

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**



VALIDADE ESTRUTURAL E DIVERGENTE DA *SELF-LIKING AND SELF-COMPETENCE SCALE – REVISED VERSION* EM ADULTOS IDOSOS PORTUGUESES

**Raquel Alexandra Roque Duarte**

**13131**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

VALIDADE ESTRUTURAL E DIVERGENTE DA *SELF-LIKING AND SELF-COMPETENCE*  
*SCALE – REVISED VERSION* EM ADULTOS IDOSOS PORTUGUESES

**Raquel Alexandra Roque Duarte**

**13131**

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António Diniz

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Diniz, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

## Agradecimentos

Com o terminar desta etapa tão importante da minha vida, gostaria de deixar o meu Sincero Obrigado a todas as pessoas que contribuíram, me acompanharam, ajudaram, ouviram e criticaram nos momentos necessários, para que esta tese fosse realizada.

Agradeço ao Prof. Doutor António Diniz, sem o qual este trabalho não existiria, pela orientação proporcionada, preocupação e disponibilidade demonstradas para que conseguisse obter o maior proveito desta experiência.

Agradeço também a todos os idosos que aceitaram contribuir para este trabalho, pela sua disponibilidade e paciência, pois sem o seu empenho não teria sido possível chegar até aqui.

Gostaria de agradecer à minha família, pelo seu incondicional apoio. Quero destacar os meus pais, pois sem eles nada disto seria possível. É a eles que agradeço todos os sacrifícios, o apoio e ajuda nas horas mais difíceis da minha vida e do meu curso, e o facto de nunca me abandonarem. Não me posso esquecer também da enorme contribuição do meu irmão, da minha cunhada e do meu sobrinho, a quem devo agradecer por todos os momentos de divertimento. Agradeço também aos meus avós pela experiência de vida transmitida, por toda a sabedoria e as histórias partilhadas e também às minhas tias.

À minha amiga e colega Catarina, com quem partilhei muitos momentos e experiências ao longo de todo o curso, trabalhei em conjunto, troquei e discuti ideias, agradeço pela colaboração e compreensão, que contribuiu para a minha satisfação todos os dias.

À minha amiga Inês, pelo seu apoio incondicional em todos os momentos, pela amizade, ajuda, paciência e compreensão.

A todos os meus amigos e colegas pelo apoio que me deram, mesmo nos momentos mais difíceis.

O meu muito obrigada a todos.

## Resumo

Os objectivos deste trabalho consistiram, num primeiro momento, na validação estrutural da versão adaptada para adultos idosos do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC; Vaz Serra, 1986) e da versão portuguesa da *Self-Liking and Self-Competence Scale – Revised version* (SLCS-R; Tafarodi & Swann, 2001) e num segundo momento, na criação de um Modelo Preditor da Auto-Eficácia em adultos idosos, para testar a validade divergente da versão portuguesa da SLCS-R, a Escala de Auto-Aprovação e Auto-Competência - Revista (EAAAC-R; Pelouro, 2006). A amostra foi constituída por 240 sujeitos de ambos os géneros (leque etário: 65-90 anos;  $M = 72$ ), que voluntariamente colaboraram no estudo, autónomos e funcionais, residentes na área da Grande Lisboa. Recorrendo à análise factorial confirmatória (LISREL 8.53), verificou-se que a Escala de Auto-Competência Diária (EACD; Vieira & Diniz, 2006), versão adaptada do ICAC, apresentou boa fiabilidade compósita e boa validade convergente em ambos os seus factores (auto-eficácia e aceitação/rejeição social); a EAAAC-R apresentou boa validade convergente nos seus dois factores (auto-competência e auto-aprovação), assim como boa fiabilidade compósita mas não tinha boa validade discriminante. Os resultados encontrados no teste de validade externa da EAAAC-R sugerem que apenas um dos factores da auto-estima (auto-competência), no teste de validade divergente, se relacionou com a auto-eficácia.

Palavras-Chave: adultos idosos, auto-eficácia, auto-estima, modelação de equações estruturais, psicometria aplicada.

## Abstract

The aim of this work consisted, firstly, in the structural validation of the adapted version for the old adults of the Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC; Vaz Serra, 1986) and the portuguese version of the *Self-Liking and Self-Competence Scale - Revised Version (SLCS-R*; Tafarodi & Swann, 2001) and secondly, in the creation of a Predictor Model of Self-Esteem in old-adults, to test the divergent validity of the portuguese version of the *SLCS-R*, the Escala de Auto-Aprovação e Auto-Competência - Revista (EAAAC-R; Pelouro, 2006). The sample was constituted by 240 individuals of both genders (aged: 65-90 years,  $M = 72$ ), which voluntarily cooperated in the study, independent and functional, living in the greater Lisbon area. Using the confirmatory factor analysis (*LISREL 8.53*), it was found that the Escala de Auto-Competência Diária (EACD; Vieira & Diniz, 2006), adapted version of the ICAC, showed good composite reliability and good convergent validity in both its factors (self-efficacy and social acceptance/rejection); the EAAAC-R had good convergent validity in the two factors (self-competence and self-linking), as well as good composite reliability but not so good discriminant validity. The results of extern validity of the EAAAC-R suggest that only one of the factors of self-esteem (self-competence), in the divergente validity test, captures the relation with self-efficacy.

Key-Words: old adults, self-efficacy, self-esteem, structural equations modelling, applied psychometry.

### *A Auto-Estima*

A última metade do século tem testemunhado a ascensão da auto-estima (AE) como um constructo central na teoria psicológica (Tafarodi & Swann, 2001). A AE apresenta-se como um conceito bastante complexo, que nem sempre tem conseguido reunir um consenso entre os investigadores, no que respeita à sua definição (Ferreira, Santos & Vieira, 1996). A AE pode ser definida como a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral (Vaz Serra, 1988), sendo consequência da relação entre os êxitos do sujeito e as suas pretensões, manifestando assim, valores positivos quando o sujeito se julga competente para atingir as suas aspirações (Harter, 1998; James, in Azevedo & Faria, 2004). As pessoas que tendem a julgar-se como competentes e eficazes naquilo que fazem, apresentam uma AE elevada; já as pessoas que estão dispostas a auto-depreciarem-se apresentam baixa AE, sendo que, na prática clínica, pode observar-se que estas últimas descompensam com mais facilidade do que as que têm uma AE elevada (Vaz Serra, 1988).

Analisando outras definições de AE, podemos constatar que Harter (1998) define a AE como a visão global que a pessoa tem em relação a si própria e esta implica um sentimento de valor. Rogers (1982) define AE como o êxito de uma pessoa, dividido pelas suas aspirações. Refere ainda que se as aspirações que o sujeito tem sobre si forem maiores do que na realidade são, a sua AE tende a ser inferior (Rogers, 1982). Segundo Peixoto e Almeida (1999), a AE seria uma componente predominantemente afectiva e mais ligada a uma auto-avaliação descontextualizada, podendo ser considerada como o resultado da avaliação global que o sujeito faz das suas qualidades. Segundo a perspectiva de James (1890), considera-se que a AE resulta da relação entre a maneira como o sujeito se percebe e a forma como este gostaria de ser, da relação entre o seu nível de sucesso e o nível da sua aspiração.

Noutra perspectiva, a AE será o resultado da percepção de competência que o sujeito possui nas dimensões que considera relevantes. Desta forma, auto-percepções elevadas nas áreas de maior importância para o sujeito vão resultar em valores mais elevados de AE, enquanto que auto-percepções de competência mais baixas, em áreas consideradas relevantes, vão levar a valores reduzidos de AE (Peixoto & Almeida, 1999).

Rosenberg (1986) inicialmente definiu a AE como sendo uma atitude que o sujeito apresenta relativamente ao *self*, podendo esta atitude ser positiva, isto é, inerente aos sujeitos que se avaliam como tendo valor e como sendo respeitados pelos outros, ou negativa, quando é acompanhada por auto-insatisfação, auto-desvalorização e por falta de respeito por si próprio. Mais tarde, Rosenberg (Dias & Fontaine, in Azevedo & Faria, 2004) aprofundou a noção de AE, passando esta a ser considerada como auto-respeito, auto-aceitação e auto-

valorização, mas sem ser vista como um sentimento de superioridade ou de perfeição, nem mesmo como um sentimento de alta competência e eficácia. Assim, Rosenberg (in Azevedo e Faria, 2004) considerou quatro princípios que explicam o desenvolvimento da AE, sendo estes: as apreciações que pensamos que os outros fazem sobre nós próprios; as comparações que acontecem nas interações sociais, que desfavorecem a AE sempre que o indivíduo se subvaloriza em relação aos outros ou se considera diferente; a maneira como o sujeito avalia as suas acções (auto-atribuição); e por fim, a importância e o valor relativos das várias dimensões do auto-conceito para o indivíduo. A escala de Rosenberg (1965) é o instrumento mais utilizado para avaliar a AE global (Marsh, 1996). A escala de AE de Rosenberg (in Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008) foi conceptualizada como uma escala unidimensional (Rosenberg, in Ranzijn, Keeves, Luszcz & Feather, 1998), com pontuações que são cotadas de forma contínua, desde uma baixa AE até uma AE elevada. O indivíduo com um elevado nível de AE pode ser caracterizado pelas seguintes características: tem respeito próprio, considera-se uma pessoa de valor e apesar de apreciar os seus sucessos, também sabe reconhecer as suas falhas (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995). Quando um indivíduo apresenta uma baixa AE, significa que lhe falta respeito por si próprio, considera-se uma pessoa sem valor e inadequada (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995).

Embora inicialmente os estudos psicométricos considerassem a *Rosenberg Self-Esteem Scale* (1965) como uma escala unidimensional (Fleming & Courtney, in Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008; Hattie, in Peixoto & Almeida, 1999), começou posteriormente a aparecer um número considerável de estudos que sugeriam que a escala reflectia um constructo pluridimensional. Passou então a considerar-se que a AE não só tem duas fontes principais, mas que ela de facto se compõe de dois factores distintos - um sendo o sentido de valor social e o outro o sentido de eficácia pessoal ou poder (Tafarodi & Swann, 1995; Tafarodi, 1998; Tafarodi & Ho, 2006).

Como resultado disto, foram propostos dois modelos pluridimensionais diferentes. No primeiro há uma diferenciação positiva e negativa na imagem do *self* (Goldsmith, in Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008). O segundo modelo pluridimensional da AE foi proposto por Tafarodi e colaboradores (Tafarodi & Swann, 2001; Tafarodi & Milne, in Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008), que propunham a AE global como tendo dois factores distintos mas correlacionados: a auto-competência e a auto-aprovação (Tafarodi, Lang & Smith, 1999). A auto-competência é definida pelos autores como a experiência avaliativa de si próprio como um agente causal, um ser intencional com eficácia e poder (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi

& Swann, in Roth, Decker, Herzberg & Brähler, 2008); como um traço generalizado, refere-se à concepção global, positiva ou negativa de si mesmo (Tafarodi, Marshall & Milne, 2003). A auto-aprovação refere-se à experiência avaliativa de si próprio como um objecto social, uma boa ou má pessoa, de acordo com os critérios de valores interiorizados. Refere-se ao valor social que atribuímos a nós mesmos, independentemente da forma como consideramos que outras pessoas nos vêem (Tafarodi, Marshall & Milne, 2003). Considerando que a auto-competência é uma avaliação relativamente autónoma, determinada pelo sucesso e fracasso em atingir objectivos pessoais, a auto-aprovação exige referência aos valores socialmente transmitidos, que definem o valor pessoal de cada indivíduo (Tafarodi & Walters, 1999). Deste modo, a auto-aprovação é sensível à retro-informação interpessoal, expressando aprovação ou desaprovação, enquanto que a auto-competência é sensível à retro-informação ambiental, sinalizando a presença ou ausência de controlo e auto-determinação (Tafarodi & Walters, 1999). Estes dois factores parecem ser funcionalmente distintos em relação ao comportamento (Tafarodi, Lang & Smith, 1999), mas no entanto eles são altamente relacionados.

