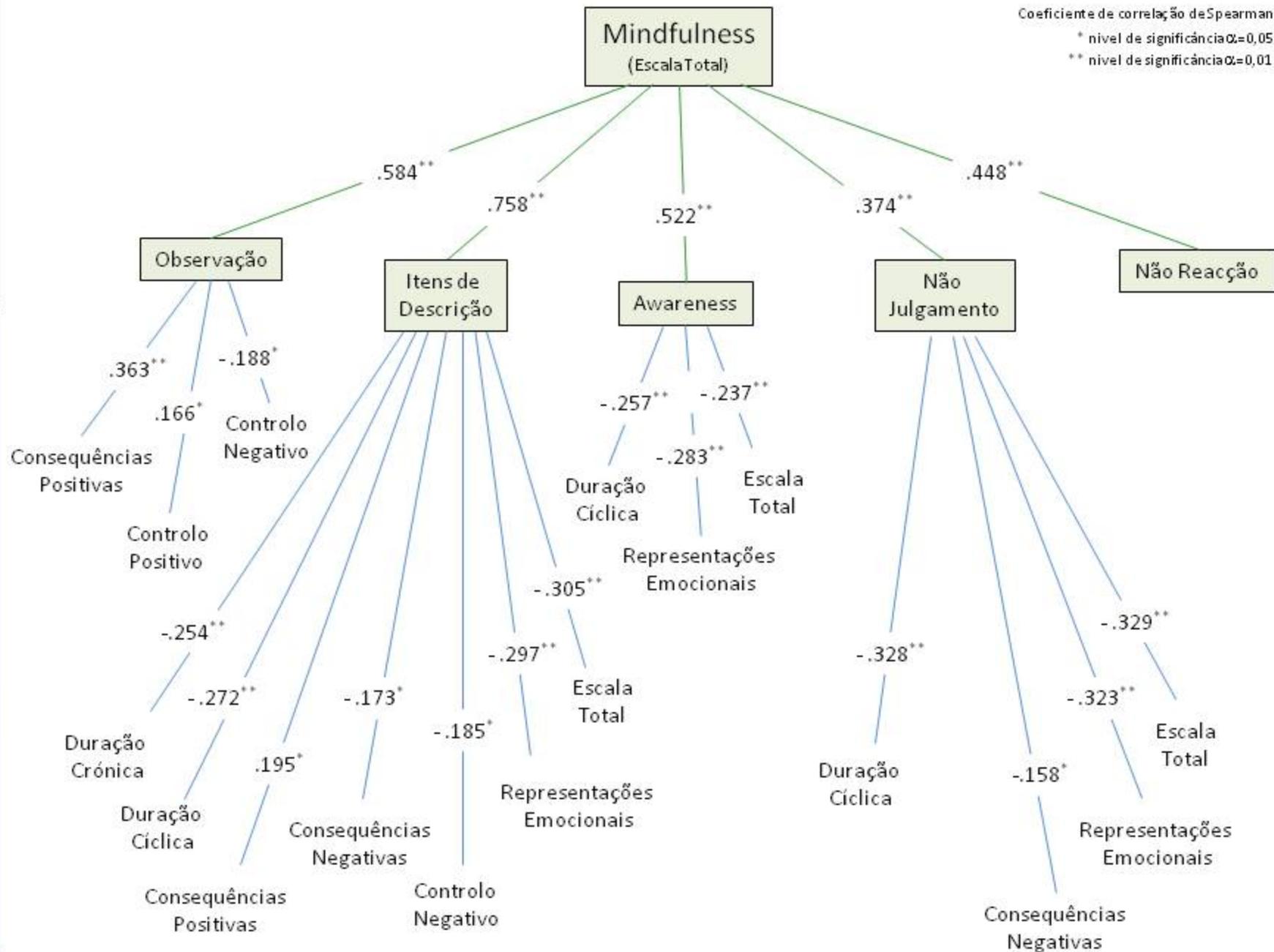
Discordo fortemente
1

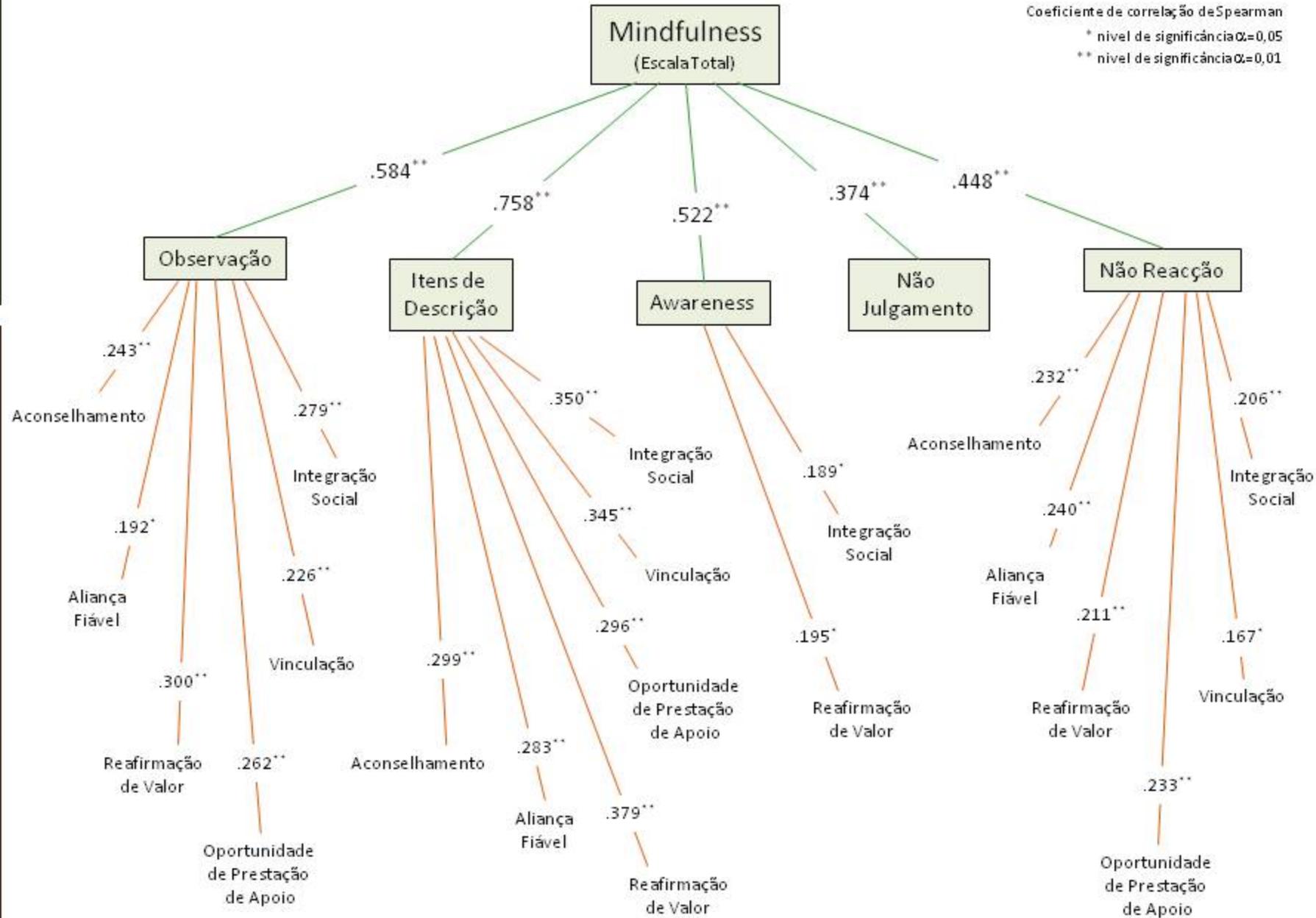
Discordo
2

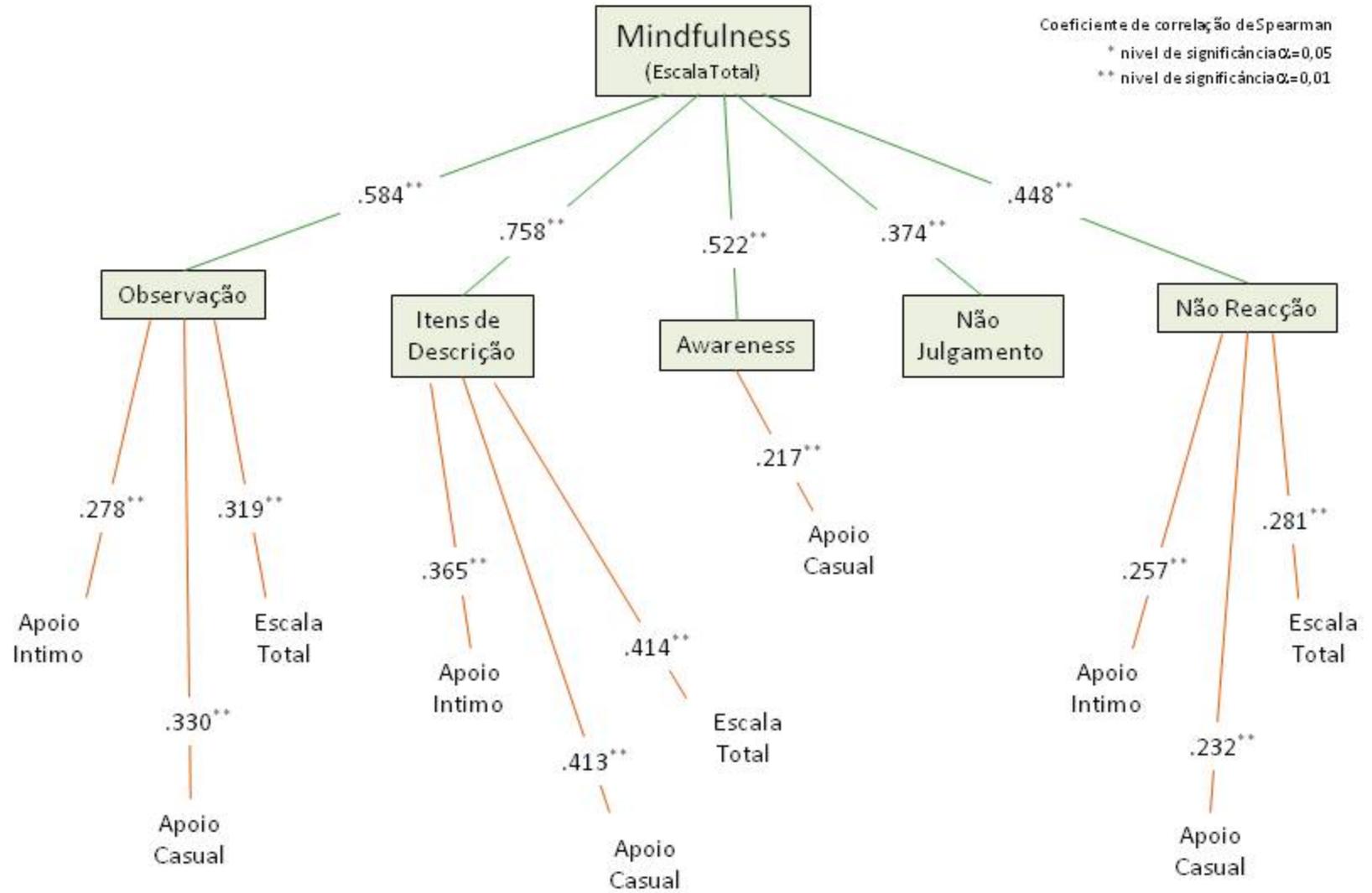
Concordo
3

Concordo fortemente
4

15. Não há ninguém que realmente conte comigo para o seu bem-estar.
1 2 3 4
16. Há uma pessoa digna de confiança a quem eu poderia recorrer para me aconselhar se eu estivesse a ter problemas.
1 2 3 4
17. Sinto uma forte ligação emocional com pelo menos uma outra pessoa.
1 2 3 4
18. Não há ninguém com quem eu possa contar para me ajudar se eu necessitar realmente.
1 2 3 4
19. Não há ninguém com quem eu me sinta confortável a falar acerca dos meus problemas.
1 2 3 4
20. Há pessoas que admiram os meus talentos e capacidades.
1 2 3 4
21. Sinto falta de um sentimento de intimidade com outra pessoa.
1 2 3 4
22. Não há ninguém que goste de fazer as coisas que eu faço.
1 2 3 4
23. Há pessoas com quem eu posso contar numa emergência.
1 2 3 4
24. Ninguém tem necessidade de que eu me preocupe com ele/ela.
1 2 3 4



