



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A saúde funcional percebida medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos?

Carolina Maria da Silva Augusto

Orientador(es) | António Moreira Diniz

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

A saúde funcional percebida medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos?

Carolina Maria da Silva Augusto

Orientador(es) | António Moreira Diniz

Évora 2023





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | António Moreira Diniz (Universidade de Évora) (Orientador)
Nuno Maria Bleck da Silva Amado (AP - Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica) (Arguente)

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Doutor António Moreira Diniz, por todo o apoio, disponibilidade e dedicação ao longo do desenvolvimento desta dissertação. Foram extremamente enriquecedores, quer a nível académico como pessoal, os conhecimentos e experiências que me tem vindo a transmitir ao longo deste último ano.

À minha mãe, ao meu pai, aos meus irmãos, aos meus avós, ao meu padrinho, ao meu tio e ao meu namorado. Nunca vos vou conseguir agradecer o suficiente por tudo o que já fizeram por mim e pelo amor e apoio que me deram ao longo da minha vida, fizeram de mim quem eu sou, são a minha inspiração e estão sempre no meu coração. Mãe, obrigada pela reconfortante presença que tens sido durante este processo, contigo a meu lado tudo se torna mais fácil.

À Filipa, que levo da faculdade para a vida e que está lá sempre para mim, o meu apoio e a minha pessoa. Uma amizade que guardo com um imenso carinho, que fiquemos para sempre na vida uma da outra. À Inês, pela amizade e pelas palavras de força e incentivo que me tem proporcionado ao longo deste trabalho, acreditando sempre em mim, quem te tem como amiga tem muita sorte. A todos os meus amigos/as que estiveram presentes e que demonstraram o seu apoio.

A todas as pessoas que me ajudaram na recolha de dados e possibilitaram a mesma. Especialmente aos participantes, foi um prazer conhecer-vos e estar com vocês, um dos momentos mais gratificantes do desenvolvimento deste trabalho, vou estar para sempre extremamente agradecida por terem aceite fazer parte do mesmo e por me terem recebido de uma forma tão atenta e simpática.

A todos os que, de uma forma ou outra, fizeram parte e contribuíram para o meu percurso académico e para todos os conhecimentos e experiências que adquiri ao longo destes últimos cinco anos.

Muito obrigada a todos.

**A saúde funcional percebida medeia o efeito de variáveis sociodemográficas
sobre os afetos em adultos mais velhos?**

Resumo

Pretende-se com este estudo perceber se a saúde funcional percebida medeia o efeito da idade, do género, das habilitações literárias e do estado civil sobre os afetos em adultos mais velhos. A amostra foi constituída por 304 participantes com idades iguais ou superiores a 65 anos, voluntários, comunitários, residentes em meio urbano e controlados para compromisso cognitivo e depressão. Testou-se a validade estrutural do Questionário de Competência Motora Básica Percebida (QCMBP) e de uma escala de afetos positivos (AP) e negativos (AN) e quatro modelos alternativos de mediação, realizando-se de formas distintas a operacionalização da variável estado civil/coabitação. No modelo de mediação final, contemplando o estado civil (com ou sem parceiro), todos os preditores, exceto o género, tiveram relação com os fatores (QCMBP, AP e AN). Neste estudo, a saúde funcional percebida medeia o efeito de algumas variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos.

Palavras-chave: envelhecimento, funcionalidade, bem-estar subjetivo, validade nomológica, equações estruturais

**Does perceived functional health mediate the effect of sociodemographic variables
on affect in older adults?**

Abstract

This study aimed to find out whether perceived functional health mediates the effect of age, gender, education, and marital status on the affects in older adults. The sample consisted of 304 participants aged 65 or over, who were volunteers, community-dwelling, living in an urban environment, and screened for cognitive impairment and depression. The structural validity of the Questionário de Competência Motora Básica Percebida (QCMBP) and a scale of positive (PA) and negative (NA) affects, and four alternative mediation models were tested, with the marital/cohabitation status variable operationalized in different ways. In the final mediation model, including marital status (with or without a partner), all the predictors except gender have relationships with the factors (QCMBP, PA, and NA). In this study, perceived functional health mediates the effect of some sociodemographic variables on affect in older adults.

Keywords: ageing, functionality, subjective well-being, nomological validity, structural equations

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1. Envelhecimento.....	1
1.2. Bem-Estar Subjetivo	3
1.2.1. Afetos	5
1.2.1.1. Afetos e Idade.....	7
1.2.1.2. Afetos, Género e Habilitações Literárias.....	8
1.2.1.3. Afetos, Estado Civil e Coabitação.....	8
1.3. Saúde Funcional.....	9
1.3.1. Capacidade Funcional	11
1.3.1.1. Funcionalidade e Idade.....	12
1.3.1.2. Funcionalidade, Género e Habilitações Literárias.....	13
1.3.1.3. Funcionalidade, Estado Civil e Coabitação.....	13
1.3.1.4. Funcionalidade e Afetos.....	14
2. Formulação do Problema de Investigação.....	15
3. Método.....	17
3.1. Participantes.....	17
3.2. Materiais	18
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	18
3.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE).....	18
3.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15).....	19
3.2.4. Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN).....	20
3.2.5. Questionário de Competência Motora Básica Percebida (QCMBP)	21
3.3. Procedimento de Recolha de Dados	21
3.4. Procedimento de Análise de Dados	23
4. Resultados.....	25
4.1. Validade Estrutural do QCMBP	25

4.2. Validade Estrutural da EAPN	27
4.3. Modelo Oblíquo QCMBP, AP e AN	29
4.4. Modelo de Mediação da Saúde Funcional Percebida no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos	29
5. Discussão	33
6. Referências	40

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	17
Tabela 2. Índices de Ajustamento do Questionário de Competência Motora Básica Percebida	25
Tabela 3. Estrutura Fatorial do Questionário de Competência Motora Básica Percebida	26
Tabela 4. Índices de Ajustamento da Escala de Afetos Positivos e Negativos	27
Tabela 5. Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Negativos	28
Tabela 6. Índices de Ajustamento dos Modelos de Mediação Alternativos	30
Tabela 7. Efeitos Diretos e Indiretos do Modelo de Mediação	31

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama Conceptual da Mediação da Saúde Funcional Percebida no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos Mais Velhos ..	16
Figura 2. Teste do Modelo de Mediação do QCMBP no Efeito de Variáveis Sociodemográficas nos AP e AN	32

1. Introdução e Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento da população, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), é o processo através do qual a proporção de pessoas mais velhas se vai tornando maior na população total (Departamento das Nações Unidas para Assuntos Económicos e Sociais [UN DESA], 2002), sendo o crescimento da população envelhecida um acontecimento que se pode analisar ao redor do mundo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022; UN DESA, 2013, 2020). A ONU define como pessoas mais velhas, quem possui 60 anos ou mais (EUROSTAT, 2019; UN DESA, 2013), no entanto, a OMS retrata que em países desenvolvidos, normalmente, a idade estabelecida para pessoas mais velhas é de 65 anos ou mais (EUROSTAT, 2019).

Globalmente em 2020, cerca de 13.5% da população consistia em pessoas com 60 ou mais anos de idade, isto é, aproximadamente 1,000 milhões de pessoas encontravam-se dentro dessa faixa etária, havendo estimativas de que, até 2050, este número aumente até por volta de 2,100 milhões, tendo 1 em cada 5 pessoas 60 anos ou mais (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022). No ano de 2021 em Portugal, 23.4 % da população nacional consistia em pessoas com 65 anos ou mais (PORDATA, 2023), sendo que o índice de envelhecimento do país em 2022 correspondeu a 185.6 pessoas mais velhas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023b), havendo projeções de que, no ano de 2080, o índice de envelhecimento será de cerca de 300 adultos mais velhos por cada 100 jovens (INE, 2020).

Dado o evidente presente e futuro aumento da população mais velha, o estudo acerca desta fase da vida torna-se extremamente importante (Baltes, 1987), assim, é necessário que se tenham em atenção as características e necessidades da mesma. Para tal, é importante diferenciar as etapas que constituem as idades avançadas da adultez. Baltes e Smith (2003) distinguem a 3ª idade da 4ª idade retratando-as como os “*young old*” e os “*oldest old*”, respetivamente. A respeito dos “*young old*” os autores retratam diversos aspetos positivos presentes nesta etapa, entre os quais o aumento da esperança média de vida e os ganhos físicos e mentais em termos geracionais. Em contraste, no que toca aos “*oldest old*” são enunciados vários aspetos negativos adjacentes ao alcance desta fase, como é o caso da falta de dignidade a que os indivíduos são sujeitos, consequentemente ao declínio da saúde física e mental.

A 3ª e 4ª idade não estão ligadas a uma idade exata, existindo duas formas distintas de distinguir as mesmas, a primeira baseada na população e a segunda baseada na pessoa (Baltes & Smith, 2003). A perspectiva baseada na população diferencia a 3ª da 4ª idade quando 50% dos membros da mesma geração já faleceram, o que colocaria, em países desenvolvidos, as idades entre os 75 e os 80 anos como o momento de transição entre estas duas etapas. No entanto, quando se retira dos 50%, os membros da mesma geração que faleceram anteriormente, isto é, quando mais jovens, para países desenvolvidos, as idades de transição da 3ª para a 4ª idade seriam entre os 80 e os 85 anos. A perspectiva baseada na pessoa distingue a 3ª da 4ª idade de um modo individual, não tomando em consideração a média da população, mas sim, estimando o período máximo de vida (entre 80 a 120 anos) de determinada pessoa, e, assim, a transição da 3ª para a 4ª idade varia de indivíduo para indivíduo.

Kydd et al. (2020) retratam como existem alguns termos utilizados em relação aos adultos mais velhos (e.g., 3ª e 4ª idade, idosos, *oldest-old*) que portam consigo uma conotação negativa, tratando-se, portanto, de termos que remetem para o idadismo. Para além desta questão, a utilização de termos como a 3ª e 4ª idade não ocorre sempre da mesma forma em todos os estudos, isto é, não existe um consenso entre investigadores acerca da idade em que ambas começam. Deste modo, os autores sugeriram, para que se evite a utilização de termos deste género, que se faça referência às fases do envelhecimento por décadas, ou seja, dividir esta faixa etária por indivíduos sexagenários, septuagenários, octogenários, etc.