Relativamente à AE e ao envelhecimento, na população ocidental, a AE apresenta uma tendência para ter dois acentuados declínios durante o tempo de vida: na adolescência e durante a velhice (Brown; Ranzijin *et al.*; Robins *et al.*, in Coleman & O'Hanlon, 2004). Entre estes dois momentos, há uma consolidação da AE, para que os sujeitos que se encontrem nas etapas mais iniciais do envelhecimento, muitas vezes, mostrem níveis máximos da AE (Dittmann-Kohli, in Coleman & O'Hanlon, 2004). De entre todas as variáveis psicológicas, a AE é aquela em que as diferenças entre o idoso mais jovem e o idoso mais velho são maximizadas (Coleman & O'Hanlon, 2004). Segundo Bloom (in Aiken, 1989), a AE tende a diminuir na terceira idade, mas são usualmente os eventos que ocorrem nesta idade mais tardia os responsáveis por este declínio e não a idade propriamente dita. Torna-se importante manter uma AE elevada nos adultos idosos porque esta vai aumentar a resistência ao stress e contribuir para a saúde física e mental (Aiken, 1989).

De acordo com os estudos de Coleman, Ivani-Chalia e Robinson (in Moser, Niser, Oliveira & Quadros, 2002), estes consideram a AE uma variável de grande relevância na terceira idade, uma vez que as mudanças na vida podem ameaçar o senso de identidade das pessoas pela destruição das bases nas quais as suas vidas foram construídas. A continuidade da AE pode ser mais provável do que a sua perda nos processos dinâmicos subjacentes e pode indicar que está a ocorrer uma adaptação. A perda pode resultar em grande rigidez e

incapacidade para encontrar novas estratégias de adaptação para uma situação modificada (Moser, Niser, Oliveira & Quadros, 2002).

### *A Auto-Eficácia*

Ao longo dos vários períodos da vida, vão aparecendo novos tipos de exigências ao nível das competências, o que requer um maior desenvolvimento da eficácia pessoal (Bandura, 1994). A opinião dos indivíduos sobre a sua eficácia pessoal é o aspecto do auto-conhecimento que mais influencia a vida diária (Paúl, in Vieira e Diniz, 2006). Bandura (1997) descreve que o funcionamento humano é explicado por um modelo de interacção entre factores comportamentais, pessoais, e ambientais na saúde e doença crónica. O autor considera que a forma como as pessoas pensam sobre si mesmas e as suas capacidades, vão ter uma importância fundamental nas reacções emocionais, motivação e acção que experimentam em diversas situações (Amaral, 1993; O’Leary, 1985; Ramos, Paixão & Silva, 2007). A auto-eficácia pode ser definida como sendo a crença do sujeito relativamente à sua capacidade para realizar um conjunto de acções exigidas para atingir um determinado objectivo (Bandura, 1994). Desta forma, não se limita ao modo de funcionamento presente nem se reduz às conquistas passadas, mas procura antes projectar-se nos comportamentos futuros (Schunk & Gunn, in Pedro, 2007). As crenças de auto-eficácia vão ajudar a determinar o que os sujeitos podem fazer com o conhecimento e habilidades que possuem (Pajares & Urdan, 2006). De acordo com Bandura (1997), a auto-eficácia representa a avaliação pessoal de um indivíduo sobre a sua capacidade de desempenhar uma determinada tarefa num domínio em particular. Essa teoria prevê que o nível de auto-eficácia de uma pessoa e das suas habilidades é um forte motivador e regulador do comportamento. Bandura (1997) afirma que a auto-eficácia afecta o tipo de tarefa que as pessoas escolhem executar, assim como a motivação, a persistência e o esforço que serão dispendidos. A teoria prevê ainda que os indivíduos com alto nível de auto-eficácia num determinado domínio tendem a seleccionar tarefas mais desafiadoras, a despendem mais esforço e a permanecer mais tempo perseverando no desafio do que os indivíduos com baixa auto-eficácia (Berry & West, in Neri, Yassuda & Cachioni, 2004). Para Bandura (in Moriarty, 1995) a confiança num êxito futuro é baseada, basicamente, na realização passada, sendo que uma maior auto-eficácia se associa muitas vezes com um maior esforço e conseqüente realização.

Relativamente às crenças de auto-eficácia, Bandura (1977) faz a distinção de dois elementos: as expectativas de eficácia pessoal e as expectativas de resultado. Quanto às expectativas de eficácia pessoal, estas dizem respeito à organização e execução das acções

requeridas para um certo nível de desempenho (Bandura, 1997), ou seja, são as crenças da capacidade pessoal em conseguir um certo nível de realização. As expectativas de resultado referem-se aos juízos de que um determinado comportamento, uma vez efectuado, conduzirá a um determinado nível de realização desejado (Bandura, 1997). Para Bandura (2005), as expectativas de resultado podem ser organizadas em três classes: resultados físicos, que estão associados a experiências sensoriais positivas ou negativas; resultados sociais, sendo estes decorrentes das reacções sociais de outros e resultados auto-avaliativos, onde a satisfação pessoal, o orgulho e a auto-valorização estão associados a resultados positivos, enquanto que a auto-depreciação e a sanção estão ligados a resultados negativos. Deste modo, os juízos de eficácia não são permanentes, eles variam de acordo com o tipo de actividade e circunstâncias da situação (Bandura, in Moriarty, 1995). Assim, temos um outro tipo de expectativa, as percepções de auto-eficácia. As percepções de auto-eficácia influenciam o tipo de cenário antecipatório que as pessoas constroem. Os indivíduos que possuem um elevado sentido de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos. As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflectem na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos, logo, quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços (Bandura, 1981).

As percepções de auto-eficácia podem variar quanto ao nível, generalidade e força das crenças. Relativamente ao nível, nem todas as tarefas têm o mesmo grau de dificuldade. Estas podem agrupar-se pelo grau de desafio e pelo número de impedimentos presentes numa actividade. Se esta se apresentar pouco estimulante, será considerada como fácil, pelo que o sujeito tende a sentir um elevado sentido de eficácia perante ela. Em relação à generalidade, as diversas tarefas de realização exigem diferentes capacidades, assim, os indivíduos podem julgar-se mais ou menos eficazes consoante as competências exigidas. Relativamente à força das crenças, quanto maior for a auto-eficácia, maior será o investimento, a perseverança e assim será mais provável o sucesso nas tarefas (Bandura, 1977). A percepção de auto-eficácia decorre da conjugação de informação proveniente de quatro fontes principais: as experiências pessoais de sucesso, que funcionam como indicadores das capacidades do indivíduo; as experiências vicariantes, que permitem formar e modificar crenças de eficácia através da observação do desempenho de outras pessoas; a persuasão verbal, que é entendida como a

opinião dos outros sobre o desempenho do sujeito e o estado fisiológico (Bandura, 1981; Schunk, 1994; Pajares, 1996).

Através das experiências pessoais de sucesso podemos constatar se um determinado sujeito possui as capacidades necessárias para enfrentar de forma eficaz os desafios. Os êxitos vão aumentar as avaliações de eficácia, enquanto que os fracassos repetidos diminuem-nos, especialmente se os fracassos ocorrerem cedo no decorrer de eventos e não reflectirem a falta de esforço ou circunstâncias externas adversas. Depois de o aumento do sentido de eficácia ser desenvolvido através do êxito repetido, os fracassos ocasionais são improváveis de ter grande efeito em juízos de capacidades de alguém. De facto, os fracassos que são superados pelo esforço podem originar aumentos das percepções de auto-eficácia, pela experiência de que cada um pode dominar até os obstáculos mais difíceis (Bandura, 1977, 1981). As interpretações cognitivas de sucessos e fracassos vão, deste modo, influenciar as crenças de auto-eficácia subsequentes (Schunk, 1981).

Também ver outros sujeitos executar tarefas de forma bem sucedida, pode aumentar as expectativas de eficácia nos observadores, levando-os a pensar que eles próprios possuem as capacidades para conseguir resultados semelhantes (Bandura, 1977). Quando o sujeito assiste a situações de fracasso, tenderá a pensar que tal se deve à falta de capacidade para obter sucesso pelo que tende a evitar realizar tal tarefa (Schunk, 1994). A utilização de actividades desempenhadas por outros sujeitos como forma de aprendizagem e de inferência pessoal sobre as capacidades do próprio sujeito é definido por Bandura (1977) como experiências vicariantes. É através da comparação social que as experiências vicariantes vão contribuir para a construção das crenças de auto-eficácia.

A persuasão verbal é usada numa tentativa de influenciar o comportamento humano, visto ser de uso fácil e directo. É exercida por outras pessoas e apresenta-se como retro-informação importante e convincente para a construção das crenças de auto-eficácia do sujeito (Bandura, 1997). As pessoas são levadas, através da sugestão, a acreditar que possuem determinadas capacidades e que conseguem ultrapassar as suas dificuldades. Por outro lado, as pessoas que são convencidas por outros, como sendo ineficazes, tendem a evitar actividades desafiantes e desistem rapidamente quando confrontadas com dificuldades (Bandura, 1997). Também o estado fisiológico e emocional é um outro factor que fornece informação relativamente à eficácia de um sujeito. A partir deste estado, dos sintomas corporais, o sujeito consegue perceber se terá maior ou menor dificuldade em realizar uma determinada tarefa. Os indivíduos confiam parcialmente no seu estado psicológico, no julgamento das suas capacidades e na vulnerabilidade ao stress, para a realização de uma

tarefa. Considera-se que este será mais vulnerável quanto maior forem os índices de ansiedade experienciados (Bandura, 1981).

Os resultados de algumas investigações têm ajudado a sustentar a suposição de que as crenças de auto-eficácia influenciam como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam. A auto-eficácia produz esses efeitos diversos por meio de quatro processos principais: processos cognitivos, vinculados à antecipação de consequência das próprias ações; processos motivacionais, afectando a quantidade de esforço e de tempo que uma pessoa emprega numa determinada actividade; processos afectivos, relacionados com reacções emocionais dos indivíduos, stress e ansiedade que as pessoas experimentam em situações que consideram difíceis ou ameaçadoras; e os processos de selecção, visto que as pessoas escolhem o que vão fazer de acordo com aquilo que sentem ser capazes de executar com sucesso (Bandura, 1994, 1997; Pajares, 1996).

De acordo com Baltes, Maas, Wilms, Borchelt e Little (2001), o factor auto-eficácia pode ser considerado como pré-requisito para uma vida autónoma por parte dos idosos. Tendo por base as teorias de Bandura e Sternberg, Baltes e colaboradores (2001), propuseram um modelo onde consideram que quando um indivíduo evidencia “competência diária”, consegue gerir a sua vida. Esta competência diária é entendida como a conjugação de esforços e recursos existentes para resolver uma determinada situação no sentido desejado (Vieira & Diniz, 2006). Neste modelo de competência diária dos adultos idosos existe uma diferenciação entre um nível básico de competência, definido principalmente por actividades relacionadas com o cuidado de si próprio, as quais afectam a duração da vida e um nível de competência mais alargado, que agrupa actividades opcionais, tais como o lazer, ou actividades sociais e instrumentais da vida diária. Uma vez que o nível básico de competência abrange actividades automáticas e rotineiras, necessárias para a sobrevivência, é visto como estando relacionado com recursos de saúde. Em contraste, o nível de competência expandido abrange actividades que são baseadas nas preferências individuais, habilidades, motivações e interesses e por isso serão mais dependentes dos recursos psicossociais e socioculturais. Segundo estes autores a presença do primeiro é uma condição necessária para a presença do segundo, levando, em conjunto, à capacidade para ter uma vida autónoma, responsável e satisfatória (Baltes, Maas, Wilms, Borchelt & Little, 2001).