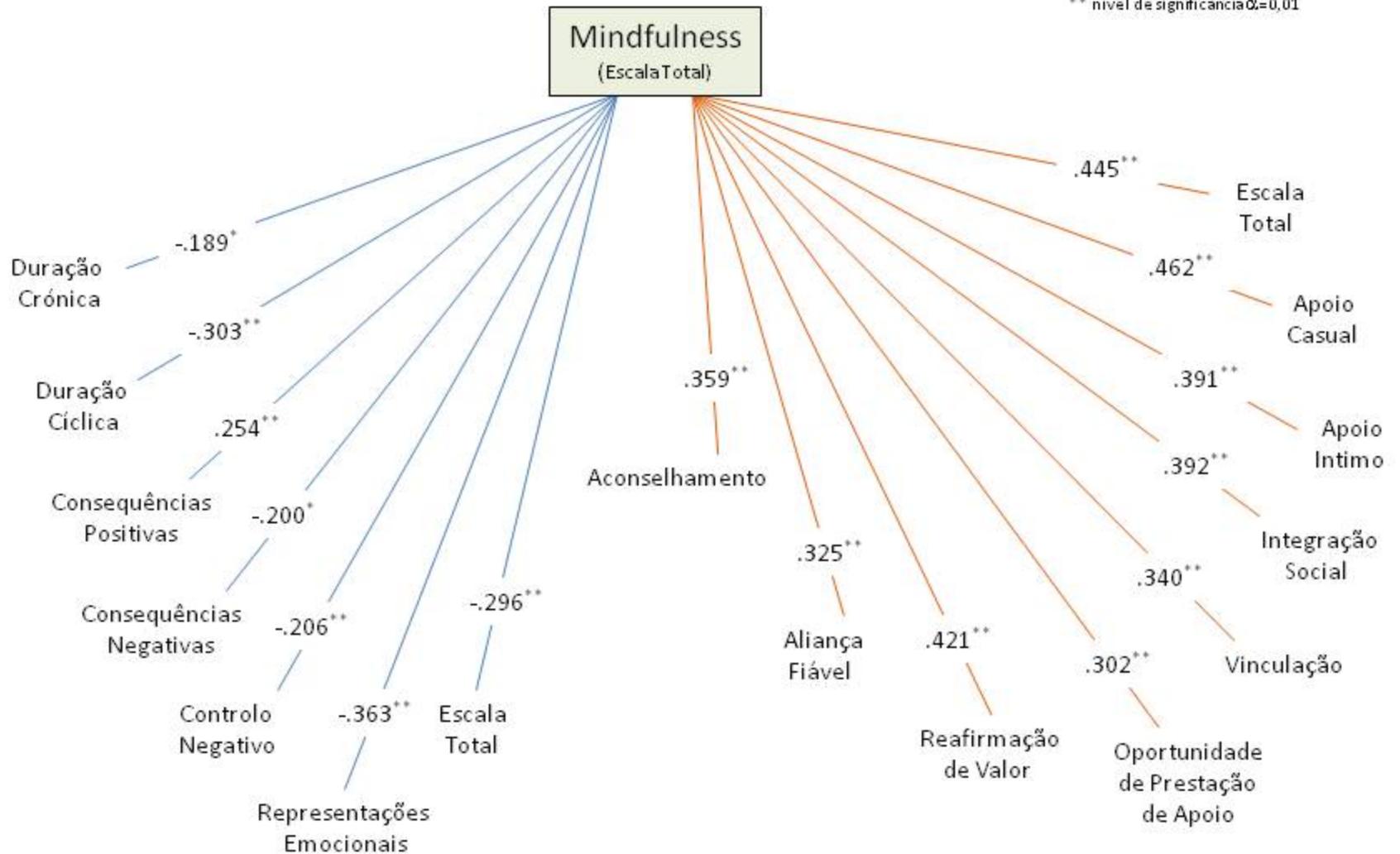




Coefficiente de correlação de Spearman

* nível de significância $\alpha=0,05$

** nível de significância $\alpha=0,01$



QPE – Percepção do Envelhecimento

EPS – Apoio Social