Face às várias perdas que as pessoas sofrem habitualmente no decorrer do processo de envelhecimento, torna-se importante não só distinguir o que constitui o envelhecimento patológico e o envelhecimento normal, como também, o envelhecimento bem-sucedido (Baltes et al., 1992). Algumas das áreas analisadas no âmbito das investigações do envelhecimento bem-sucedido referem-se a questões biomédicas, como as funções físicas, fisiológicas e cognitivas, outras referem-se a questões psicossociais, como a adaptação psicológica bem-sucedida e o envolvimento ativo com a vida, devendo estas ser examinadas quer de forma objetiva, quer de forma subjetiva (Urtamo et al., 2019). Assim, o envelhecimento bem-sucedido pode ser definido através da combinação de três elementos, a baixa probabilidade de e a incapacidade por doença, a alta capacidade funcional física e cognitiva e a existência de um envolvimento ativo com a vida (atividade produtiva e relações interpessoais) (Rowe

& Kahn, 1997). Podemos deste modo observar, através das características do envelhecimento bem-sucedido, como existem fatores que estão relacionados com o envelhecimento, mas não são provocados pelo mesmo (Rowe & Kahn, 1997), e como, através da análise dos riscos presentes no envelhecimento normal se torna possível desenvolver planos e estratégias para que as pessoas não envelheçam de uma forma somente “normal”, mas sim, bem-sucedida (Rowe & Kahn, 1987, 1997).

O desenvolvimento pode ser visto como uma alteração (positiva ou negativa) na capacidade adaptativa de um indivíduo, podendo ser examinada a ocorrência quer de ganhos (crescimento), quer de perdas (declínio), havendo uma generalizada associação entre, por um lado, o desenvolvimento e os ganhos, e, por outro lado, o envelhecimento e as perdas (Baltes, 1987), uma vez que, nesta última fase da vida, o equilíbrio entre ganhos e perdas, que se pode analisar ao longo da vida de uma pessoa, vai piorando (Baltes et al., 1992).

O desenvolvimento possui três grandes funções, a de crescimento, a de manutenção e a de regulação da perda (Baltes, 1997), neste sentido, e, para lidar com os declínios que surgem aquando do envelhecimento e para que se possa alcançar o envelhecimento bem-sucedido, surgem as estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC) (Baltes, 1987), formas eficazes de adaptação aos desafios inerentes ao envelhecimento, específicas a um determinado indivíduo e ao contexto em que o mesmo está inserido, que podem ser conscientes/inconscientes, internas/externas e ativas/passivas (Baltes, 1997). Para a teoria da seletividade socioemocional, estes processos de seleção são algo adaptativo, sendo que é a mudança de objetivos que os conduz (Baltes & Carstensen, 1996). Segundo esta teoria (Carstensen et al., 1999), a perceção do tempo influencia a seleção e o estabelecimento de objetivos, sendo que, quando o indivíduo não percebe o tempo como limitado, este dá prioridade a objetivos relacionados com a aquisição de conhecimentos, e, quando estamos perante a situação inversa, quando o tempo é visto como algo limitado, a pessoa seleciona objetivos no âmbito da regulação de emoções. Podemos assim observar a relação entre a idade e o tempo que resta de vida e o peso que ambos têm no estabelecimento de objetivos.

1.2. Bem-Estar Subjetivo

Quando se fala acerca de saúde mental, existe uma tendência a utilizar-se o termo para a ausência de doença em vez de para a presença de bem-estar, não sendo assim tidos em conta os fatores protetores que se encontram relacionados com o mesmo (Ryff

& Singer, 1996). Segundo a OMS (2021, p. 10), “O bem-estar é um estado positivo experienciado pelos indivíduos e pelas sociedades. Semelhante à saúde, é um recurso para a vida quotidiana e é determinado pelas condições sociais, económicas e ambientais.”. O bem-estar refere-se, portanto, a uma experiência e um funcionamento psicológicos otimizados (Bar-Tur, 2021; Deci & Ryan, 2008), incluindo dimensões materiais, da saúde, sociais e subjetivas da vida do indivíduo (Diener et al., 2018). As definições acerca do bem-estar podem ser separadas por três grupos, por critérios externos (objetivo), pela satisfação com a vida (subjetivo) (Diener, 1984) e pelo bem-estar emocional, isto é, pela presença de mais afetos positivos (AP) e menos afetos negativos (AN) (subjetivo) (Diener, 1984; Diener et al., 2018).

Existem duas grandes perspetivas que se distinguem dadas as ideias que apresentam a propósito da natureza humana e daquilo em que consiste o bem-estar (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001). A primeira, a perspetiva hedónica, retrata o bem-estar como a experiência ou não de prazer, isto é, consiste na felicidade, a qual se encontra ligada à vivência, por parte do indivíduo, de AP e AN (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001). Existe um aumento do bem-estar hedónico nos adultos mais velhos, visto que estes, habitualmente, tendem a experienciar mais AP e menos AN (Bar-Tur, 2021). A segunda, a perspetiva eudaimónica, retrata o bem-estar como um alcance, por parte do indivíduo, da sua verdadeira natureza, distinguindo o bem-estar do conceito de felicidade, uma vez que, nem tudo o que proporciona prazer fomenta o bem-estar (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar psicológico (BEP) tem sido relacionado com o bem-estar eudaimónico, e, segundo Ryff e Keyes (1995), o BEP possui seis dimensões: autoaceitação, autonomia, controlo sobre o ambiente, crescimento pessoal, propósito na vida e relações positivas com os outros. O bem-estar eudaimónico apresenta uma diminuição em pessoas mais velhas (Bar-Tur, 2021), e, por sua vez, o BEP evidencia que com a idade há um aumento da autonomia e do controlo sobre o ambiente, um decréscimo do crescimento pessoal e do propósito na vida, não ocorrem alterações na autoaceitação e podem ser ou não ser observadas mudanças a respeito das relações positivas com os outros (Ryff & Keyes, 1995). Ao serem tidas em consideração ambas as perspetivas acerca do bem-estar é possível retratar de uma forma completa aquilo que é o conceito (Ryan & Deci, 2001).

O bem-estar e as suas várias dimensões encontram-se relacionados e contribuem para o envelhecimento bem-sucedido, sendo que, a investigação demonstra que as pessoas mais velhas possuem mais meios para experienciarem níveis de bem-estar elevados e um envelhecimento bem-sucedido (Bar-Tur, 2021). Quando se procura compreender o que afinal constitui o bem-estar em adultos mais velhos, podem ser observadas duas abordagens diferentes, na primeira, o bem-estar define-se a partir de recursos materiais e condições de vida, ou seja, estes critérios e pré-requisitos têm de estar presentes para que se possa considerar que existe de facto bem-estar, na segunda, é o próprio indivíduo que avaliando cognitivamente a sua experiência emocional constata subjetivamente se sente bem-estar ou não (Smith et al., 1999).

Podemos assim analisar o conceito de bem-estar subjetivo (BES), o qual consiste nas avaliações cognitivas e afetivas que o próprio realiza a respeito da sua vida (Diener et al., 2018). Segundo Diener (1984) as principais características do BES são que este é algo subjetivo, que inclui aspetos positivos e não só a inexistência de aspetos negativos, e, que consiste numa avaliação global acerca da vida do próprio. Normalmente considera-se a existência de um alto nível de BES quando estamos perante elevados níveis de satisfação com a vida e de AP e baixos níveis de AN (Deci & Ryan, 2008; Diener et al., 2002).

As mensurações do bem-estar e do BES não devem ser comparadas uma vez que as primeiras consistem em avaliações objetivas realizadas por outros e as segundas em avaliações subjetivas efetuadas pelo próprio, mas, dada a natureza subjetiva do BES, este demonstra ser um dos melhores indicadores de bem-estar, fornecendo uma perspetiva ampla e que permite analisar aspetos idiossincráticos da experiência de cada pessoa (Diener et al., 2018). Existem evidências de que elevados níveis de BES estão associados a uma maior saúde funcional, a menos sintomatologia de perturbação mental, a relações interpessoais mais fortes, a temperamentos e disposições mais adaptativos, a estilos cognitivos mais autoaprimorados e a um maior funcionamento pró-social (Busseri & Sadava, 2011).

1.2.1. Afetos

Visto que parte do BES é constituído por experiências afetivas é necessário conhecermos a estrutura base das mesmas para que as possamos compreender. Os autores Watson e Tellegen (1985) desenvolveram um modelo básico consensual no qual o afeto possui uma estrutura de dois fatores, os AP e os AN, com base no modelo

circumplexo do afeto de Russell (1980), a qual evidencia ser eficaz na medição do humor autoavaliado (Watson et al., 1999). Os AP retratam a medida em que o indivíduo detém gosto pela vida, por exemplo o quanto este se sente animado, entusiasmado e ativo, e, os AN retratam a medida em que este se sente perturbado, por exemplo o quanto o mesmo se sente chateado, nervoso e receoso (Watson & Tellegen, 1985; Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Watson et al. (1999), defendem que os AP e os AN, evolutivamente, representam os componentes subjetivos de dois sistemas biocomportamentais, o de aproximação e o de retirada, respetivamente. Os AP relacionam-se com o sistema de envolvimento comportamental, direcionando o indivíduo para determinadas experiências que são prazerosas, enquanto que, os AN relacionam-se com o sistema de inibição comportamental, afastando o indivíduo de experiências que são indesejáveis.