O conceito de auto-eficácia é importante para o estudo do envelhecimento cognitivo pois pode ajudar a explicar os declínios na memória do idoso saudável. Bandura (1981) defende que os idosos têm maior risco de desenvolver baixa auto-eficácia cognitiva porque vivenciam dificuldades com maior frequência e são afectados pelos estereótipos negativos

culturais sobre o envelhecimento. Diz-se que o avanço da idade produz perdas na resistência física, funções sensoriais, facilidade intelectual, memória, e na capacidade de processar a informação. Muitas capacidades físicas diminuem à medida que as pessoas envelhecem, necessitando assim de reavaliações da auto-eficácia, para actividades nas quais as funções biológicas são significativamente afectadas (Bandura, 1981).

Diversos autores (Berry & West; Cavanaugh; Welch & West, in Yassuda, Lasca & Neri, 2005) afirmam que os idosos são mais vulneráveis a uma diminuição da auto-eficácia, uma vez que eles vivenciam dificuldades cognitivas com maior frequência e são fortemente afectados pelas ideias negativas pré-concebidas sobre o envelhecimento. Nos idosos, as falhas de memória são mais notadas e muitas vezes interpretadas como sinais de um declínio irreversível. Este processo leva à insegurança, que, por sua vez, pode afectar o desempenho cognitivo, diminuindo-o (West, Welch & Yassuda, in Yassuda, Lasca & Neri, 2005). É então plausível que idosos com sentido de auto-eficácia diminuído passem a evitar tarefas que envolvam memorização, com implicações negativas no seu quotidiano.

Segundo McAuley e Neri (in Gerez, Miranda, Velardi & Brandão, 2005), com o envelhecimento, o desempenho das funções do dia-a-dia torna-se mais desafiador e requer um esforço maior. Por este motivo, um bom sentido de auto-eficácia parece ser fundamental para enfrentar o meio ambiente, contribuindo assim para um envelhecimento bem sucedido.

### *O presente estudo*

Segundo Tafarodi e Milne (2002), a dominância do factor comum (AE) é reflectida na elevada correlação entre os factores competência e aprovação. Se a distinção entre competência e aprovação tem algum valor na investigação da AE, a variação de cada dimensão tem que ser visível na relação distinta com outras variáveis, ficando assim confirmada a validade divergente em adultos idosos portugueses.

Da revisão de literatura pode constatar-se que as investigações realizadas sobre a AE, apesar de serem poucas, são em alguns aspectos inconclusivas, nomeadamente no que concerne ao aumento ou diminuição da AE nos adultos idosos. O mesmo acontece com a auto-eficácia, onde os estudos também apresentam algumas incongruências relativamente a este facto.

A auto-competência está intimamente relacionada, mas não é equivalente à auto-eficácia definida por Bandura (2001). Enquanto a auto-eficácia se refere a crenças e expectativas sobre as capacidades de um indivíduo para exercer controlo sobre eventos que controlam as suas vidas, a auto-competência refere-se à avaliação directa do significado (tanto

cognitivo e afectivo) dessas crenças e expectativas (Bandura, 2001). É a auto-eficácia, na sua forma generalizada, que mais se assemelha à dimensão auto-competência, da AE global, uma vez que estes dois constructos se relacionam a pensamentos auto-referentes e dizem respeito a intencionalmente fazer as coisas acontecerem pelas próprias acções (Bandura, 2001).

A investigação demonstrou que uma baixa AE tem vindo a ser associada com níveis igualmente baixos de auto-eficácia, e por sua vez, que níveis mais elevados de AE estão associados a aumentos nos níveis de auto-eficácia (Rovario, Holmes & Holmsten, in Forthofer et al., 2001). Todas estas relações entre a AE e a auto-eficácia, reportadas pelos autores nos seus estudos, permitiram a elaboração de um Modelo, teórico ou hipotético, Preditor da Auto-Eficácia em Adultos Idosos (Figura 1).

<Figura 1>

Esta investigação tem então dois objectivos. O primeiro objectivo consiste num estudo de validação estrutural da Escala de Auto-Aprovação e Auto-Competência - Revista (EAAAC-R; Pelouro, 2006) e da Escala de Auto-Competência Diária (EACD; Vieira & Diniz, 2006), para a população adulta idosa portuguesa. O segundo objectivo é testar o Modelo da Figura 1, para testar a validade divergente da EAAAC-R. O objectivo final é assim verificar se existe uma relação entre os factores da AE e a auto-eficácia, e apurar se o aumento da AE vai aumentar a auto-eficácia.

## Método

*Participantes.* A amostra foi constituída por 240 adultos idosos, não institucionalizados, funcionais, autónomos e residentes em meio urbano, na área da Grande Lisboa. Foi controlada a depressão e a demência dos participantes através do Mini-Mental e da EDG. O leque etário situava-se entre os 65-90 anos ( $M = 72$ ). A maioria dos participantes, anónimos, tinha menos de 80 anos (85,4%) ou seja, eram pertencentes à terceira-idade (Baltes & Smith, 2003), a maioria pertencendo ao género feminino (60,8%). No que concerne às habilitações literárias, o nível de instrução variava entre os 0 e os 22 anos de escolaridade ( $M = 5$ ), tendo a maioria dos sujeitos frequência do primeiro ciclo do ensino básico (57,9%) e 9,2% dos sujeitos eram analfabetos. Quanto à religião, a maioria eram religiosos praticantes (52,1%). Quanto ao estado civil, os sujeitos eram na sua maioria casados ou a viver em união

de facto (62,5%), sendo que 28,3% dos participantes viviam sós. Relativamente à situação laboral, conferimos que a maioria dos sujeitos eram reformados (73.3%). Assim, e tendo em consideração os dados do INE (2008), constatamos que a nossa amostra é representativa da população portuguesa quanto à idade, ao género, ao estado civil e à situação laboral, e que não é representativa relativamente ao nível de escolaridade.

*Instrumentos:* A Escala de Auto-Aprovação e Auto-Competência - Revista (EAAAC-R) é a versão portuguesa da *Self-Liking and Self-Competence Scale – Revised Version* (Tafarodi & Swann, 2001). A tradução da prova EAAAC-R foi feita no âmbito do trabalho desenvolvido por Pelouro (2006). A versão inicial da prova, *SLCS* (Tafarodi & Swann, 1995), era composta por 2 sub-escalas, cada uma com 10 itens, sendo que uma media a Auto-Competência (AC) e a outra a Auto-Aprovação (AA). A *SLCS-R* foi criada após uma revisão da escala inicial. Dessa primeira escala foram eliminados 10 dos itens e substituídos por outros 6 itens. A nova escala ficou assim composta por 16 itens, continuando com os dois factores auto-competência (2, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 16) e auto-aprovação (1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 15), cada um com 8 itens. Das 16 afirmações, 8 são negativamente cotadas (1, 6, 7, 8, 10, 13, 15, 16) e todas são pontuadas numa escala tipo-Likert de 5 pontos (“discordo totalmente” a “concordo totalmente”). No que concerne às características psicométricas desta prova, a consistência interna para o factor auto-competência foi .83 e para o factor auto-aprovação foi .90 e apresentava uma fiabilidade de .94 para a auto-competência e .83 para a auto-aprovação, pelo método do teste-reteste. A correlação entre as sub-escalas era de .69.

A Escala de Auto-Competência Diária (EACD, Vieira & Diniz, 2006) é a versão adaptada do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC; Vaz Serra, 1986). O ICAC foi construído e testado com base numa amostra da população portuguesa com idade igual ou superior a 15 anos. Trata-se de um instrumento multidimensional, construído com o objectivo de mensuração dos aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, pretendendo-se assim, apreciar acerca da maneira de ser habitual do sujeito. Esta escala era composta por 20 itens, em que três eram negativamente conotados (item 3, 12 e 18) e todos eram pontuados numa escala tipo-Likert de 5 pontos, onde 1 significava “não concordo” e 5 “concordo muitíssimo”, com pontuação intermédia em 3, “concordo moderadamente”. Através da análise factorial exploratória (AFE) da prova, verificou-se a existência de seis factores: o factor 1, aceitação/rejeição social (itens 1, 4, 9, 16 e 17), o factor 2, auto-eficácia (itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20); o factor 3, maturidade psicológica (itens 2, 6, 7 e 13), o factor 4,

impulsividade/atividade (itens 10, 15 e 19), e os factores 5 (item 12) e 6 (item 14), factores mistos que não tiveram uma designação especial. No que concerne às características psicométricas desta prova, ela foi avaliada em termos da consistência dos 20 itens que a compõem (coeficiente de Spearman-Brown = .79) e da estabilidade temporal dos resultados obtidos para a sua nota global (correlação teste/reteste = .84).

A validação do ICAC para adultos idosos portugueses não institucionalizados (Serôdio, Diniz & Pires, 2004) resultou numa estrutura bidimensional, com os factores aceitação/rejeição social (ARS, 4 itens) e auto-eficácia (AE, 5 itens). A valores mais elevados corresponde uma maior auto-eficácia. Relativamente às características psicométricas desta prova, a consistência interna para a dimensão auto-eficácia foi .72 e para a dimensão aceitação/rejeição social foi .69.

Num outro estudo de validação do ICAC para adultos idosos portugueses, institucionalizados e não institucionalizados (Vieira & Diniz, 2006), os resultados obtidos foram comparados com os obtidos a partir do estudo anteriormente referido. Em relação às características psicométricas da prova, a consistência interna para a dimensão auto-eficácia foi .86 e para a dimensão aceitação/rejeição social foi .98. Constatou-se assim que a estrutura bidimensional do ICAC para adultos idosos obtida no presente estudo é consistente para ambas as amostras, tornando-a potencialmente replicável.

*Procedimento.* Para a elaboração do presente estudo foi seleccionada uma amostra de 240 sujeitos, através de métodos não probabilísticos (tipo-*snowball*, amostragem de conveniência e informantes privilegiados). Antes da recolha procedeu-se à aleatorização da ordem de aplicação das provas para cada sujeito, através de uma amostragem aleatória simples sem reposição, com o intuito de controlar os efeitos de halo.

No início de cada recolha, que ocorria preferencialmente de manhã, visto saber-se que o ritmo circadiano influencia as competências dos sujeitos, sendo os resultados mais favoráveis durante o período da manhã (Li, Hasher, Jonas, Rahhal & May, 1998), o adulto idoso era esclarecido sobre a finalidade do trabalho e garantia-se o anonimato e a voluntariedade da sua participação no estudo, sendo reforçada a ideia de que não sofreriam quaisquer represálias caso aceitassem ou não. Após a autorização, iniciava-se a primeira etapa do trabalho que consistia na recolha dos dados sócio-demográficos, na aplicação da versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (EDG; Martins, 2009), versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale - short form (GDS-15; Sheikh & Yesavage, 1986)* e da versão

portuguesa do *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994), usados para rastreio de depressão e défice cognitivo.

A aplicação das restantes provas foi distribuída por dois momentos de contacto com os entrevistados, em dois dias diferentes. Todas as provas foram hetero-administradas, devido às características da população adulta idosa portuguesa (muitos analfabetos, INE, 2002) e à dificuldade que pode ser sentida diante de uma situação de teste. Na padronização deste procedimento, houve ainda uma preocupação ético-deontológica, que procurava a tranquilização do adulto idoso por parte do investigador, na eventualidade de um efeito ansiogénico de alguns itens. Através desta forma de aplicação pretendia-se não excluir nenhum participante da nossa amostra. É ainda de salientar que não foram administradas provas no tempo de festas e celebrações, tais como o Natal, uma vez que estas são épocas que podem despertar nos indivíduos uma maior tristeza devido a perdas que tenham sofrido ou ao facto de estarem sozinhos.

Após a recolha, os dados foram inseridos no *SPSS for Windows* (v. 15.0; SPSS Inc., Chicago, IL), procedendo-se, então, a uma análise descritiva das características da amostra. Após isto, foi criado um ficheiro com os resultados relativos à aplicação da EAAAC-R e da EACD, sendo que na primeira, os itens 2, 3, 4, 5, 9, 11, 12 e 14, foram recodificados sendo as pontuações invertidas. Foi depois feita a análise de distribuição dos resultados dos itens, não se tendo verificado problemas graves de normalidade, tendo-se assumido os valores propostos por Kline (2005) para o trabalho com modelos de equações estruturais, que considera violações extremas a partir de  $|3.0|$  para a assimetria e  $|10.0|$  para a curtose. Preparou-se depois o ficheiro do *SPSS*, sendo convertido em ficheiros *DAD*, para se testar a identidade dos modelos no *LISREL 8.53* (Jöreskog & Sörbom, 2002), através da Análise Factorial Confirmatória (AFC). Uma vez que os dados tinham uma métrica ordinal (tipo-Likert de 5 pontos), com o *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1999) calculou-se a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos itens. O modelo foi estimado através do *LISREL 8-SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1997), recorrendo à técnica de estimação dos mínimos quadrados diagonalmente ponderados (*Diagonally Weighted Least Squares, DWLS*), a qual envolve o robusto Satorra-Bentler  $\chi^2$  (Satorra-Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos em amostras de pequena a média dimensão com variáveis categoriais ordinais (Flora & Curran, 2004).

Em seguida, numa lógica de “geração de modelos” (Jöreskog & Sörbom, 1997), procedeu-se à análise do ajustamento do modelo da EACD e da EAAAC-R. Procedeu-se assim à depuração dos factores (*model trimming*) até se encontrar um modelo ajustado. Para

avaliar o ajustamento do modelo, foram considerados os resultados dos índices de ajustamento [*goodness of fit (GOF) indexes*] que representam diferentes aspectos deste (Beauducel & Wittmann, 2005; Hu & Bentler, 1998; Tanaka, 1993). Foram utilizados, segundo as recomendações de Bentler (2007), os seguintes índices de ajustamento: *root mean square error of approximation (RMSEA*; Steiger, 1990), o *standardized root mean square residual (SRMR*; versão estandardizada do *RMR* de Jöreskog & Sörbom, 1981) e o *comparative fit index (CFI*; Bentler, 1990). Analisaram-se, também, os resultados obtidos para o *qui-quadrado relativo* ( $\chi^2/gl$ ), o qual se ajusta à complexidade dos modelos, ou seja, ao seu número de parâmetros livres.

Para se poder afirmar que o modelo tem um bom ajustamento, considera-se que o ratio  $\chi^2/gl$  (calculado através do valor do  $\chi^2$  a dividir pelo número de graus de liberdade) deve ser menor que 3.00, (Kline, 2005); o *CFI* deve ser igual ou maior do que .95 (Hu & Bentler, 1999), ainda que haja autores que consideram .90 como indicador de um ajustamento aceitável (Ullman, 1996); o *RMSEA* deve ser igual ou menor do que .06 (Hu & Bentler, 1999), sendo que também se aceitam valores iguais ou inferiores a .08 para um ajustamento aceitável (Browne & Cudek, 1993); e o *SRMR* deve apresentar um valor próximo ou menor do que .08 (Hu & Bentler, 1999). No que diz respeito à reespecificação do modelo, esta foi realizada com base nos índices de resíduo, índices de modificação fornecidos pelo *LISREL 8* e com base na inspecção das matrizes dos resíduos estandardizados, não esquecendo a interpretação substantiva das alterações efectuadas (MacCallum, Roznowski & Necowitz, 1992).

Adicionalmente, testaram-se os critérios de Fornell e Larcker (1981) para apreciar a validade convergente de um factor (variância média extraída dos itens pelos factores – VME > .50 e calculada através da fórmula  $[\text{SUM}(cfe_i^2)]/[\text{SUM}(cfe_i^2) + \text{SUM}(e_i)]$ , onde  $cfe_i$  = carga factorial estandardizada dos itens e  $e_i$  = variância do erro dos itens) e a validade discriminante entre factores (covariância, ou quadrado da correlação, entre factores < VME dos factores). Foram seguidos os mesmos autores para calcular a fiabilidade compósita dos factores, calculada através da fórmula  $[(\text{SUM}(cfe_i))^2]/[(\text{SUM}(cfe_i))^2 + \text{SUM}(e_i)]$ , tendo como critérios de análise dos resultados os valores de .70 para resultados iniciais de validação, .80 para comparação de grupos (investigação básica) e .90 para diagnóstico individual (investigação aplicada) (Nunnally & Bernstein, 1994).

## Resultados

### *Validação estrutural da EAAAC-R*

Iniciou-se o estudo de validação da EAAAC-R através do teste do modelo (M1, Tabela 1) e verificou-se que ele era inaceitável com os 16 itens que inicialmente compunham a prova, dada a elevada quantidade média de erro nela existente ( $SRMR > .084$ ).

<Tabela 1>

Iniciou-se o desbaste do modelo, que resultou num outro, bem ajustado, mas com apenas 10 itens (M2, Tabela 1). Foram extraídos os itens 8 (“Por vezes acho difícil alcançar as coisas que são importantes para mim”), item 10 (“Por vezes lido menos bem com os desafios”), item 13 (“Por vezes falho em atingir os meus objectivos”) e item 16 (“Gostava de ser mais hábil nas minhas actividades”), porque eram muito pouco precisos para representar os respectivos factores ( $R^2 \leq .17$ ). É de referir que todos estes itens pertenciam à dimensão auto-competência. Foram posteriormente extraídos mais dois itens, o item 6 [“Por vezes é para mim desagradável pensar em mim próprio(a)”] e o item 15 [“Não tenho respeito suficiente por mim próprio(a)”] porque prejudicavam a validade convergente do factor auto-aprovação ( $VME = .46$ ).

Na Tabela 2 encontram-se os resultados substantivos do modelo seleccionado, composto por 10 itens.

<Tabela 2>

Verifica-se na Tabela 2 que no factor AC, o item 2 [“Sou muito bem sucedido(a) no que faço”] foi o mais preciso ( $R^2 = .71$ ) e o item 4 (“Sou quase sempre capaz de alcançar o que tento fazer”) foi o menos preciso ( $R^2 = .48$ ). No factor AA, o item 5 [“Sinto-me seguro(a) do meu valor”] foi o mais preciso ( $R^2 = .74$ ) e o item 7 [“Tenho uma atitude negativa para comigo próprio(a)”] foi o menos preciso ( $R^2 = .25$ ).

Este modelo apresentou uma boa validade convergente para os seus factores,  $VMEAC = .58$  e  $VMEAA = .53$ . Verificou-se que o modelo não apresentava uma validade discriminante aceitável, porque o quadrado da correlação entre os factores (.77) é superior à variância média extraída de cada um dos factores ( $VMEAC = .58$ ;  $VMEAA = .53$ ). Quanto à fiabilidade compósita dos factores, ela foi de .85 para a AC e .87 para a AA.

### *Validação estrutural da EACD*

O processo de geração de modelos iniciou-se pelo ajustamento parcial de um dos factores da Escala de Auto-Competência Diária (EACD). Iniciou-se então, o teste do modelo com os itens pertencentes ao factor auto-eficácia e ao factor aceitação/rejeição social (ARS), sendo que este se apresentou bem ajustado ( $RMSEA < .06$ ;  $CFI > .95$ ;  $SRMR < .08$ ), conforme se verifica na Tabela 3.

<Tabela 3>

Verifica-se, na Tabela 4, que todos os itens apresentaram cargas factoriais superiores a .60. Relativamente ao factor auto-eficácia, o item 2 (“Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades”) foi o que o melhor representou ( $R^2 = .83$ ), ao passo que o item 4 [“Costumo ser rápido(a) na execução das tarefas que tenho que fazer”] foi o que pior o representou ( $R^2 = .41$ ). Na dimensão ARS, o item foi o item 9 (“Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros”) que melhor representou o factor ( $R^2 = .90$ ) e o item 6 (“Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros”) foi o que pior o representou ( $R^2 = .58$ ).

< Tabela 4>

No que concerne à validade convergente, a auto-eficácia apresentava boa validade (.63), assim como a ARS (.70). Quanto à validade discriminante, verificou-se que não havia problemas, visto que o quadrado da correlação entre os factores (.49) é inferior à VME de cada um dos factores ( $VME_{AE} = .63$ ;  $VME_{ARS} = .70$ ). Por último, no que diz respeito à fiabilidade compósita, esta apresentava valores elevados, tanto para a auto-eficácia (.89), como para a ARS (.90).

### *Teste da validade divergente dos factores da EAAAC-R*

Os resultados do teste do ajustamento do Modelo Preditor da Auto-Eficácia (MPAE) em Adultos Idosos são apresentados na Figura 2, onde também podemos observar os resultados substantivos do Modelo.

<Figura 2>

Relativamente às relações directas, encontramos uma relação estatisticamente significativa da AC para a Auto-Eficácia ( $\beta = .74$ ,  $t(239) = 2.87$ ,  $p < .001$ ): os adultos idosos que têm uma maior AC vão apresentar uma maior Auto-Eficácia. A relação entre AA e Auto-Eficácia não é estatisticamente significativa ( $\beta = .10$ ,  $t(239) = .24$ ,  $p > .05$ ).

## Discussão

No estudo que visava o teste de validação estrutural da Escala de Auto-Aprovação e Auto-Competência (EAAAC-R; versão portuguesa da *Self-Liking and Self-Competence Scale - Revised Version*), no que concerne às suas características psicométricas, comprovou-se que esta não apresentava uma boa validade discriminante, tal como tinha sido constatado por Tafarodi e Milne (2002). Isto pode indicar redundância entre os factores AA e AC, pelo que posteriormente se procurou apreciar se estes constructos se relacionam com outra variável externa, para ver se existem ou não correlações e assim decidir se justifica a sua fusão ou se permanecem separados. Todos os itens apresentaram boa validade convergente. Por fim, quanto à fiabilidade compósita dos factores, ela foi de .85 para a AC e .87 para a AA. Segundo Nunnally e Bernstein (1994) estes valores são adequados para investigação básica (diferenças entre grupos).

Para o ajustamento do modelo foi necessário excluir alguns itens. Retirou-se o item 8, o item 10, o item 13 e o item 16, porque estes apresentavam cargas factoriais muito baixas. Relativamente aos itens 8, 10 e 13, um dos motivos que pode ter levado à sua exclusão foi o facto de estes remeterem para objectivos e desafios, pois os idosos nesta fase da vida sentem frequentemente que já não têm objectivos e já não se propõem a enfrentar desafios. Isto verificou-se ao longo da aplicação da prova, tendo surgido comentários como “Isto não é para velhos, porque os velhos já não têm objectivos” ou “Estas perguntas não fazem sentido nenhum”. Em relação ao item 16, a sua exclusão pode prender-se com o seu significado semântico-lexical, o qual foi várias vezes enunciado durante a aplicação da prova, havendo a necessidade de repetir e explicar o seu significado. A componente frásica que aqui realmente suscitava dificuldade de interpretação ao adulto idoso era a expressão “ser mais hábil”. Foram também extraídos o item 6 e o item 15 porque prejudicavam a validade convergente do factor auto-aprovação. É também de notar que, visto a forma de recolha dos dados ter acontecido sob a forma de entrevista, pode ter conduzido a efeitos de desejabilidade social.

A exclusão destes itens levou a uma redução da EAAAC-R para 10 itens, os quais não se encontram equitativamente distribuídos pelos dois factores. Deste modo, o factor auto-competência é representado por 4 itens e a auto-aprovação é representada por 6 itens.

É importante referir que, de acordo com Browne e Cudeck (1993), os resultados obtidos no teste de identidade dos modelos só nos permitem aferir se eles são plausíveis, no sentido de substantivamente significativos e parcimoniosos, para descrever o domínio em questão. Não nos dizem que eles são verdadeiros ou que não existam outras alternativas de representação desse domínio.

Relativamente aos resultados do teste de validação estrutural da Escala de Auto-Competência Diária (EACD; versão adaptada para adultos idosos derivada do ICAC), o modelo era plausível, ou seja, estatisticamente significativo e parcimonioso, satisfazendo o objectivo principal do seu teste: a obtenção de uma estrutura factorial viável de onde se pudesse retirar uma nota da auto-eficácia a utilizar no teste dos modelos alternativos preditores da AE. Quanto às características psicométricas da EACD, comprovou-se que todos os itens apresentaram boa validade convergente. Por fim, os valores alcançados na fiabilidade compósita são indicados para a investigação aplicada (diagnóstico individual), de acordo com Nunnally e Bernstein (1994).