As dimensões do afeto não são opostas, mas sim, independentes e não correlacionadas (Watson & Tellegen, 1985), sendo também dimensões ortogonais (Watson, Clark & Tellegen, 1988). A estrutura estabelecida pelos autores consiste em quatro dimensões bipolares o AP, o envolvimento, o AN e a agradabilidade, cada uma destas com o seu polo alto e o baixo (Watson et al., 1999). Por exemplo: um AP alto seria ativo, um AP baixo seria sonolento; um forte envolvimento seria estimulado, um não envolvimento seria quieto; um alto AN seria angustiado, um baixo AN seria calmo; a existência de agradabilidade seria feliz, a inexistência de agradabilidade seria infeliz. É ainda assim importante ter em consideração como nos AP e AN, as dimensões são apresentadas como bipolares, mas, em termos afetivos são algo unipolar, isto é, o polo elevado da dimensão retrata uma ativação afetiva, e, inversamente, o polo baixo da dimensão retrata a ausência afetiva (Watson & Tellegen, 1985).

Segundo Watson et al. (1999), as dimensões AP e AN englobam ambos estados de valência positiva e negativa dependendo da dimensão e do polo. Ou seja, uma AP alta tem uma valência positiva e uma AP baixa apresenta uma valência negativa, e, por sua vez, uma AN alta detém uma valência negativa e uma AN baixa uma valência positiva, cada uma das dimensões possui afetos quer agradáveis, quer desagradáveis. Ao surgirem dúvidas acerca dos termos AP e AN serem os mais precisos para as dimensões e críticas de que os mesmos representavam incorretamente a valência das mesmas, os autores explicitaram como as dimensões são unipolares, mas são os seus polos altos que de facto as definem, assim, é a ativação emocional que representa cada dimensão, uma

vez que os polos baixos, a ausência emocional não reflete a presença de AP ou AN, mas sim a falta dos mesmos. Deste modo, os autores alteraram os termos AP e AN para ativação positiva e ativação negativa, respetivamente, para que os termos representassem melhor as dimensões do afeto.

1.2.1.1. Afetos e Idade. Existe uma ideia de que as idades avançadas da adultez são uma fase da vida marcada por sentimentos negativos e pelo sofrimento emocional, de que, devido a aspetos inerentes ao processo de envelhecimento (diminuição dos ganhos vs. aumento das perdas), estão presentes nesta etapa mais AN do que AP (Pinquart, 2001). Existe uma outra perspetiva, que retrata como tanto os AP como os AN diminuem nos adultos mais velhos devido a questões como o controlo de emoções, a autorrevelação e a exposição a acontecimentos de vida (Pinquart, 2001).

A investigação tem demonstrado como existe uma estabilidade dos afetos em adultos mais velhos (Márquez-González et al., 2008), mais concretamente uma estabilidade da estrutura de dois fatores dos afetos nesta população (Buz et al., 2015; Nolla et al., 2014; Ready et al., 2011). Com a idade, os AP evidenciam aumentos, e, contrariamente, podem ser observados decréscimos nos AN (Flores-Kanter et al., 2021). Podemos considerar três fatores para tal, a exposição a acontecimentos de vida, mais especificamente a situações que provocam AN, é menor em adultos mais velhos, estes tendem a reavaliar ocorrências causadoras de AN de um modo positivo e após o fim de situações que despoletam AN estes voltam afetivamente ao normal, assim é possível a compreensão dos baixos níveis desta dimensão do afeto nestes indivíduos (Buz et al., 2015).

Ademais, nestas idades também se pode analisar um aumento de afetos de baixa ativação e uma diminuição de afetos de alta ativação (Pinquart, 2001). Os AN tendem, portanto, a diminuir com a idade, no entanto, em idades avançadas pode ser examinado um panorama distinto (Ready et al., 2011). Tal como mencionado acima, a par do processo de envelhecimento em adultos mais velhos, vão surgindo com o aumento da idade algumas questões que podem impactar o bem-estar subjetivo e os afetos, como por exemplo uma pior saúde funcional, e a outros aspetos comuns às pessoas nestas idades, como é o caso de uma menor escolaridade e da perda de parceiros, de outras relações interpessoais e de papéis (Isaacowitz & Smith, 2003; Pinquart, 2001), devendo-se por esta razão atentar ao impacto que estes fatores podem ter na experiência emocional do indivíduo.

No estudo de Isaacowitz e Smith (2003), na Alemanha, com participantes com idades entre os 70 e os 105 anos ($N = 516$), os autores encontraram na sua amostra evidências de um decréscimo dos AP e não encontraram alterações a respeito dos AN.

1.2.1.2. Afetos, Género e Habilitações Literárias. A respeito do género podem ser observadas diferenças estatisticamente significativas nos AN, com as mulheres a apresentarem níveis de AN mais altos do que os homens, resultados que podem ser observados nos seguintes estudos: Buz et al. (2015), em Espanha, com participantes com idades entre os 60 e os 98 anos ($N = 585$); Crawford e Henry (2004), no Reino Unido, com participantes com idades entre os 18 e os 91 anos ($N = 1,003$); Isaacowitz e Smith (2003), cujas especificações se encontram no ponto anterior; Nolla et al. (2014), em Espanha, com participantes com idades entre os 65 e os 91 anos ($N = 436$); e, Smith et al. (1999), na Alemanha, com participantes com idades entre os 70 e os 105 anos ($N = 516$).

Quanto aos AP, no estudo de Buz et al. (2015) não foram encontradas diferenças significativas no género, no entanto, Crawford e Henry (2004) e Mroczek e Kolarz, (1998), estes últimos nos Estados Unidos, com participantes com idades entre os 25 e os 74 anos ($N = 2,727$), obtiveram resultados mais altos para os homens e mais baixos para as mulheres nesta dimensão.

Apesar de hoje em dia, nos países ocidentais, poder ser examinada no geral, através de estudos, uma equidade no que respeita à educação entre géneros, antigamente tal não ocorria, sendo clara a posição desvantajosa das mulheres quanto a uma maior escolaridade (Van Hek et al., 2016).

Os antecedentes educacionais dos adultos mais velhos podem influenciar o bem-estar dos mesmos (Von Humboldt et al., 2017), estando estes não só relacionados com o bem-estar, BES e satisfação com a vida, como também, com a saúde e o envelhecimento bem-sucedido (Meeks & Murrell, 2001). A investigação demonstra uma associação significativa positiva entre a educação e os AP, mais especificamente os estudos de Crawford e Henry (2004) e de Gagliardi et al. (2010), estes últimos na Alemanha ($N = 1,518$) e em Itália ($N = 600$), com participantes com idades desde os 55 anos até idades superiores a 75 anos.

1.2.1.3. Afetos, Estado Civil e Coabitação. Dada a importância para o bem-estar da existência de relações interpessoais calorosas, de confiança e apoio (Ryan & Deci, 2001), é importante analisarmos a relação entre as dimensões do afeto e o estado-civil.

Pessoas casadas apresentam níveis mais altos de AP do que pessoas que não estão casadas (Mroczek & Kolarz, 1998).

No estado-civil revela-se oportuno distinguir o género, uma vez que os resultados são distintos (Isaacowitz & Smith, 2003), existindo uma relação entre o estado-civil em homens e os AN, com os homens não casados (de qualquer idade) a reportarem elevados níveis de AN, comparativamente a homens casados (todas as idades excetuando indivíduos de idades mais jovens) que apresentavam níveis de AN bastante inferiores (Isaacowitz & Smith, 2003; Mroczek & Kolarz, 1998).

Para além do estado civil, uma outra variável sociodemográfica que se relaciona com as relações sociais é a coabitação. Coabitar e o não isolamento social são determinantes de um envelhecimento saudável, da saúde e do bem-estar dos adultos mais velhos (Chan et al., 2020; OMS, n.d.). Alguns autores apontam para evidências de que adultos mais velhos que não coabitam apresentam mais sintomas depressivos do que aqueles que vivem com o parceiro ou outra companhia, estando estas pessoas em risco de sofrerem de um maior isolamento social e um menor apoio emocional e instrumental (Bae, 2020; Stahl et al., 2016). Segundo Watson, Clark e Carey (1988), os estados depressivos possuem níveis de AP baixos e níveis de AN altos.

1.3. Saúde Funcional

Os idosos experienciam várias mudanças no que toca ao seu funcionamento cognitivo, físico e sensorial, alterações estas que acabam por afetar o seu quotidiano, daí a importância de se examinar a ligação que a saúde e a capacidade funcional em idades avançadas têm com o bem-estar subjetivo (Smith et al., 2002).

A saúde pode ser definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 2021, p.3). Segundo a OMS (2021), a saúde é um direito humano fundamental e um recurso para a vida quotidiana, sendo que existem determinantes da saúde (fatores pessoais, sociais, ambientais e económicos que influenciam a saúde) que não são modificáveis (e.g., idade e genética), enquanto que outros podem ser (e.g., acesso a recursos e educação). É comum com o envelhecimento surgirem perdas físicas, mentais e sensoriais, tal como desenvolverem-se doenças, lesões, fatores de risco fisiológico e outras síndromes geriátricas, sendo possível a presença de várias destas problemáticas (OMS, 2015, 2022).

A saúde subjetiva consiste numa avaliação, realizada pelo próprio, a respeito da sua saúde (Viiljanen et al., 2021). Esta forma de avaliação é muito utilizada na investigação no âmbito da saúde, especialmente, em estudos com adultos mais velhos (Baron-Epel & Kaplan, 2001), uma vez que permitem aceder a dimensões a que as avaliações objetivas não conseguem (Joe & Subramanian, 2017). Para além de ser possível obter informações não só objetivas como subjetivas, a saúde subjetiva consiste numa autoavaliação da saúde no geral, quer da saúde presente como passada, sendo que, as referências fornecidas para resposta costumam ser uma de duas, ou se pede ao indivíduo que dê respostas em comparação a si mesmo no passado, ou, em comparação a outras pessoas da mesma idade (Baron-Epel & Kaplan, 2001). A saúde subjetiva encontra-se relacionada com a saúde física e mental, com o estatuto funcional, com questões psicossociais e socioeconómicas e com outros aspetos internos e externos da vida do indivíduo (Araújo et al., 2018), dadas as dimensões da saúde (e não só) associadas ao envelhecimento, pode analisar-se as vantagens de se utilizar uma avaliação subjetiva relativamente à saúde.