Num segundo momento deste estudo, procurou-se criar e testar um Modelo Preditor da Auto-Eficácia (MPAE) em adultos idosos, com o intuito de testar a validade divergente, tendo-se obtido como resultados que um dos factores da AE, a AC, se relaciona positivamente com a auto-eficácia. Vimos então que o MPAE se mostrou plausível, ou seja, era parcimonioso e estatisticamente significativo.

Através dos resultados obtidos, podemos constatar que, tal como foi descrito por Tafarodi e Milne (2002), ao introduzirmos outra variável externa, observamos que os dois factores da AE apresentam correlações distintas, confirmando-se assim a validade divergente entre os factores, e deste modo, mostra-se pertinente manter ambos os factores da AE. É desta forma justificável que apenas um dos factores (AC) tenha captado uma relação com a auto-eficácia, não se verificando assim, uma relação estatisticamente significativa entre a auto-eficácia e a AA. Apesar de diversos autores considerarem que, tanto a auto-eficácia como a AE diminuem com o aproximar da terceira idade, verificámos neste estudo que a relação entre os dois constructos é positiva, ou seja, quando há níveis mais elevados de AE também a auto-eficácia tende a aumentar, tal como visto nos estudos de Rovario, Holmes & Holmsten (in Forthofer et al., 2001).

Os resultados relativos à relação entre a AC e a Auto-Eficácia são congruentes com a literatura. Tal como foi supracitado na introdução teórica, Bandura (2001) refere que há uma relação muito próxima, mas não equivalente, entre a AC e a auto-eficácia. É a auto-eficácia, na sua forma generalizada, que mais se assemelha ao factor da auto-competência da AE global, visto que os dois constructos se relacionam a pensamentos auto-referentes e dizem respeito a intencionalmente fazer as coisas acontecerem pelas próprias acções (Bandura, 2001; Tafarodi e Milne, 2002). Apesar disto, Bandura (2001) distingue os dois constructos, dizendo que a auto-eficácia se refere a crenças e expectativas sobre as capacidades de um indivíduo para exercer controlo sobre eventos que controlam as suas vidas, enquanto a auto-competência refere-se à avaliação directa do significado (tanto cognitivo e afectivo) dessas crenças e expectativas.

Como em todos os trabalhos de investigação, surgem limitações que devem ser referidas. É de realçar uma dificuldade dos adultos idosos em descrever o que se passa consigo, com base nas provas que lhes foram aplicadas, assim como se verificou, por vezes, alguma dificuldade em se situarem face à escala de resposta do tipo-Likert, sendo mais acessível uma escala dicotómica do tipo sim/não. O facto de a prova ter sido hetero-administrada tornou o processo muito moroso e poderá ter potenciado efeitos de desejabilidade social. Inclusivamente, foi referido o benefício do contacto com o entrevistador, estando assim notório um desejo inconsciente de agradar, respondendo, por vezes, mais de acordo com o que seria socialmente correcto do que com o que se passava realmente nas suas vidas. Relativamente às características da prova, verificaram-se dificuldades no posicionamento face às escalas de resposta, muito extensas, o que pode ter incutido desgaste nos participantes, motivando algumas respostas ao acaso.

A elaboração deste trabalho possibilitou uma maior consolidação dos conhecimentos do fenómeno do envelhecimento, assim como um encarar mais positivo desta faixa etária e sempre em prol de encontrar novas estratégias de intervenção que promovam a auto-estima dos adultos idosos. Devemos procurar oportunidades de aproveitamento do potencial inexplorado que são os idosos, com os quais muito se pode aprender, em prol do desenvolvimento da sociedade.

## Referências

- Aiken, L. (1989). *Later life* (3th ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Amaral, J. (1993). *Auto-eficácia, auto-regulação e desempenho na realização de tarefas cognitivas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Azevedo, A., & Faria, L. (2004). A auto-estima no ensino secundário: validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, vol. X, 415-421. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Baltes, P., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H-U., Borchelt, M., & Little, T. D. (2001). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. Baltes & K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-402). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: frontiers and possible futures* (pp. 200-239). New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran, *Encyclopedia of human behaviour*, (vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26. Consultado a 25 de Março de 2009, através do site <http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura2001ARPr.pdf>
- Bandura, A. (2005). Evolution of social cognitive theory. In K. G. Smith & M. A. Hitt, *Great minds in management*, 9-35. Oxford: Oxford University Press.
- Beauducel, A., & Wittmann, W. W. (2005). Simulation study on fit indexes in CFA based on data with slightly distorted simple structure. *Structural Equation Modeling*, 12(1), 41-75.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 825-829.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Coleman, P., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. London: Hodder Headline Group.
- Ferreira, J., Santos, E., & Vieira, C. (1996). Auto-estima, estilos de tomada de decisão e atitudes de carreira: um estudo exploratório. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, vol. IV, 491-500. Braga: APPORT.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9 (4), 466-491.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh. P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of*

*Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198. Consultado a 28 de Março de 2009, através do site [www.minimental.com/article.html](http://www.minimental.com/article.html)

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18 (1), 39-50.

Forthofer, M., et al. (2001). Gender differences in the associations of self-esteem, stress and social support with functional health status among older adults with heart disease. *Journal of Women & Aging*, 13 (1), 19-37. Consultado a 11 de Janeiro de 2009, através da base de dados EBSCOHost Academic Search Elite data-base.

Gerez, A., Miranda, M., Velardi, M., & Brandão, M. (2005). *A relação entre a percepção de auto-eficácia física, o equilíbrio e o medo de quedas em idosos participantes do Projecto Sénior para a vida activa*. Consultado a 25 de Março de 2009, através do site [ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/235\\_42.pdf](ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/235_42.pdf)

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.

Harter, S. (1998). Development of self-representations. *Handbook of child psychology*, vol. 3. New York: John Wiley & Sons.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado a 29 de Março de 2009, através da fonte [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

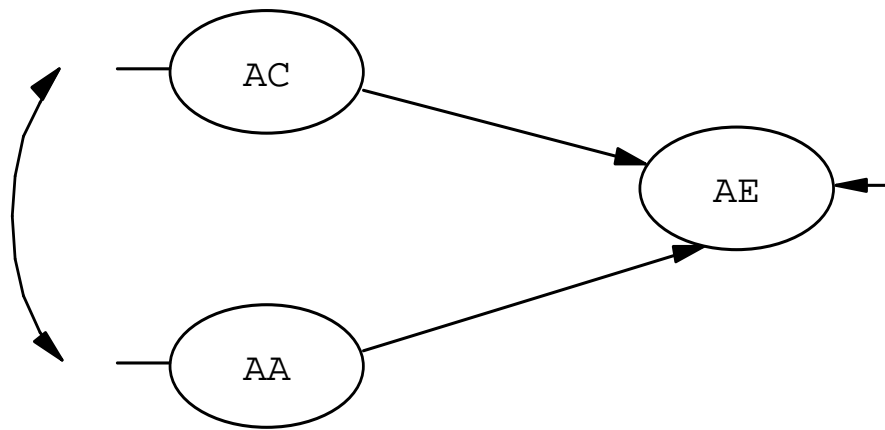
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estimativas provisórias de população residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios 2007*. Consultado a 26 de Fevereiro de 2009, através da fonte [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- James, W. (1890). *The principles of psychology: vol. 1*. New York: Dover.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago: IL: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1997). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1999). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). *LISREL 8.53*. Chicago: Scientific Software International.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Li, K., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition. *Psychology and Aging, 13*(4), 574-583.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., & Necowitz, L. B. (1992). Model modification in covariance structure analysis: The problem of capitalization on chance. *Psychological Bulletin, 111*(3), 490-504.
- Marsh, H. W. (1996). Positive and negative self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts?. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 810-819.
- Martins, C. (2009). *Género, saúde funcional subjectiva e depressão em adultos idosos: Teste de um modelo estrutural*. Dissertação de Mestrado não publicada, ISPA, Lisboa.

- Moriarty, B. (1995). The importance of self-efficacy as a mediating variable between learning environments and achievement. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 73-84. Great Britain: The British Psychological Society.
- Moser, A., Niser, S., Oliveira, J., & Quadros, V. (2002). Proposta de trabalho com um grupo de idosos: optimização da auto-estima. *Actas do Congresso Nacional de Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida*, 167-174. Lisboa: ISPA.
- Neri, A., Yassuda, M., & Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: aspectos afectivos e cognitivos*. Brasil: Papyrus Editora. Consultado a 25 de Março de 2009, através do site [http://books.google.pt/books?id=kuNSlwLSJRgC&printsec=frontcover&source=gbs\\_summary\\_r&cad=0#PPP1,M1](http://books.google.pt/books?id=kuNSlwLSJRgC&printsec=frontcover&source=gbs_summary_r&cad=0#PPP1,M1)
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research Therapy*, 23 (4), 437-451.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578.
- Pajares, F., & Urdan, T. (2006). Self-efficacy during childhood and adolescence. *Self-efficacy beliefs of adolescents*, 339-367. Information Age Publishing. Consultado a 15 de Abril de 2009, através do site <http://www.des.emory.edu/mfp/PajaresAdoed2006.pdf>
- Pedro, N. S. (2007). *Auto-eficácia e satisfação profissional dos professores*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, ISPA, Lisboa.
- Peixoto, F., & Almeida, L. (1999). Escala de auto-conceito e auto-estima. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, vol. VI, 633-640. Braga: APPORT.
- Pelouro, P. C. (2006). *Auto-estima em idosos: bidimensionalidade versus unidimensionalidade do constructo e influência das variáveis sócio-demográficas*. Monografia de Licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Ramos, L., Paixão, M. & Silva, J. (2007). O impacto da auto-eficácia no desenvolvimento da identidade vocacional. *Psychologica*, 44, 25-44.
- Ranzijn, R., Keeves, J., Luszcz, M., & Feather, N. (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-esteem Scale. *Journal of Gerontology*, vol. 53B (2), 96-104.
- Rogers, C. (1982). *A social psychology of schooling*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Self-esteem research: A phenomenological corrective. In J. Prager (Ed.), *School desegregation research: new directions in situational analysis* (pp. 175-203). New York: Plenum Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60, 141-156.
- Roth, M., Decker, O., Herzberg, P., & Brähler, E. (2008). Dimensionality and norms of the rosenberg self-esteem scale in a German general population sample. *European Journal of Psychological Assessment*, vol. 24 (3), 190-197. Consultado a 11 de Janeiro de 2009, através da base de dados EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. Von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Schunk, D. (1981). Modeling and attributional effects on children's achievement: a self-efficacy analysis. *Journal of Educational Psychology*, 79, 93-105.

- Schunk, D. (1994). Self-regulation of self-efficacy and attributions in academic settings. In D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (Eds.), *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications*, 75-99. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Serôdio, C., Diniz, A., & Pires, J. (2004). Validação do inventário clínico de auto-conceito: Estudo com uma amostra de idosos não institucionalizados. In C. Machado, L.S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (Vol. 10, pp. 463-468). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173. NY: The Howarth Press. Consultado a 28 de Março de 2009, através do site <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180.
- Tafarodi, R. (1998). Paradoxical self-esteem and selectivity in the processing of social information. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74 (5), 1181-1196.
- Tafarodi, R., & Swann, W. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of personality assessment*, 65 (2), 322-342. Consultado a 31 de Janeiro de 2009, através da base de dados da EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Tafarodi, R., & Walters, P. (1999). Individualism-collectivism, life events, and self-esteem: a test of two trade-offs. *European Journal of Social Psychology*, 29, 797-814.
- Tafarodi, R., & Swann, W. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653-673.
- Tafarodi, R., & Milne, A. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70 (4), 443-482.