A definição de saúde, à medida que o indivíduo vai envelhecendo, vai ampliando-se a outras áreas que se demonstram relevantes neste período de vida do ser humano (Duffy & MacDonald, 1990), sendo um dos focos os aspetos funcionais da saúde (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999). Segundo a OPAS (2022), o envelhecimento saudável consiste no processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, permitindo desta forma a presença de bem-estar em adultos mais velhos, existindo para tal três dimensões: a capacidade funcional, a capacidade intrínseca (engloba todas as capacidades físicas e mentais da pessoa) e os ambientes (o contexto em que se encontra inserido e a forma como interage com o mesmo).

A capacidade funcional remete para a capacidade de o indivíduo executar, de forma independente e autónoma, atividades do quotidiano no seu contexto (Oliveira et al., 2019), incluindo a capacidade de este satisfazer as suas necessidades básicas, de ter mobilidade, de aprender, desenvolver e tomar decisões, de construir e manter relações interpessoais e de contribuir para a sociedade (OPAS, 2022). Contrariamente, a incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de auxílio para a realização destas mesmas atividades (Barbosa et al., 2014). Estes aspetos constituem assim aquilo que é a saúde funcional, sendo que, as questões de saúde associadas aos adultos mais velhos podem impactar a sua funcionalidade (OMS, 2015), e, por sua vez,

a perda de funcionalidade afeta o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos, causando vulnerabilidade e dependência (Oliveira et al., 2019).

Em Portugal, pode ser observado um aumento da incapacidade à medida que a pessoa vai envelhecendo, havendo 19.2% de pessoas com 65 anos ou mais por cada criança dos 5 aos 19 anos (ambas em situação de incapacidade). A capacidade de andar/subir degraus, ouvir e ver piora principalmente a partir dos 70-74 anos, enquanto que, para a capacidade de realizar cuidados pessoais, comunicar e memória/concentração tal pode ser analisado a partir dos 75-79 anos (INE, 2023a).

1.3.1. Capacidade Funcional

A capacidade funcional pode ser avaliada segundo duas dimensões, as atividades de vida diária básicas, entre as quais, comer, transferir (deitar-se e levantar-se da cama), tomar banho, caminhar, etc., e, as atividades de vida diária instrumentais, como por exemplo a utilização de meios de transporte e a realização de compras (Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1999). Um exemplo de instrumento utilizado para avaliar as atividades de vida diária básicas é o *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)* desenvolvido por Katz et al. (1963), muito utilizado em adultos mais velhos, que procura avaliar o estatuto funcional do indivíduo através da sua capacidade de realizar atividades de vida diária de forma independente acedendo a seis funções: tomar banho, utilizar a casa de banho, continência, transferir, comer e vestir (Wallace & Shelkey, 2007).

Um outro exemplo de instrumento, também muito utilizado com pessoas de idades avançadas, mas no caso que pretende avaliar as atividades de vida diária instrumentais, é o *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale* elaborado por Lawton e Brody (1969), que acede às capacidades de vida independente consideradas mais complexas que as atividades de vida diária básicas que constam na escala anteriormente referida, englobando as seguintes oito dimensões: utilização de meios de transporte, preparação de comida, realização de compras, capacidade de utilizar o telefone, manutenção do lar, tratar da roupa, gestão das finanças e da medicação (Graf, 2008).

Estes dois instrumentos são normalmente utilizados sob a forma de heteroavaliação, ou seja, o preenchimento dos mesmos costuma ser realizado, por exemplo, através da observação de técnicos. Em contraste, os autores Baltes et al. (1999) elaboraram um

modelo que avalia estes temas de uma forma subjetiva, isto é, acede às impressões da própria pessoa e não de terceiros.

A capacidade funcional é essencial para a independência e autonomia em adultos mais velhos, neste sentido, e visto a relação que existe entre a capacidade funcional e as atividades de vida diária, é importante considerarmos o termo competência diária. Baltes et al. (1999) consideram que existe competência diária quando o indivíduo consegue lidar eficazmente com a sua vida diária e com os vários desafios com que se pode deparar ao longo da mesma. Os autores elaboraram um modelo de dois elementos, o nível de competência básica e o nível de competência expandida, que juntos formam a competência diária e possibilitam uma vida satisfatória e autónoma. O nível de competência básica consiste em atividades básicas de manutenção da vida diária, algo normativo e necessário para a mesma, relacionados com fatores biológicos de saúde, mas sem grande ligação a fatores psicossociais e socioculturais. O nível de competência expandida inclui atividades instrumentais de vida diária e outras atividades sociais e de entretenimento, algo específico a cada indivíduo (capacidades, motivações e preferências próprias), muito relacionado a fatores psicossociais. Enquanto o primeiro elemento contribui para a longevidade, o segundo contribui para a qualidade de vida.

1.3.1.1. Funcionalidade e Idade. O declínio da capacidade funcional é associado ao processo de envelhecimento (Rodríguez López et al., 2014), face à dependência e vulnerabilidade que a incapacidade funcional causa e ao aumento do número de pessoas mais velhas (quer em Portugal, como no resto do mundo), é fundamental recorrer-se à avaliação da saúde/capacidade funcional de forma a poderem ser elaboradas intervenções que preservem a independência e o bem-estar das pessoas em idades avançadas (Oliveira et al., 2019). Deste modo, são tidas em consideração várias áreas da vida dos adultos mais velhos, tanto a sua saúde física e mental, como outras questões sociodemográficas, ambientais e culturais, etc. (Aires et al., 2010; Freitas et al., 2012). A capacidade funcional na realização de atividades de vida diária básicas e instrumentais deteriora-se nos adultos mais velhos, o que contribui para a sua dependência (Oliveira et al., 2019), sendo que algumas investigações obtiveram resultados piores para as atividades de vida diária instrumentais, significando que os indivíduos apresentam mais dependência nas mesmas (Gavasso & Beltrame, 2017), e, quantas mais doenças estiverem presentes, mais dependência vai o indivíduo apresentar na realização de atividades de vida diária mais complexas (Wróblewska et al., 2023).

Vários estudos encontraram evidências no que respeita à relação entre a idade e a capacidade funcional, podendo ser observado um maior comprometimento da funcionalidade com o avançar da idade. Freitas et al. (2012), com participantes com idades entre os 60 e os 105 anos ($N = 316$) e Matos et al. (2018), com participantes com idades desde os 60 anos até idades superiores a 80 anos ($N = 202$), ambos os estudos no Brasil, obtiveram resultados de que a partir dos 80 anos ocorre uma redução da capacidade funcional, enquanto que Aires et al. (2010), também no Brasil, com participantes com idades acima dos 80 anos ($N = 155$), examinaram que as pessoas a partir dos 85 anos apresentavam mais dependência funcional do que aqueles que tinham entre 80 e 84 anos. Por sua vez, Oliveira et al. (2019), em Portugal, com participantes com idades entre os 65 e os 98 anos ($N = 115$), dividiram a sua amostra por faixas etárias, dos 65 aos 74 anos, dos 75 aos 84 anos e dos 85 anos para cima, obtendo resultados de que com o aumento da idade existem diferenças significativas na capacidade funcional, havendo um maior declínio funcional com o avançar das idades.

1.3.1.2. Funcionalidade, Género e Habilitações Literárias. No género, não existe um consenso, alguns estudos não encontraram diferenças estatisticamente significativas (Oliveira et al., 2019), outros obtiveram resultados de que as mulheres apresentam níveis mais baixos de funcionalidade, por exemplo Barbosa et al. (2014), no Brasil, com participantes com idades entre os 60 e 103 anos ($N = 286$) e Rodríguez López et al. (2014), em Espanha, com participantes com idades acima dos 65 anos ($N = 699$) e outros examinaram tal ocorrência no caso dos homens, o caso de Lee (2000), nos Estados Unidos, com participantes com idades acima dos 70 anos ($N = 7,527$).

Tal como mencionado acima, o género feminino, há alguns anos atrás (em sociedades ocidentais), possuía uma desvantagem relativamente às habilitações literárias em comparação com o género masculino (Van Hek et al., 2016), e, tal como nos afetos, também a saúde funcional é impactada pelas mesmas. Na educação, no estudo de Wróblewska et al. (2023), na Polónia, com participantes com idades entre os 60 e os 90 anos ($N = 312$), adultos mais velhos com mais habilitações literárias apresentaram mais independência funcional do que aqueles com menos.

1.3.1.3. Funcionalidade, Estado Civil e Coabitação. No estado civil parece haver um consenso na literatura, as pessoas casadas ou em união de facto, ou seja, com parceiro, apresentaram níveis mais altos de funcionalidade em comparação com quem não possui parceiro (Barbosa et al., 2014; Matos et al., 2018; Wróblewska et al., 2023).

Contrariamente, na coabitação não parece existir um consenso entre os autores. Para que os adultos mais velhos consigam viver sozinhos de uma forma em que são independentes e autónomos, capazes de cuidar de si mesmos e de realizar as várias tarefas que estão presentes no seu quotidiano, estes necessitam de ter uma capacidade funcional adequada para tal (Yi & Park, 2022). Por um lado, vários estudos apontam para uma relação entre a não coabitação e o isolamento social e o declínio funcional, concordando que adultos mais velhos que vivem sozinhos estão em risco de enfrentar limitações funcionais e dificuldades em desenvolver atividades de vida diária (Chan et al., 2020; Matos et al., 2018; OMS, 2015; Silva et al., 2018). Por outro lado, não coabitar também já foi visto como um fator de proteção e um indicador de saúde em idades avançadas, Hébert et al. (1999) no seu estudo encontraram evidências de que pessoas que não coabitam são mais independentes, havendo um menor risco de declínio funcional. O resultado obtido por estes autores pode significar que enquanto as pessoas ainda possuem a sua capacidade funcional intacta conseguem manter de forma autónoma a sua vida, e, quando começam a aumentar as limitações funcionais, estes procuram companhia ou outras formas de habitação.

1.3.1.4. Funcionalidade e Afetos. Uma vez que o processo de envelhecimento é marcado por várias perdas, entre as quais a perda da funcionalidade, coloca-se a questão de se os adultos mais velhos serão um grupo de risco para o declínio do bem-estar subjetivo (Kunzmann et al., 2000).

A funcionalidade é um fator determinante do bem-estar subjetivo em adultos mais velhos, existindo uma associação entre a falta de funcionalidade e um menor bem-estar subjetivo (Román et al., 2017). Assim é possível observar que as perdas associadas ao processo de envelhecimento afetam o bem-estar, ou seja, o declínio funcional coloca em risco o bem-estar subjetivo do indivíduo.

No estudo de Kunzmann et al. (2000), na Alemanha, com participantes com idades entre os 70 e 103 anos ($N = 516$), a saúde funcional estava significativamente associada aos AP, mais problemas na funcionalidade indicavam níveis mais baixos de AP, quer fosse controlado o efeito da idade ou não, enquanto que problemas na funcionalidade estavam significativamente associados aos AN, apenas quando controlado o efeito da idade, mais problemas na funcionalidade indicavam níveis mais altos de AN.

2. Formulação do Problema de Investigação

A funcionalidade é uma dimensão importante do envelhecimento saudável (OPAS, 2022) e do envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1997), estando desta forma também ela associada ao bem-estar do indivíduo (Oliveira et al., 2019).

Segundo a literatura, as variáveis sociodemográficas relacionam-se tanto com os afetos, como com a saúde funcional. No que respeita aos afetos: (1) com a idade ocorre uma experiência de mais AP e menos AN (Flores-Kanter et al., 2021), sendo importante analisar o impacto que questões relacionadas com o processo de envelhecimento têm na experiência emocional dos adultos mais velhos (Isaacowitz & Smith, 2003; Pinguart, 2001); (2) no género, as mulheres demonstram níveis mais altos de AN do que os homens (Buz et al., 2015; Crawford & Henry, 2004; Flores-Kanter et al., 2021; Isaacowitz & Smith, 2003; Nolla et al., 2014; Smith et al., 1999) e nos AP existem estudos em que não há diferenças no género (Buz et al., 2015) e outros em que os homens possuem níveis mais altos que as mulheres (Crawford & Henry, 2004; Mroczek & Kolarz, 1998); (3) nas habilitações literárias níveis mais altos de AP estão associados a pessoas com mais anos de escolaridade (Crawford & Henry, 2004; Gagliardi et al., 2010); (4) no estado civil casados apresentam níveis mais altos de AP do que não casados (Mroczek & Kolarz, 1998); (5) e, na coabitação, viver sozinho é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Bae, 2020; Stahl et al., 2016) estes caracterizados por níveis baixos e altos de AP e AN respetivamente (Watson, Clark & Carey, 1988).

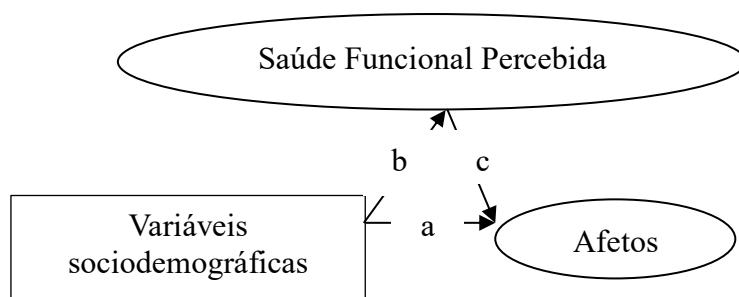
No que respeita à saúde funcional: (1) existe uma associação entre o envelhecimento e níveis mais baixos de funcionalidade (Rodríguez López et al., 2014), observando-se uma diferença entre as diferentes fases da vida adulta, onde em idades avançadas são visíveis níveis mais baixos de funcionalidade (Aires et al., 2010; Freitas et al., 2012; Matos et al., 2018; Oliveira et al., 2019); (2) no género existem estudos que não encontram diferenças (Oliveira et al., 2019), noutros as mulheres apresentam níveis mais baixos de funcionalidade (Barbosa et al., 2014; Rodríguez López et al., 2014) e existem aqueles em que isso se pode examinar nos homens (Lee, 2000); (3) nas habilitações literárias podem ser observados níveis mais altos de funcionalidade em indivíduos com mais anos de escolaridade do que em pessoas com menos educação (Wróblewska et al., 2023); (4) no estado civil casados evidenciam níveis mais altos de funcionalidade do que não casados (Barbosa et al., 2014; Matos et al., 2018;

Wróblewska et al., 2023); (5) e, na coabitação alguns autores retratam como viver só é um fator de risco (Chan et al., 2020; Matos et al., 2018; OMS, 2015; Silva et al., 2018), outros que é um fator de proteção (Hébert et al., 1999) para o declínio funcional.

Por sua vez na relação entre a saúde funcional e os afetos, mais problemas ao nível da funcionalidade remetem para níveis mais baixos de AP e mais altos de AN (Kunzmann et al., 2000). Sendo assim expectável, que neste estudo se encontrem relações entre os preditores, o mediador e os critérios. Posto isto, o objetivo deste estudo é testar um modelo de mediação da saúde funcional percebida na relação entre a idade, o género, as habilitações literárias, o estado civil/coabitação e os afetos em adultos mais velhos (Figura 1).

Figura 1

Diagrama Conceptual da Mediação da Saúde Funcional Percebida no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos Mais Velhos



Nota. Variáveis sociodemográficas = idade, género, habilitações literárias e estado civil/coabitação; a= efeito direto; b x c =efeito indireto.

É também pretendido neste estudo testar quatro modelos alternativos de mediação, operacionalizando de formas diferentes as variáveis estado civil e coabitação de forma a examinar qual era a mais adequada para o conjunto das outras variáveis no modelo. Quanto à variável estado civil, existem autores que a operacionalizam em quatro níveis, isto é, solteiro(a), casado(a), divorciado(a) e viúvo(a) (e.g., Barbosa et al., 2014; Wróblewska et al., 2023) e outros que o fazem em dois níveis, casado(a) e não casado(a), ou seja, com parceiro e sem parceiro (Bae, 2020; Isaacowitz & Smith, 2003). Em relação à variável coabitação os autores operacionalizam-na em dois níveis, vive só e não vive só (Chan et al., 2020; Stahl et al., 2016). Contudo, é importante, para além

destes dois níveis, distinguir pessoas que se encontram em situações semelhantes, mas não iguais a esta, uma vez que nem todos os adultos mais velhos casados vivem acompanhados ou aqueles que se encontram sem parceiro vivem sozinhos. Estes casos podem ser retratados como, por exemplo, casado(a)/com parceiro, mas vive só, e sem parceiro, mas vive acompanhado. Há também autores que trabalharam com o estado civil e a coabitação em simultâneo (Hajek et al., 2017; Weyerer et al., 2013).

3. Método

3.1. Participantes

A amostra foi constituída por 304 adultos mais velhos, com idades entre os 65 e os 92 anos (Mdn = 73) controlados para compromisso cognitivo (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009) e depressão (Sheikh & Yesavage, 1986; Encarnação, 2022), voluntários, comunitários e residentes em meio urbano. Na Tabela 1 apresentam-se os resultados relativos às características dos participantes do estudo. Podemos observar que na idade e no género a amostra encontrava-se relativamente equilibrada, sendo a maioria dos participantes casados/em união de facto, com o 1º ciclo de escolaridade, a viverem acompanhados e católicos não praticantes.

Tabela 1

Caraterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Idade	65-74 anos	177	58.2
	75 ou mais anos	127	41.8
Género	Feminino	154	50.7
	Masculino	150	49.3
Habilitações Literárias	Analfabetos	21	6.9
	1º Ciclo	206	67.8
	2º e 3º Ciclo	35	11.5
	Secundário	20	6.6
	Ensino Superior	22	7.2
Estado Civil 1	Solteiro	12	3.9
	Viúvo	86	28.3
	Casado/União de facto	182	59.9
	Divorciado/Separado	24	7.9

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Estado Civil 2	Outros	122	40.1
	Casado(a)/união de facto	182	59.9
Coabitação 1	Não	71	23.4
	Sim	233	76.6
Coabitação 2	Não	71	23.4
	Sim	182	59.9
	Sem parceiro(a) mas com companhia	51	16.8
Religião	Ateu/Agnóstico	26	8.6
	Não praticante	170	55.9
	Praticante	108	35.5

3.2. Materiais

3.2.1. *Questionário Sociodemográfico*

Procedeu-se à elaboração de um conjunto de questões sociodemográficas de modo a descrever as características da amostra e a operacionalizar as variáveis preditoras dos modelos (viz., idade, género, habilitações literárias, estado civil e coabitação). No questionário incluem-se informações demográficas e clínicas dos participantes. Estas últimas referentes à toma de medicação para a depressão e para a ansiedade que serve como critério *a priori* de exclusão de participantes.

Foram realizadas no questionário as seguintes notações: para a idade, 1 = 65-74 anos e 2 = 75 anos ou mais; para o género, 1 = feminino e 2 = masculino; para as habilitações literárias, 1 = 1º ciclo ou menos e 2 = 2º ciclo ou mais, em virtude das proporções dos níveis desta variável (Tabela 1). Para a circunstância de vida foram consideradas duas variáveis: o estado civil, 1 = solteiro(a), 2 = viúvo(a), 3 = casado(a)/junto(a) e 4 = divorciado(a)/separado(a); e a coabitação, 1 = não e 2 = sim.