- Tafarodi, R., & Ho, C. (2006). Implicit and explicit self-esteem: what are we measuring?. *Canadian Psychology*, vol. 46 (3), 195-202. Consultado a 31 de Janeiro de 2009, através da base de dados da EBSCOHost Academic Search Elite data-base.
- Tafarodi, R., Lang, J., & Smith, A. (1999). Self-esteem and the cultural trade-off: evidence for the role of individualism-collectivism. *Journal of Cross Cultural Psychology*, vol. 30 (5), 620-640.
- Tafarodi, R., Marshall, T., & Milne, A. (2003). Self-esteem and memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 84, 1, 29-45.
- Tanaka, J. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In K. Bollen & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp.10-39). London: SAGE.
- Ullman, J. (1996). Structural equation modeling. In B. Tabachnick, & L. Fidell (Eds.) *Using multivariate statistics* (pp.709-819). New York: Harper Collins College.
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2 (6), 101-110.
- Vieira, C., & Diniz, A. (2006). Validação cruzada do inventário clínico de auto-conceito para idosos. *Actas da XI conferência internacional de avaliação psicológica: formas e contextos*, 865-872. Braga: Psiquilíbrios.
- Yassuda, M., Lasca, V., & Neri, A. (2005). Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 78-90. Consultado a 25 de Março de 2009, através da base de dados Scielo data-base.



*Figura 1:* Modelo Preditivo da Auto-Eficácia em Adultos Idosos.

Tabela 1. *EAAAC-R: índices de ajustamento dos modelos testados*

Modelo (itens)	$SB\chi^2/gl$ (ratio)	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i> (IC 90%)
M1 (16)	259.82/103 (2.52)	.97	.10	.080 (.068; .092)
M2 (10)	50.58/34 (1.49)	1.00	.059	.045 (.013; .070)

*Nota.* IC = intervalo de confiança; M1 e M2 = Modelos oblíquos.

Tabela 2. *EAAAC-R (M2): factores, itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação*

Factores	Itens	CF	$R^2$
Auto-Competência	2	.84	.71
	4	.69	.48
	12	.79	.62
	14	.72	.52
-----			
Auto-Aprovação	1	.53	.28
	3	.77	.59
	5	.86	.74
	7	.5	.25
	9	.81	.66
	11	.81	.66

*Nota.* CF = cargas factoriais;  $R^2$  = coeficiente de determinação.

Tabela 3. *EACD: índices de ajustamento dos modelos testados*

Modelo	$SB\chi^2/gl$ (ratio)	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i> (IC 90%)
M	58.02/26 (2.23)	1.00	.046	.072 (.047; .097)

*Nota.* IC = intervalo de confiança; M = Modelo oblíquo.

Tabela 4. *EACD: factores, itens, cargas factoriais e coeficientes de determinação*

Factores	Ítems	CF	$R^2$
Auto-Eficácia	2	.91	.83
	4	.64	.41
	5	.79	.62
	7	.76	.58
	8	.84	.71
Aceitação/ Rejeição Social	1	.84	.71
	3	.77	.59
	6	.76	.58
	9	.95	.90

*Nota.* CF = cargas factoriais;  $R^2$  = coeficiente de determinação.

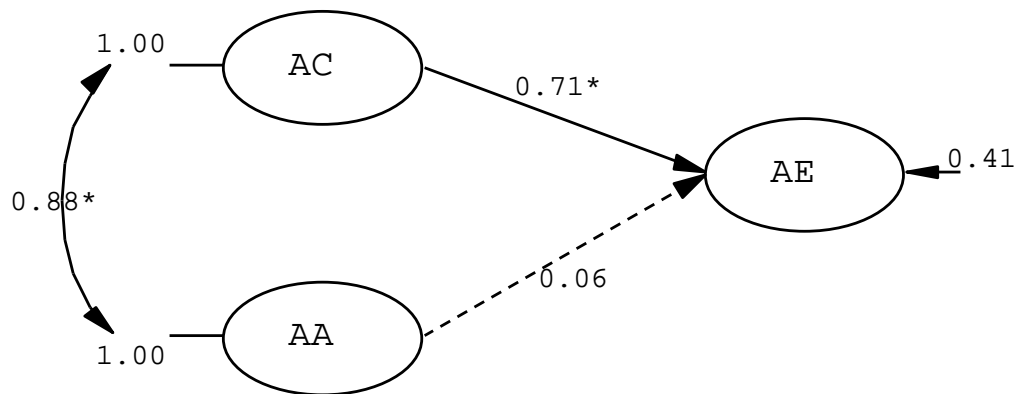


Figura 2: Teste do Modelo da Auto-Eficácia em Adultos Idosos (solução estandardizada).

Seta descontínua = relação estatisticamente não significativa. \*  $p < .001$ .

$$SB\chi^2/gl = 1.26; CFI = 1.00$$

$SRMR = .053$ ;  $RMSEA = .033$ , intervalo de confiança de 90% = .0016 ; .051

## Anexo

### O envelhecimento

A temática do envelhecimento surge frequentemente no Antigo Testamento, onde são inúmeras as referências a idosos vigorosos, com a ideia da longevidade máxima do ser humano, embora haja também referências a perdas sensoriais (Minois, in Paúl & Fonseca, 2005). A leitura histórica sobre as representações dos idosos em vários tempos e contextos é diversificada, tanto surgem imagens em que os idosos são respeitados e valorizados, como outras em que são ridicularizados e alvo de chacota (Paúl & Fonseca, 2005). O envelhecimento também ocupou filósofos, enquanto tema de reflexão e de vivência pessoal. Antes de Platão (427-347 a. C.), o tratamento filosófico ou poético dado à velhice apresentava a propensão para ser predominantemente pessimista, na medida em que a observação dos seus efeitos negativos não era acompanhada pela exortação em viver esse período da melhor forma possível (Viegas & Gomes, 2007). Platão considerava que o envelhecimento era uma continuidade da vida de jovens e adultos, numa lógica bem actual de que se envelhece como se viveu (Paúl & Fonseca, 2005). Já Aristóteles (384-322 a. C.), ao apontar as fases da vida do homem, considera a quarta e última fase como sendo a da senilidade, com uma deterioração generalizada das capacidades, que estaria necessariamente a par com a do espírito. Haveria uma acumulação de erros passados, que tornava os indivíduos indecisos, desconfiados e incapazes de amar (Paúl & Fonseca, 2005).

Já na Medicina Grega, Hipócrates (460-377 a. C.) foi o pioneiro na formulação de hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento. Era considerado que a energia (força vital) era dada à nascença de cada indivíduo e que a vida ia gastando progressivamente até à extinção, sendo que isto era variável de pessoa para pessoa. O envelhecimento era assim visto como um fenómeno puramente natural, físico e irreversível, que apesar de não ser uma doença, estava exposto a esta, devido á diminuição da resistência (Paúl & Fonseca, 2005). Na Medicina romana, a velhice correspondia a um processo natural por que passam os tecidos, sendo que este processo explica quer a maturação quer o envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Depois de Cristo, houve um novo interesse no conceito de envelhecimento, onde se procurava a eterna juventude. Os resultados para travar ou diminuir os efeitos do envelhecimento foram escassos (Paúl & Fonseca, 2005). A partir da década de 80, foram inúmeros os autores que contribuíram para o desenvolvimento da gerontologia, prevendo-se

que se prolongue e intensifique com o tempo, paralelamente com o crescimento da população idosa (Dubin, in Paúl & Fonseca, 2005).

### *O que é o envelhecimento?*

Com a tendência actual do envelhecimento da população, e sendo este um fenómeno universal (Moser, Niser, Oliveira & Quadros, 2002), torna-se importante que todos nós conheçamos e tentemos compreender melhor os idosos, nomeadamente, perceber o que o envelhecimento tem de semelhante em todos os indivíduos, mas não esquecer que todos eles são diferentes, independentemente da sua idade cronológica.

Poderá dizer-se que o envelhecimento é um conjunto de processos de natureza física, psicológica e social, que, com o tempo, produzem mudanças na capacidade de funcionamento dos indivíduos e influenciam a sua definição social (Atchley, in Simões, 2006).

O significado de “ser idoso” tem sido construído de diversas formas, consoante o contexto cultural e histórico de cada época. Inicialmente a velhice era considerada uma bênção divina, um estado que aproximava os indivíduos de Deus, em detrimento do mundo dos homens. Hoje em dia, e a par com o progresso, “ser idoso” parece ter um significado de perda de funções e de estatuto, conduzindo-o a uma progressiva “des”integração social. No entanto, actualmente, começa a assistir-se a uma tentativa de repensar o conceito de velhice, desvalorizando ideias como a incapacidade para trabalhar, e investir nesta nova fase da vida, que possui capacidades e novas necessidades de actividade e autonomia (Costa, 2003).

Ao longo da História têm sido feitas várias tentativas de estabelecer padrões para distinguir os processos de envelhecimento. Busse (1969) designou dois tipos de envelhecimento, envelhecimento primário, que diz respeito a mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento e envelhecimento secundário, que diz respeito às doenças associadas à idade mas reversíveis ou de prevenção possível. Birren e Schroots (1996), posteriormente acrescentaram um terceiro tipo, o envelhecimento terciário, que diz respeito a mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice.

Posteriormente, estas classificações sofreram uma renomeação, passando o envelhecimento primário a ser designado como envelhecimento normal ou saudável e o envelhecimento secundário como envelhecimento patológico (Baltes & Baltes, 1990). O envelhecimento normal é então definido como uma mudança no físico, que é universal, progressiva e irreversível, não sendo um efeito de outro processo nem modificável com o tratamento (Sherman, in Simões, 2006). O envelhecimento patológico é definido como sendo causado por doenças ou por estilos de vida inadequados. Enquanto o envelhecimento normal

segue uma trajectória definida por alterações razoavelmente predizíveis, o envelhecimento patológico representa uma mudança nessa trajectória, tornando-a instável (Puente, in Simões, 2006). Para Lachman e Baltes (in Fonseca, 2005), a diferenciação entre um envelhecimento normal e um envelhecimento patológico é crucial para se entender e explicar o porquê da existência de tantas diferenças entre os indivíduos à medida que envelhecem, contribuindo também para formar uma visão ora mais optimista ora mais pessimista do acto de envelhecer.

Uma distinção que se torna importante fazer é a diferença entre terceira e quarta idade. Inicialmente a terceira idade foi sinalizada pela idade da reforma (65 anos), através do sistema de pensões estabelecido por Bismarck na Alemanha (Coleman & O'Hanlon, 2004). Nos anos setenta, Neugarten (in Baltes & Smith, 2003) criou a distinção entre jovens idosos (*young old*) e velhos idosos (*old old*), sendo a primeira definida como o período entre os 65 e os 80 anos, e a segunda como o período depois dos 80 anos. Esta distinção passou então a ser considerada como terceira e quarta idade (Baltes & Smith, 1999). Actualmente esta distinção torna-se essencial, uma vez que há cada vez mais um aumento dos sujeitos pertencentes à quarta idade. A terceira idade é aquela que tem obtido uma visão mais positiva. Baltes e Smith (2003) apontam sete motivos de optimismo: o aumento da esperança de vida; um considerável potencial latente para uma melhor forma (*fitness*) física e mental; gerações sucessivas mostrando ganhos de forma física e mental; aumento da percentagem de pessoas que envelhece com sucesso; elevados níveis de bem-estar emocional e pessoal; provas de reservas cognitivo-emocionais da mente em envelhecimento; e a existência de estratégias para gerir os ganhos e perdas da velhice.