3.2.2. *Mini Mental State Examination (MMSE)*

O *MMSE* (Folstein et al., 1975) é um instrumento de rastreio utilizado para avaliar as funções cognitivas (Morgado et al., 2009), validado e extensivamente usado, de rápida aplicação (5-10 minutos) e eficaz nesta população (Kurlowicz & Wallace, 1999). O instrumento possui 30 itens dicotómicos (certo/errado), sendo obtido um ponto por cada resposta correta, que acedem a seis áreas da função cognitiva, estas a orientação, a

retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva (Kurlowicz & Wallace, 1999).

Na versão portuguesa do instrumento (Morgado et al., 2009) a divisão realizada a respeito dos pontos de corte, teve por base o nível de literacia dos respondentes, sendo os valores que sugerem a presença de compromisso cognitivo os seguintes, num indivíduo com sete ou mais anos de escolaridade uma pontuação abaixo de 27, num indivíduo que tem entre três a seis anos de escolaridade uma pontuação inferior a 24 e num indivíduo que tem entre zero a dois anos de escolaridade uma pontuação menor que 22.

3.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)

Foi utilizada a EDG-15 (Diniz, 2007), uma versão em português da *Geriatric Depression Scale: Short Form (GDS-15)*: Sheikh & Yesavage, 1986). A Escala de Depressão Geriátrica foi um instrumento elaborado especificamente para o rastreio da depressão nesta população, tendo em conta características únicas e aspetos sensíveis deste grupo de indivíduos (Sheikh & Yesavage, 1986), como por exemplo o facto de itens que remetiam para aspetos somáticos que também revelam ser comuns em adultos mais velhos não depressivos terem sido eliminados do instrumento (Brown et al., 2007). O padrão de resposta é de sim/não, o que torna a tarefa mais simples para esta população (Sheikh & Yesavage, 1986).

O desenvolvimento da versão reduzida consistiu na seleção dos 15 itens dos 30 da escala original (Yesavage et al., 1983) que apresentavam a correlação mais alta com sintomas depressivos. Sendo que 10 dos itens, se respondidos na forma positiva, são indicadores de depressão, enquanto que no caso dos restantes (itens 1, 5, 7, 11, 13) tal verifica-se se respondidos na forma negativa (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes dois conjuntos de itens configuraram no estudo de Brown et al. (2007) um modelo bidimensional oblíquo com os fatores Satisfação com a Vida (SV; itens positivos) e Afeto Depressivo Geral (ADG; itens negativos). A versão reduzida do instrumento evidencia várias vantagens, entre as quais a facilidade e rapidez de administração, vantagens estas especialmente úteis em respondentes que apresentem doença física ou quadros demenciais que poderão sentir-se fatigados ou desconcentrar-se com mais rapidez (Sheikh & Yesavage, 1986).

No estudo de Encarnação (2022) com o modelo de Brown et al. (2007) e com uma amostra de grande dimensão ($N = 1,432$), comunitária, sem compromisso cognitivo e

sem diagnóstico de depressão, foi demonstrado, através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), como cinco itens da escala (2, 6, 9, 10, 15) não representavam bem o fator ADG. Após a exclusão destes cinco itens, o modelo bifatorial oblíquo demonstrou uma boa variância média extraída (VME, validade convergente), uma excelente fiabilidade compósita (FC), verificando-se também a existência de validade discriminante (VD) entre fatores. Também foi testado um modelo hierárquico simultaneamente uni e bifatorial, ao qual foi acrescentado o fator de segunda ordem Depressão (o qual subsumiu o ADG e o SV), que permitiu apresentar dados normativos com o somatório dos restantes 10 itens (pontos de corte referidos ao percentil 95 para indicação de eventual depressão): cinco pontos para indivíduos entre os 65 e os 79 anos que possuem parceiro(a), sete pontos para indivíduos com idade igual ou superior a 80 que possuem parceiro(a), e, oito pontos para indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos que não possuem parceiro(a).

3.2.4. Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)

Foi utilizada a EAPN (Diniz & Amado, 2005), uma versão portuguesa derivada da PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988). A prova possui uma estrutura de dois fatores, os Afetos Positivos (AP) e os Afetos Negativos (AN), cada um com 10 itens. O fator AP reflete a medida em que alguém se sente, por exemplo, entusiasmado, ativo e atento, enquanto que, por sua vez, o fator AN reflete a medida em que alguém se sente, por exemplo, angustiado, irritável e envergonhado (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Pedese ao participante que responda a cada item como se tem sentido geralmente, sendo a resposta feita através de uma escala de frequência de 5 pontos: 1 = Muito pouco ou nada; 2 = Um pouco; 3 = Assim, Assim; 4 = Bastante; 5 = MUITÍSSIMO. Na presente investigação a instrução utilizada para a resposta dos participantes corresponde a “como se sente normalmente” e não a “como se sente no momento presente”, uma vez que não procuramos aceder a estados de humor, mas sim, a estados afetivos.

Através do estudo piloto da EAPN foi possível observar como os entrevistados entendiam o adjetivo “orgulhoso” como algo negativo e não positivo (devido a conotação religiosa), revelando-se necessário na administração complementar sempre o mesmo com a explicação de ser “no sentido de brioso e não de arrogante” (Diniz & Amado, 2014).

Foi realizado um estudo de validação (Diniz, 2022a) com 327 adultos mais velhos comunitários de ambos os géneros (leque etário = 65-97 anos), sem compromisso

cognitivo (*MMSE*) e sem diagnóstico de depressão (*EDG-15*) e com a instrução “como se sente normalmente”. Através da AFC foi possível analisar como ambos os fatores demonstravam uma validade convergente (*VC*) aceitável, uma boa *VD* e uma *FC* adequada para a comparação entre grupos (Fornell & Larcker, 1981; Nunally & Bernstein, 1994).

3.2.5. Questionário de Competência Motora Básica Percebida (*QCMBP*)

Utilizou-se o *QCMBP* (Diniz, 2022b) um questionário elaborado com o intuito de aceder à avaliação subjetiva que os adultos mais velhos possuem a respeito das suas competências para realizarem tarefas básicas do dia-a-dia. Este instrumento foi construído após a junção de forma sequencial dos seis itens pertencentes ao Questionário de Capacidade Motora Percebida (Pimentel & Diniz, 2011) e dos seis itens pertencentes ao Questionário de Competência Funcional Percebida (Diniz, 2012), totalizando assim 12 itens, alguns dos quais em seguida exemplificados: “2. Equilíbrio quando se baixa para apanhar coisas do chão?”; “3. Locomoção (e.g., caminhar, subir/descer degraus)?”; “5. Equilíbrio quando está parado(a)?”; “8. Facilidade em caminhar fora de casa?”; “9. Facilidade em transferir-se de uma posição para outra (e.g., deitar-se ou levantar-se da cama, levantar-se de uma cadeira e sentar-se noutra)?”; e, “10. Facilidade em vestir-se?”. Os itens têm uma escala de resposta com 7 pontos: 0 = Péssima (Muitíssimo má); 1 = Muito má; 2 = Má; 3 = Nem boa nem má (Mais ou menos); 4 = Boa; 5 = Muito boa; 6 = Perfeita (Muitíssimo boa).

No estudo de Freitas (2013) com 176 adultos mais velhos voluntários e comunitários, rastreados para compromisso cognitivo (*MMSE*) e depressão (*EDG-15*) (leque etário = 65-92 anos; *Mdn* = 72), através do teste de um modelo oblíquo, foi encontrada uma elevadíssima correlação entre o fator *CMP* (capacidade motora percebida) e o fator *CFP* (competência funcional percebida), o que levou à fusão de ambos num só fator, tendo o modelo unifatorial demonstrado um ajustamento aceitável, uma excelente *FC* e uma boa *VC*.

3.3. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra da presente dissertação, resultou da junção de um ficheiro de dados previamente construído e da recolha de dados por parte da autora deste estudo. O ficheiro de dados já existente foi elaborado no âmbito da unidade curricular Seminário de Dissertação de Mestrado das Áreas de Psicologia da Educação e de Psicologia Clínica da Universidade de Évora, contando este com 271 participantes. Tendo em

consideração os dados normativos apresentados por Encarnação (2022) a respeito da EDG-15, foi necessário proceder à examinação do ficheiro, tendo sido excluídos 22 participantes do ficheiro pré-existente por não se encontrarem dentro dos parâmetros estabelecidos para o rastreio de depressão. Posteriormente foram recolhidos os dados de mais 88 participantes pela autora que elaborou a presente dissertação, tendo sido excluídos 10 participantes devido ao rastreio efetuado para a depressão com a EDG-15, e, 23 participantes por tomarem medicação para a depressão. Caso o ponto de corte estabelecido para a depressão tivesse sido 75 anos em vez de 80 anos, sete pessoas de 32 não teriam sido excluídas, no entanto, esse número comparativamente com todos os participantes excluídos devido ao rastreio com a EDG-15 é residual.

Para obtenção da amostra recorreu-se a técnicas de amostragem não-probabilísticas, entre as quais as de conveniência, via informadores privilegiados e tipo bola de neve, tendo as recolhas de dados ocorrido em diversos locais, em casa do entrevistado, jardins, cafés, associações, Universidade Sénior e na rua.

As provas foram heteroadministradas, ou seja, a recolha dos dados ocorreu sob a forma de entrevista de forma a que fossem atendidas as características e necessidades específicas desta população e a que se tivessem em conta questões instrumentais e ético-deontológicas (Diniz & Amado, 2014). Foi explicado a cada participante o objetivo do estudo, sendo assegurada a confidencialidade através do consentimento informado. Neste processo de recolha de dados também foram evitadas as épocas de festividades (e.g., aniversários, páscoa, natal e final de ano), tal como períodos próximos do falecimento de pessoas significativas (uma semana antes ou depois).

Nas 88 entrevistas após a assinatura do consentimento informado foi preenchido o questionário sociodemográfico, tendo sido dadas algumas informações no fim do mesmo, entre as quais, que caso durante a entrevista surgisse algo, o participante se tal desejasse, poderia falar a respeito da questão após o término da entrevista e das provas. De seguida, foi administrado o *MMSE* com os pontos de corte estabelecidos por Morgado et al. (2009) para a população portuguesa para rastreio do compromisso cognitivo. Depois, tomou lugar a aplicação da EDG-15, com recorrência aos dados normativos apresentados por Encarnação (2022) para rastreio de depressão, tendo a escala sido administrada integralmente, mas sendo somente utilizados para efeito de diagnóstico individual e de investigação os dez itens do estudo de aferição. Em último lugar foram administrados aleatoriamente participante-a-participante a EAPN e o

QCMBP, para minimizar problemas de validade interna da investigação (Alferes, 1997) e manter a linha das investigações anteriores.

3.4. Procedimento de Análise de Dados

Para testar a validade dos construtos e os modelos de mediação da saúde funcional percebida na relação entre a idade, o género, as habilitações literárias, o estado civil/coabitação e os afetos em adultos mais velhos, foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos.

Primeiramente foram introduzidos os dados recolhidos no programa *IBM SPSS Statistics for Windows (version 24.0)*, com o propósito de se proceder à descrição das características sociodemográficas da amostra. Para além das notações referidas acima na descrição do questionário sociodemográfico, também foram realizadas duas notações alternativas para as variáveis estado civil e coabitação. Para além da operacionalização em quatro níveis da variável estado civil, esta também foi dicotomizada, 1 = outros e 2 = casado(a)/união de facto. E, a variável coabitação foi adicionalmente operacionalizada em três níveis 1 = não, 2 = sim e 3 = sem parceiro(a) mas com companhia, de modo a diferenciar-se as pessoas nesta condição da restante amostra, não existindo na mesma casos em que algum participante estivesse casado ou em união de facto, mas vivesse sozinho.

Em segundo lugar elaborou-se uma análise preliminar no *PRELIS 2.80* (Jöreskog & Sörbom, 1996) para calcular as matrizes de covariâncias policóricas e as respetivas matrizes de covariâncias assintóticas dos dados observados (Jöreskog, 2005), e, depois, foi realizada a análise das mesmas através do *LISREL 8.80* (Jöreskog & Sörbom, 2006), utilizando-se a linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993). Recorreu-se ao método de estimação por máxima verosimilhança, com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994).

Em seguida, procedeu-se à AFC (Anderson & Gerbing, 1988) para examinar a validade estrutural dos modelos do QCMBP e da EAPN. Apresentaram-se os valores do $S-B\chi^2$ e dos graus de liberdade (gl) e realizou-se a análise da precisão preditiva interpolativa (PPI) de cada modelo (Forster, 2002), com os seguintes valores de referência para um bom ajustamento: *Root Mean Square Error of Approximation* (*RMSEA*) próximo ou inferior a .06, *Comparative Fit Index* (*CFI*) próximo ou superior a .95, e *Standardized Root Mean Square Residual* (*SRMR*) próximo ou inferior a .08 (Hu & Bentler, 1998).

Foram também tidos em consideração, para a análise fatorial dos modelos, os pesos fatoriais estandardizados (β), com valores desejáveis a partir de .50 e os respectivos coeficientes de determinação/comunalidades, isto é, a quantidade de variância do item capturada pelo fator (R^2), cujos valores de referência, para uma magnitude de efeito fraca foi $R^2 = .01$, para uma magnitude de efeito moderada foi $R^2 = .09$ e para uma magnitude de efeito elevada foi $R^2 = .25$, ademais, em relação às correlações entre fatores foram considerados os seguintes valores de referência para uma correlação fraca $R = .10$; para uma correlação moderada $R = .30$ e para uma correlação elevada $R = .50$ (Cohen, 1988). Para análise das propriedades psicométricas procedeu-se também ao cálculo da VC, FC e VD com os seguintes valores desejáveis: VC (através do cálculo da VME dos itens) igual ou superior a .50, FC (Fornell & Larcker, 1981) igual ou superior a .80 para comparação entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994), e, VD (considerada segundo a variância partilhada entre fatores) com um valor inferior à VME dos fatores (Fornell & Larcker, 1981).

Também foram testados quatro modelos alternativos para a variável estado civil/coabitação, de forma a examinar qual destes melhor operacionalizava a variável, sendo que aqui para além da análise da PPI e dos respectivos valores de referência para um bom ajustamento mencionados acima, também foi analisada a precisão preditiva extrapolativa (PPE) (Forster, 2002) sendo tido em consideração o *Expected Cross-Validation Index (ECVI)*, selecionando-se o modelo com o menor *ECVI* (Browne & Cudeck, 1993).

Para cada modelo alternativo foram testadas as suas relações diretas e indiretas entre os preditores, o mediador e os critérios. Para existir mediação é necessário que os efeitos diretos e indiretos sejam estatisticamente significativos, podendo existir dois tipos de mediação, a mediação completa, que ocorre quando o efeito direto não é significativo e o efeito indireto é, e, a mediação parcial, que toma lugar quando ambos, o efeito direto e indireto, são significativos (Iacobucci et al., 2007).

Os valores de p e dos d_s de Cohen foram calculados através da folha de cálculo de Lakens (<https://osf.io/vbdah>); os d_s a partir da fórmula para a amostra total $d_s \approx 2 \times t / \sqrt{N}$ (Lakens, 2013). Foram tidos em consideração os seguintes valores de referência para os d_s de Cohen (1988; .20 para uma magnitude de efeito fraca, .50 para uma magnitude de efeito moderada e .80 para uma magnitude de efeito elevada).

4. Resultados

4.1. Validade Estrutural do QCMBP

Inicialmente foi testado o modelo unifatorial do QCMBP com 12 itens (M1), podendo observar-se que, apesar de este ter apresentado um bom ajustamento para o *CFI* e o *SRMR*, o *RMSEA* apresentou um valor de ajustamento não aceitável (Tabela 2), contrariamente a estudos anteriores que com este modelo obtiveram no *RMSEA* um bom ajustamento (Raposo, 2013) e um ajustamento aceitável (Freitas, 2013; Santos, 2013). Foram então efetuadas alterações de forma a melhorar o ajustamento do modelo do QCMBP, podendo ser examinados na Tabela 2.

A respeito da estrutura fatorial, o modelo depois de modificado apresentou valores desejáveis para a VME e FC, tal como pode ser observado na Tabela 3. Em primeiro lugar foi excluído o item “Locomoção”, uma vez que este era aquele que pior representava o fator ($R^2 = .14$, magnitude de efeito moderada), não existindo o risco de o conteúdo do mesmo deixar de estar representado no modelo, dado que um outro item, “Caminhar”, tem um conteúdo muito semelhante e representava melhor o fator ($R^2 = .41$, magnitude de efeito elevada). Com a exclusão deste item o modelo ainda não apresentava um *RMSEA* com um valor aceitável (M2).

Tabela 2

Índices de Ajustamento do Questionário de Competência Motora Básica Percebida

Modelo	S-B χ^2 (gl)	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i> [IC 90%]	<i>SRMR</i>
M1	259.089(54)	.970	.112[.098; .126]	.084
M2	178.219(44)	.979	.100[.085; .116]	.063
M2a	148.681(42)	.983	.092[.076; .108]	.065
M3	114.671(34)	.986	.088[.071; .107]	.057

Nota. M1 = modelo com 12 itens; M2 = modelo com 11 itens; M2a = M2 mais duas covariâncias de erro entre os itens transferir - vestir e equilíbrio - equilíbrio parado; M3 = modelo com 10 itens mais uma covariância de erro entre os itens transferir - vestir.

S-B = Satorra-Bentler; *CFI* = comparative fit index; *RMSEA* = root mean square error of approximation; *SRMR* = standardized root mean square residual.

Em segundo lugar, foram adicionadas duas covariâncias de erro, tal como indicado pelos índices de modificação, entre os itens “Transferir – Vestir” e “Equilíbrio -

Equilíbrio Parado”. A covariância de erro entre os itens “Transferir – Vestir” pode ser justificada pelo facto de um dos exemplos dados aquando do primeiro item ser “Deitar-se ou levantar-se da cama” ação que, no quotidiano, é normalmente antecedida/sucedida pela ação representada no segundo item. Quanto à covariância de erro entre os itens “Equilíbrio - Equilíbrio Parado”, tal explica-se por ambos os itens pertencerem a uma categoria de conteúdo extremamente semelhante. Apesar de já não apresentar um ajustamento não aceitável, ainda podem ser observados valores muito altos para o *RMSEA* no modelo (M2a).

Tabela 3

Estrutura Fatorial do Questionário de Competência Motora Básica Percebida

Item	M1		M3	
	β	R^2	β	R^2
Mastigar	.52	.27	.53	.28
Equilíbrio	.60	.36	---	---
Locomoção	.37	.14	---	---
Motricidade Fina	.88	.77	.88	.77
Equilíbrio Parado	.88	.77	.87	.76
Força Mão	.79	.62	.78	.61
Banho	.82	.67	.82	.67
Caminhar	.64	.41	.60	.36
Transferir	.79	.62	.76	.58
Vestir	.84	.71	.81	.66
Comer	.85	.72	.88	.77
Sanita	.91	.83	.94	.88
VME		.58		.63
FC		.94		.94

Nota. M1 = modelo com 12 itens; M3 = modelo com 10 itens mais uma covariância de erro entre os itens transferir – vestir; VME = variância média extraída (validade convergente); FC = fiabilidade compósita; β = peso fatorial estandardizado; R^2 (comunalidade) = 1 - ϵ (variância do resíduo estandardizada).

De seguida, manteve-se a covariância de erro entre os itens “Transferir – Vestir”, no entanto, em vez da covariância de erro entre os itens “Equilíbrio - Equilíbrio Parado”, dada a semelhança entre ambos, foi excluído o item que pior representava o fator, o “Equilíbrio” ($R^2 = .36$, magnitude de efeito elevada), uma vez que o item “Equilíbrio Parado” representava melhor o mesmo ($R^2 = .77$, magnitude de efeito elevada). Com esta alteração o ajustamento do modelo melhorou (M3), apresentando um bom ajustamento para o *CFI* e o *SRMR* e um ajustamento razoavelmente aceitável para o *RMSEA* tendo sido este o modelo escolhido.