Para Aiken (1989), a terceira idade é vista como uma etapa da vida onde há uma diminuição das capacidades e oportunidades. A definição de terceira idade depende, em geral, das características dos idosos, onde encontramos uma diversidade de características tanto físicas como psicológicas, para além de que esta definição também varia com as atitudes e necessidades da sociedade. Por outro lado, a quarta idade é marcada pelo declínio inevitável, mesmo havendo a hipótese de alguns ganhos. Baltes e Mayer (1999) realizaram um estudo onde comprovaram que a quarta idade não é uma simples continuação da terceira idade, sucedendo uma efectiva descontinuidade em termos da capacidade adaptativa individual da terceira para a quarta idade, no sentido de um progressivo declínio de funções. Baltes e Smith (2003) enunciam cinco pontos de preocupação nesta fase da vida: perdas consideráveis de potencial cognitivo e capacidade para aprender; elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade; aumento da síndrome de stress crónico; prevalência da demência (50% nas pessoas com 90 anos) e a dúvida sobre uma morte digna nesta fase de

vida. Na quarta idade passam, assim, a predominar as perdas, os problemas crónicos e as vicissitudes experimentadas pela maioria dos muito idosos, que reduzem gradualmente a sua capacidade adaptativa, sendo este o momento em que todos os sistemas comportamentais se inclinam em direcção a um perfil mais negativo, colocando em causa toda a qualidade de vida associada à velhice avançada (Baltes & Smith, 1999, 2003).

Para Coleman e O'Hanlon (2004), os 85 anos eram a linha de transição entre a terceira e quarta idade, nos países ocidentais. Apesar disto, consideram esta demarcação como subjectiva, dando maior importância à fragilidade, como factor sinalizante da quarta idade.

Apesar de existirem grandes diferenças individuais no processo de envelhecimento, Baltes e Silverberg (in Battini, Maciel & Finato, 2006) estabelecem três domínios gerais que devem ser considerados: o aumento das perdas físicas, em que a saúde tende a ser um problema crescente, a tendência das pressões e das perdas sociais se acumularem, sendo comum na sociedade oferecerem-se poucas oportunidades de novos papéis sociais para o idoso e a diminuição do tempo cronológico, que pode levar à perspectiva iminente da finitude, favorecendo a mudança no sentido da vida.

### *Envelhecer em Portugal*

Portugal tem vindo a acelerar abruptamente o seu processo de envelhecimento, com o aumento da esperança de vida dos nossos idosos (INE, 2008). Sabe-se que a população idosa em Portugal confronta-se com condições que não seriam as mais propícias para um bom envelhecimento, a saber: baixos níveis de instrução, rendimentos desajustados, estão sujeitos a um isolamento físico e social que acarreta uma baixa participação na sociedade, juntando-se a isto, condições de habitação e de cuidados de saúde precários (INE, 2002).

Fazendo uma comparação dos dados relativos aos últimos trinta anos, em 1970, 14,4% da população tinha 60 e mais anos de idade, 9,7% tinha 65 e mais anos de idade, e 3,3% tinha 75 e mais anos de idade. No ano 1991, as pessoas com 60 anos de idade ou mais representavam 19%, as com 65 anos ou mais representavam 13,6% enquanto que as de 75 anos de idade ou mais representavam 5,4%. Em 2001, as pessoas com 65 e mais anos de idade representavam 16,4% e as de 75 anos de idade e mais já tinham crescido para 5,9% (INE, 2008). Outro dado significativo foi o aumento de pessoas envelhecidas que ocorreu no período entre 1991 e 1997 em que se registou um aumento de 159 000 pessoas com 65 anos de idade ou mais, e dessas pessoas 14 000 já tinham idades superiores ou iguais a 85 anos de idade (INE, 2008). Em 2007 a população residente em Portugal foi estimada em 10 617 575 indivíduos, dos quais 5 138 807 homens e 5 478 768 mulheres. O aumento populacional,

relativamente ao ano anterior foi de 18 480 indivíduos, repercutindo-se numa taxa de crescimento de 0,17%. A taxa de crescimento natural com uma tendência de redução apresenta em 2007, pela primeira vez na história demográfica recente, um valor negativo. Desde o início do século XX, apenas em 1918 se havia registado um saldo natural negativo. Em resultado da maior longevidade feminina, o fenómeno de envelhecimento é mais evidente nesta população, onde a importância relativa do grupo etário dos 65 e mais anos é de 19,3% contra 14,8% na população masculina (INE, 2008).

Os principais factores de rápido envelhecimento estão na manifestação das taxas de fecundidade. Actualmente, Portugal é um dos países da Europa que tem uma média de nascimentos mais baixa. Se considerarmos as condições de mortalidade que caracterizam os países desenvolvidos e o grande aumento da esperança de vida, renovação de gerações requer uma descendência média de 2,1 filhos por cada mulher. Assistimos assim à passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevadas, para um modelo em que são ambas baixas (INE, 2008).

A população idosa em Portugal caracteriza-se por baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica, às quais se juntam as condições de saúde precárias. O isolamento, juntamente com diversas formas de exclusão social de que são alvo grande parte das pessoas idosas, condiciona o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (INE, 2008).

### *Teorias do envelhecimento*

Alguns modelos tentam explicar o conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam o envelhecimento, no entanto, o factor individual é frequentemente tido em maior consideração, já que estas alterações são variáveis de sujeito para sujeito, e não são fundados a partir da idade.

### **Modelos Biomédicos**

O envelhecimento provoca um declínio na totalidade dos sistemas fisiológicos (respiratório, cardiovascular, urinário, músculo-esquelético, nervoso, endócrino, imunitário) mas de forma desigual. Também os sentidos vão perdendo a acuidade de outrora, assim como o funcionamento cognitivo sofre alterações, nomeadamente, no processamento, aprendizagem, recuperação, solução de problemas e rapidez de resposta (Santos & Trindade, 1997). Bomley (in Agostinho, 2000) atribui as causas do envelhecimento essencialmente a alterações físicas degenerativas que ocorrem no corpo ao longo do tempo.

Segundo a Teoria Imunológica do Envelhecimento (Burnet, in Agostinho, 2000), o declínio dos bio-marcadores da imunidade determina a destruição activa, ficando o organismo sujeito a um sistema imunitário tão debilitado que chega a reagir contra ele próprio. O organismo vai tendo cada vez maior dificuldade em auto-protger-se das agressões do meio, pois há uma diminuição marcada da eficiência na reparação dos materiais danificados.

Em 1996, surge uma das teorias mais recentes da actualidade, denominada de Teoria Gerodinâmica (Schroots, in Oliveira, 2008) que se baseia na teoria geral dos sistemas para defender que o comportamento humano é ramificado ao nível do funcionamento biológico, psicológico e social. Qualquer um destes níveis pode dirigir-se para estruturas superiores (benéficas) ou inferiores (degenerativas).

### Modelos Psicológicos

Durante o envelhecimento, para além de todas as mudanças físicas, sofremos alterações psicológicas, que podem oscilar, coexistir e variar de intensidade. Estas alterações, maioritariamente sentidas ao nível das funções cognitivas, traduzem-se na lentidão do pensamento, no enfraquecimento moderado e não progressivo da memória, na diminuição do ritmo das capacidades vitais e de empreendimento, na acentuação da prudência e na alteração do ritmo do sono (Costa, 2003). Para além da deterioração do funcionamento biopsicológico, há ainda a regressão e dependência como características inerentes ao envelhecimento (Lima, in Costa, 2003). Independentemente da perspectiva que assumimos, as alterações psicológicas do envelhecimento implicam sempre mudanças a vários níveis, nomeadamente a nível cognitivo, da personalidade e da adaptação (Costa, 2003).

A teoria de Erikson (1995), designada por teoria psicossocial do desenvolvimento, caracteriza-se pela noção básica de que a forma como os indivíduos lidam com as suas experiências sociais acaba por modelar as suas vidas. Para Erikson (1995), todas as pessoas, ao longo da sua existência, passam por oito estádios de desenvolvimento, e em cada um deles estão em causa sentimentos positivos (confiança, intimidade, integridade) e sentimentos negativos (culpa, inferioridade, isolamento). Um desenvolvimento equilibrado e bem-sucedido depende da resolução conveniente do conflito próprio de cada estádio, de modo a que a vertente positiva predomine (Rodrigues, 2002). Em cada estádio, as “leis internas de desenvolvimento” criam diversas possibilidades de desenvolvimento psicossocial, que acabam por se concretizar, ou não, de acordo com a interacção estabelecida entre a personalidade e toda uma série de instituições sociais, as quais vão contribuir para preencher ou frustrar as necessidades inerentes a cada um dos estádios de desenvolvimento. Apesar de

considerar que algumas dimensões da personalidade possam ser pré-determinadas sob o ponto de vista hereditário, para Erikson (1995) a resolução de cada fase de desenvolvimento deve ser entendida no âmbito da interacção entre a personalidade e o meio.

Os estádios de maturidade definidos por Erikson (1995) são representativos e resultam da interacção estabelecida entre o indivíduo e a sociedade em diferentes fases (idades) da vida. Cada estádio representa uma diferente função do *self* e resulta de mudanças na interacção indivíduo-sociedade, comportando um determinado número de tarefas típicas que o indivíduo tem que resolver. No caso concreto da vida adulta (estádio 7, que decorre dos 35 aos 60 anos), é esperado que a pessoa desenvolva um “sentido de geratividade”, enquanto que na velhice (estádio 8, dos 60 anos até à morte), o objectivo desenvolvimental corresponderá ao desenvolvimento de um “sentido de integridade do eu” (Fonseca, 2005). O estádio final da vida é caracterizado pela dualidade emocional “integridade *versus* desespero”. A integridade significa que o indivíduo avalia positivamente o seu percurso vital, mesmo que nem todos os seus desejos e sonhos se tenham realizado e esta satisfação prepara-o para aceitar a deterioração física e a inevitável morte como o termo de algo que valeu a pena. Os indivíduos que consideram a sua vida mal-sucedida, demasiado centrada em si mesmo, pouco produtiva, que lamentam as oportunidades perdidas e sentem já ser demasiado tarde para se reconciliarem consigo próprias, corrigindo erros cometidos, podem ceder à angústia e ao desespero (Rodrigues, 2002). Erikson (in Fonseca, 2005) encara o envelhecimento como um período durante o qual o indivíduo reflecte sobre a sua vida e revive os seus triunfos e desapontamentos, incorporando no *self* memórias e experiências significativas acerca de si próprio e do mundo. O “sentido de integridade do eu” é alcançado quando o indivíduo revela que é capaz de aceitar e integrar as realizações e os fracassos, assumindo a responsabilidade por ambos.

Kegan (in Fonseca, 2005) propõe uma compreensão do desenvolvimento baseada em cinco estádios, onde sublinha uma vertente do desenvolvimento psicológico através do conceito de “*self* em evolução”. Kegan (in Fonseca, 2005) sugere que o estádio 3 (“Interpessoal”), típico do início da vida adulta, é caracterizado pela reciprocidade de relações, no estádio 4 (“Institucional”), típico da vida adulta plena, o *self* torna-se mais autónomo, pleno de ambição e de potencialidades de realização, enquanto que o estádio 5 (“Interindividual”) é marcado pela transição idade adulta-velhice, onde ocorre uma nova síntese entre o *self* e os outros, onde se geram formas de relacionamento interindividual caracterizadas pela maturidade e pela mutualidade.

Levinson (1986) focaliza-se unicamente na condição do homem adulto, incluindo nesta categorização o homem idoso. Na sua pesquisa, Levinson (1986) diferencia três épocas no ciclo de vida do homem adulto: uma “idade adulta inicial”, aproximadamente dos 18 aos 40-45 anos, uma “meia-idade adulta” dos 40-45 aos 60-65 anos e uma “idade adulta tardia”, dos 60-65 anos em diante. A esta última fase corresponderia uma reordenação das prioridades de vida, dando mais ênfase à família e às relações do que à profissão, ou seja, um padrão de vida marcado pela vontade de realização (Levinson, in Hamilton, 2002).

Também Jung (in Oliveira, 2008) elaborou uma Teoria Psicodinâmica, diferente das que já existiam, para atribuir importância a todo o curso de vida para a organização da personalidade. Enquanto na juventude a personalidade se organiza em torno da extroversão, na segunda metade da vida domina a introversão, voltando-se a pessoa para “a análise dos seus sentimentos, para o balanço e sentido da vida e para a tomada progressiva de consciência de morte” (Oliveira, 2008).

Podemos constatar que a visão dos autores anteriormente referidos assenta numa lógica baseada no pressuposto da existência de uma espécie de ciclo de maturação progressiva (Fonseca, 2005).

### Modelos Sociais

Com o envelhecimento chegam também as alterações dos papéis sociais que cada sujeito sempre desempenhou. No contexto social de cada indivíduo emergem as alterações sociais, que variam de sociedade para sociedade e de geração para geração. Por vezes, ocorrem conflitos entre determinados papéis sociais e a idade cronológica, pois os sujeitos não estão disponíveis nem dispostos a aceitar alterações impostas pelas mudanças no seu ambiente. Destas alterações, destaca-se a reforma como a mais significativa, na medida em que o indivíduo terá de se confrontar com sentimentos de inutilidade, de esvaziamento, de marginalização e de morte social (Costa, 2003).

Quando para o sujeito a reforma é tida como uma grande perda, é comum testemunharmos reacções de fuga às relações sociais e de isolamento. A função deste papel (profissional) pode estar tão associado a um estatuto de prestígio, que a sua privação é equivalente à perda desse prestígio e, conseqüentemente, a um forte sentimento de inutilidade. Se, nestes casos, o trabalho é parte integrante do auto-conceito dos sujeitos, noutros casos, a reforma é algo de desejado, na medida em que se torna possível a realização e o empenhamento noutros projectos, interesses e objectivos (Agostinho, 2000).

### *Envelhecimento activo e envelhecimento bem-sucedido*

O conceito de envelhecimento activo foi adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, in Fonseca, 2005) nos finais da década de 90, com o intuito de promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva (Paúl & Fonseca, 2005). Consiste no processo de optimização das oportunidades de vida, em termos de saúde, de participação e desenvolvimento multidimensional das pessoas, à medida que estas envelhecem. O envelhecimento activo engloba uma redefinição positiva do envelhecimento e da velhice. Desta forma recorre a um repertório simbólico que evoca imagens específicas de vitalidade, actividade e empreendedorismo (Viegas & Gomes, 2007). Estes são valores construtivos da identidade que podem fomentar a reintegração do envelhecimento e da velhice na experiência participativa no mundo social contemporâneo, ou seja, constituem estratégias pelas quais a velhice deixa de ser conotada como a retirada ou afastamento dos indivíduos da vida social (Viegas & Gomes, 2007).

O objectivo fundamental da ideologia do envelhecimento activo consiste assim em promover o prolongamento da vida activa, através do envolvimento dos mais velhos na vida social, não como audiência passiva mas como indivíduos participativos (Viegas & Gomes, 2007). Um conceito próximo deste, também baseado numa perspectiva desenvolvimental do ciclo de vida, é o envelhecimento bem-sucedido.

A observação de diversos padrões de envelhecimento e a procura em compreender os determinantes de longevidade com qualidade de vida têm motivado alguns estudos com o intuito de perceber o que constituiria um bom envelhecer. O conceito de envelhecimento bem-sucedido surgiu em 1960 e definia um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, e também a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Paúl & Fonseca, 2005).

Os principais contributos para a afirmação deste conceito foram, mais tarde, aprofundados por Rowe e Kahn (1999). O modelo do envelhecimento bem-sucedido, formulado por Rowe e Kahn (1999), é definido como o conjunto de factores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista físico como mental. Distinguem assim, três vertentes do envelhecimento bem sucedido: baixo risco de doenças, ou incapacidades relacionadas com a doença; funcionamento físico e mental elevado; e empenhamento activo na vida.

O modelo assenta no princípio de que é possível e desejável uma velhice saudável, ou seja, parte-se do pressuposto de que muitas doenças se podem prevenir e de que os riscos das mesmas se podem reduzir. Em segundo lugar, envelhecimento bem sucedido significa boa

forma física e mental. Isto traduz-se pela capacidade de conduzir uma vida independente, isto é, de não estar a cargo de ninguém para satisfazer as necessidades do dia-a-dia e por outro lado é necessário tentar prevenir certas doenças que podem afectar o bom funcionamento mental. Baltes e Baltes (1990) e Neri (2001) definiram como critérios de envelhecimento bem-sucedido a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência social, o controlo pessoal e a satisfação de vida. Relativamente ao empenho activo na vida, este implica o estabelecimento de uma rede de relações sociais e também que o indivíduo se mantenha activo (Rowe & Kahn, 1999). Para Rowe e Kahn (1999), apenas a combinação destas três características é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, verificando-se uma hierarquia entre as três componentes: a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e este, por sua vez, facilita um envolvimento activo com a vida.

Envelhecer com sucesso implica investir na capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na idade avançada. Consiste na procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades (Fonseca, 2005). O ambiente no qual o homem está inserido pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento (Rodrigues & Diogo, in Moser, Niser, Oliveira & Quadros, 2002). Neri (2001) enfatiza que envelhecer satisfatoriamente depende de como o indivíduo consegue lidar com as perdas inevitáveis do envelhecimento, tendo assim que equilibrar as suas limitações e as suas potencialidades.

Podemos dizer que as teorias do envelhecimento bem-sucedido vêem os indivíduos idosos como pró-activos, regulando a sua qualidade de vida pela definição de objectivos e lutando para os atingir, servindo-se para tal de recursos que são úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade e envolvendo-se activamente na preservação do seu bem-estar (Paúl & Fonseca, 2005).

Um dos modelos mais conhecidos do envelhecimento bem-sucedido é o modelo SOC (Baltes & Baltes, 1990). Neste modelo, o desenvolvimento bem-sucedido, em termos de alcance das metas, em qualquer idade, implica três processos: selecção (escolha das metas mais prioritárias a adoptar no futuro ou em resposta a perdas reais, ou antecipadas), optimização (mobilizar os recursos para os colocar ao serviço das metas escolhidas) e compensação (procurar medidas para contrabalançar ou fazer face à diminuição de uma função) (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, 1997). O recurso a estes mecanismos é uma forma de explicar o modo como decorre com êxito a orquestração da vida humana, constitui um modelo

de adaptação susceptível de ser aplicado a diversos domínios do funcionamento humano, especialmente a partir da meia-idade e durante a velhice (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 1999, 2003). Relativamente à selecção, esta envolve a consideração de uma determinada orientação desenvolvimental, através da qual se definem objectivos e resultados desejáveis para o desenvolvimento; é com base nessa orientação que o indivíduo vai seleccionar e especificar possibilidades e oportunidades de desenvolvimento de entre várias alternativas ao seu alcance, podendo fazê-lo por duas vias: selecção escolhida, quando o indivíduo intencionalmente e guiado por uma motivação própria, selecciona o percurso desenvolvimental que deseja de entre um leque possível de oportunidades ou uma selecção baseada em perdas, que é quando a selecção de um determinado percurso desenvolvimental está condicionada pela ocorrência prévia de perdas que limitam as possibilidades de escolha (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999). A optimização envolve a aquisição, a aplicação e o aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se atingirem níveis elevados de funcionamento e objectivos desenvolvimentais desejáveis, prevenindo simultaneamente a ocorrência de objectivos indesejáveis (Baltes, 1997). A compensação envolve a produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometerem a obtenção de objectivos desenvolvimentais desejáveis, sendo possível identificar duas categorias principais de respostas, a primeira incidindo na modificação dos meios para alcançar uma determinada finalidade, a segunda incidindo na modificação dos objectivos como resposta face à perda de meios e de recursos (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

A constatação da existência de funções psicológicas que não declinam com a idade, tal como algumas competências de natureza cognitiva, levou Baltes e Baltes (1990) a considerarem que os adultos idosos continuam a apresentar uma reserva cognitiva muito considerável, o que lhes permite manter uma capacidade cognitiva elevada. Porém a investigação também demonstra que esta capacidade não é ilimitada, havendo limitações sob o ponto de vista motivacional e funcional que condicionam a realização de aprendizagens e que limitam a realização de certas tarefas que exigem algum controlo cognitivo (Fonseca, 2005).

Na tradição do pensamento europeu, a velhice tem sido um recurso frutífero para reflectir sobre a condição humana (Viegas & Gomes, 2007). Os valores e orientações sociais, expressos através das referências à igualdade e ao esforço pessoal, contribuem para a explicação da percepção de certos problemas associados ao envelhecimento, bem como certo tipo de discriminações a que os adultos idosos estão sujeitos na sociedade actual (Casanova, Alvarenga, Matos & Lucas, 2001).

Nos dias actuais parece haver a necessidade de pensar os problemas e desafios que enfrentamos face ao progressivo envelhecimento da população e à necessidade de se encontrarem novos modos de lidar com os fenómenos da velhice e do envelhecimento (Couvaneiro & Cabrera, 2009). Assim, o envelhecimento da população tende a ser encarado muito mais como uma ameaça do que, propriamente, como um desafio, isto é, como uma dificuldade, por certo, mas também como uma oportunidade de progresso. Desta forma, o envelhecimento da população coloca problemas de várias ordens, em particular de natureza económica, sanitária e educacional. Mas oferece, igualmente, oportunidades de aproveitamento do potencial inexplorado que são os idosos, em prol do desenvolvimento da sociedade (Simões, 2006).

## Referências

- Agostinho, P. (2000) *Envelhecimento e psicossomática em idosas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: ISPA.
- Aiken, L. (1989). *Later life* (3th ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age*. Consultado a 14 Junho de 2009, através do site <http://www.valenciaforum.com>
- Baltes, P. B., Reese, H., & Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, (31), 65-110.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50 (1), 471-507.

- Battini, E., Maciel, E., & Finato, M. (2006). Identificação de variáveis que afectam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estudos de Psicologia*, vol. 23 (4), 455-462. Consultado a 14 de Junho de 2009, através do site Scielo Brasil.
- Birren, J., & Schroots, J. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). San Diego: Academic Press.
- Busse, E. W. (1969). Theories of aging. In E. W. Busse & E. Pfeiffer (Eds.), *Behaviour and adaptation in later life* (pp. 11-32). Boston: Little Brown.
- Casanova, J., Alvarenga, F., Matos, G., & Lucas, J. (2001). *Quadros sociais de envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia.
- Costa, A. (2003). Contornos bio-psico-sociais do envelhecimento. *Hospitalidade*, 260, 10-14.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York: Oxford University.
- Couvaneiro, C., & Cabrera, J. (2009). *Este tempo de ser: concepções de espaço e tempo para um envelhecimento positivo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Erikson, E. (1995). *Childhood and society*. London: Vintage.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Hamilton, I. S. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Artmed Editora.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 187-207.

- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Dia internacional do idoso*. Consultado a 14 de Junho de 2009, através de [www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=7398813&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=7398813&att_display=n&att_download=y)
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41 (1), 3-13. Consultado a 14 de Junho de 2009, através do site <http://www.unc.edu/~ejordan/Levinson1986.pdf>
- Moser, A., Niser, S., Oliveira, J., & Quadros, V. (2002). Proposta de trabalho com um grupo de idosos: optimização da auto-estima. *Actas do IV Congresso Nacional de Saúde: a saúde numa perspectiva de ciclo de vida*, 167-174. Lisboa: ISPA.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Papyrus Editora. Consultado a 14 de Junho de 2009, através do site [http://books.google.com/books?id=08UVJhcuRdkC&dq=Psicologia+do+envelhecimento:+uma+%C3%A1rea+emergente+Psicologia+do+envelhecimento&lr=&hl=pt-BR&source=gbs\\_summary\\_s&cad=0](http://books.google.com/books?id=08UVJhcuRdkC&dq=Psicologia+do+envelhecimento:+uma+%C3%A1rea+emergente+Psicologia+do+envelhecimento&lr=&hl=pt-BR&source=gbs_summary_s&cad=0)
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.
- Rodrigues, L. (2002). *Psicologia 12º Ano – 1º volume*. Plátano Editora.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Santos, A., & Trindade, I. (1997). Intervenção psicológica em programas de saúde para idosos. In J. Ribeiro (Ed.) *2º Congresso nacional de psicologia da saúde*. (pp 385-398) Lisboa: ISPA.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.