4.2. Validade Estrutural da EAPN

Começou-se por testar o modelo bifatorial da EAPN com 20 itens (M1), o qual apresentou um valor razoavelmente aceitável para o *CFI* e *SRMR* e um valor não aceitável para o *RMSEA* (Tabela 4), sendo que as estruturas fatoriais de ambos os fatores (AP e AN) apresentavam os valores desejáveis para a FC, não se observando o mesmo no caso da VME, com os AP a apresentarem um valor razoável, mas, nos AN um valor bastante inferior ao desejável (Tabela 5). Assim, de modo a melhorar não só o ajustamento do modelo, como também a estrutura fatorial do fator AN, foram realizadas algumas alterações.

Tabela 4

Índices de Ajustamento da Escala de Afetos Positivos e Negativos

Modelo	S-B χ^2 (gl)	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i> [IC 90%]	<i>SRMR</i>
M1	629.536(169)	.887	.095[.087; .103]	.109
M2	524.786(151)	.903	.090[.082; .099]	.104
M3	486.198(134)	.904	.093[.084; .102]	.106

Nota. M1 = 20 itens; M2 = 19 itens; M3 = 18 itens. Ver as abreviaturas na Tabela 2.

Primeiramente, foi excluído o item “Amedrontado(a)”, uma vez que este era aquele que pior representava o fator AN ($R^2 = .12$, magnitude de efeito moderada). Ademais, este item, segundo Zevon e Tellegen (1982), faz parte da mesma categoria de conteúdo do item “Receoso(a)”, que representava melhor o fator ($R^2 = .29$, magnitude de efeito elevada). O item “Amedrontado(a)” também apresentou problemas noutros estudos (Amado, 2008; Freitas, 2013; Silva, 2014). O ajustamento do modelo apresentou melhorias (Tabela 4, M2), mas ainda foi realizada mais uma alteração de modo a obter-

se um valor mais elevado para a VME do fator AN. Foi excluído o item “Envergonhado(a)”, uma vez que este era o segundo pior item a representar o fator ($R^2 = .20$, magnitude de efeito moderada) e o outro item que pertencia à mesma categoria de conteúdo, “Culpado(a)” (Zevon & Tellegen, 1982), representava melhor o mesmo ($R^2 = .36$, magnitude de efeito elevada). No estudo de Amado (2008), no modelo obtido pelo autor, o item “Envergonhado(a)” era aquele que pior representava o fator AN. Assim, tal como pode ser observado na Tabela 4, para o modelo bifatorial da EAPN, com 10 e 8 itens para os fatores AP e AN respectivamente (M3), existiu um ajustamento no limite da aceitabilidade.

Respeitante à estrutura fatorial da EAPN, pode-se examinar na Tabela 5 que os fatores apresentaram valores ligeiramente abaixo do desejável para a VME, e valores desejáveis para comparação entre grupos na FC (M3). Quanto à VD não foram evidentes problemas, dado que a variância partilhada entre AP e AN ($\phi^2 = .00$) foi menor do que a VME de cada um.

Tabela 5

Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Negativos

Item (Fator)	M1		M3	
	β	R^2	β	R^2
(AP) Interessado(a)	.75	.56	.75	.56
Animado(a)	.73	.53	.73	.53
Forte	.53	.28	.53	.28
Entusiasmado(a)	.76	.58	.76	.58
Orgulhoso(a)	.38	.14	.38	.14
Atento(a)	.64	.41	.64	.41
Inspirado(a)	.66	.44	.66	.44
Decidido(a)	.57	.32	.57	.32
Atencioso(a)	.55	.30	.55	.30
Ativo(a)	.63	.40	.63	.40
VME		.40		.40
FC		.86		.86
(AN) Angustiado(a)	.49	.24	.50	.25

Item (Fator)	M1		M3	
	β	R^2	β	R^2
Chateado(a)	.75	.56	.72	.52
Culpado(a)	.60	.36	.60	.36
Amedrontado(a)	.35	.12	---	---
Hostil	.47	.22	.54	.29
Irritável	.62	.38	.62	.38
Envergonhado(a)	.45	.20	---	---
Nervoso(a)	.71	.50	.72	.52
Aagitado(a)	.59	.35	.61	.37
Receoso(a)	.54	.29	.49	.24
VME		.32		.37
FC		.82		.82
AP-AN (φ^2)		.00		.00

Nota. Ver abreviaturas na Tabela 3; M1 = 20 itens; M3 = 18 itens; AP = afetos positivos; AN = afetos negativos; φ^2 = variância partilhada.

4.3. Modelo Oblíquo QCMBP, AP e AN

Efetuiu-se o teste do modelo oblíquo QCMBP, AP e AN, tendo o mesmo obtido um ajustamento aceitável ($S-B\chi^2_{(gl)} = 1155.547_{(346)}$; $CFI = .935$; $RMSEA_{[IC\ 90\%]} = .088_{[.082; .094]}$; $SRMR = .106$). As correlações entre os fatores demonstraram a inexistência de problemas de VD [$\varphi_{AP-AN} = -.00$ (não existe correlação); $\varphi_{QCMBP-AP} = .58$ (correlação elevada); $\varphi_{QCMBP-AN} = .31$ (correlação moderada)], sendo possível o teste dos modelos de mediação.

4.4. Modelo de Mediação da Saúde Funcional Percebida no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos

Na Tabela 6 podem ser observados os índices de ajustamento dos modelos de mediação testados. Foram testados quatro modelos alternativos com diferentes operacionalizações da variável estado civil/coabitação de modo a se poder compreender qual destas formas melhor operacionalizava a variável. Na Tabela 7, podem ser, por sua vez, analisados os efeitos diretos e indiretos do modelo de mediação selecionado.

O modelo de mediação selecionado para este estudo foi o M4 (estado civil com dois níveis), uma vez que para além de ser o modelo com o melhor ajustamento (Tabela 6),

também foi aquele que melhor operacionalizou a variável estado civil e que obteve um maior número de relações significativas (Tabela 7 e Figura 2). O modelo final pode ser observado abaixo na Figura 2.

Tabela 6

Índices de Ajustamento dos Modelos de Mediação Alternativos

Modelo	S-B χ^2 (gl)	CFI	RMSEA[IC 90%]	SRMR	ECVI
M1	1387.829(447)	.930	.083[.078; .088]	.106	5.115
M2	1386.021(447)	.929	.083[.078; .088]	.106	5.109
M3	1375.457(447)	.931	.083[.078; .088]	.107	5.074
M4	1371.657(447)	.932	.083[.078; .088]	.106	5.062

Nota. M1 = modelo de mediação com o estado civil operacionalizado em quatro níveis [1 = solteiro(a), 2 = viúvo(a), 3 = casado(a)/junto(a) e 4 = divorciado(a)/separado(a)]; M2 = modelo de mediação com a coabitação operacionalizada em três níveis [1 = não, 2 = sim e 3 = sem parceiro(a) mas com companhia]; M3 = modelo de mediação com a coabitação operacionalizada em dois níveis [1 = não e 2 = sim]; M4 = modelo de mediação com o estado civil operacionalizado em dois níveis [1 = outros e 2 = casado(a)/união de facto].

ECVI = expected cross-validation index. Ver as outras abreviaturas na Tabela 2.

Através dos valores apresentados para o modelo selecionado (M4) na Tabela 7 e na Figura 2 podemos examinar o significado das relações significativas que ocorreram quer para os efeitos diretos, como para os efeitos indiretos.

Em primeiro lugar, a respeito dos efeitos diretos: (1) a relação Idade-QCMBP demonstrou que os participantes com 75 anos ou mais apresentavam níveis mais baixos no QCMBP comparativamente a quem tinha entre 65 e 74 anos; (2) a relação Estado Civil-QCMBP demonstrou que os participantes casados/em união de facto apresentavam níveis mais altos no QCMBP; (3) a relação Habilitações Literárias-AP demonstrou que os participantes que tinham mais habilitações literárias apresentaram níveis mais altos de AP; (4) a relação QCMBP-AP demonstrou que os participantes com níveis mais altos no QCMBP evidenciavam maiores níveis de AP; (5) e, a relação QCMBP-AN demonstrou que os participantes com níveis mais altos no QCMBP evidenciavam maiores níveis de AN.

Tabela 7*Efeitos Diretos e Indiretos do Modelo de Mediação*

Efeitos	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i> -Student	<i>p</i>	<i>d_s</i>
M4 Idade-QCMBP	-0.18	0.08	-2.30	.022	≈ -0.26
Habilitações Literárias-AP	0.39	0.08	4.78	< .001	≈ 0.55
Estado Civil-QCMBP	0.21	0.08	2.65	.008	≈ 0.30
QCMBP-AP	0.73	0.11	6.69	< .001	≈ 0.77
QCMBP-AN	0.31	0.08	3.75	< .001	≈ 0.43
Idade-QCMBP-AP	-0.13	0.06	-2.28	.023	≈ -0.26
Idade-QCMBP-AN	-0.05	0.03	-1.97	.050	≈ -0.23
Estado Civil-QCMBP-AP	0.16	0.06	2.62	.009	≈ 0.30
Estado Civil-QCMBP-AN	0.07	0.03	2.38	.018	≈ 0.27

Nota. QCMBP = questionário de competência motora básica percebida. Ver as outras abreviaturas na Tabela 5.

Em segundo lugar, quanto aos efeitos indiretos: (1) a relação Idade-QCMBP-AP demonstrou que os participantes com 75 anos ou mais demonstravam níveis mais baixos de AP; (2) a relação Idade-QCMBP-AN demonstrou que os participantes com 75 anos ou mais evidenciavam níveis mais baixos de AN; (3) a relação Estado Civil-QCMBP-AP demonstrou que os participantes casados/em união de facto apresentavam níveis mais altos de AP; (4) e, a relação Estado Civil-QCMBP-AN demonstrou que os participantes casados/em união de facto apresentavam níveis mais altos de AN.

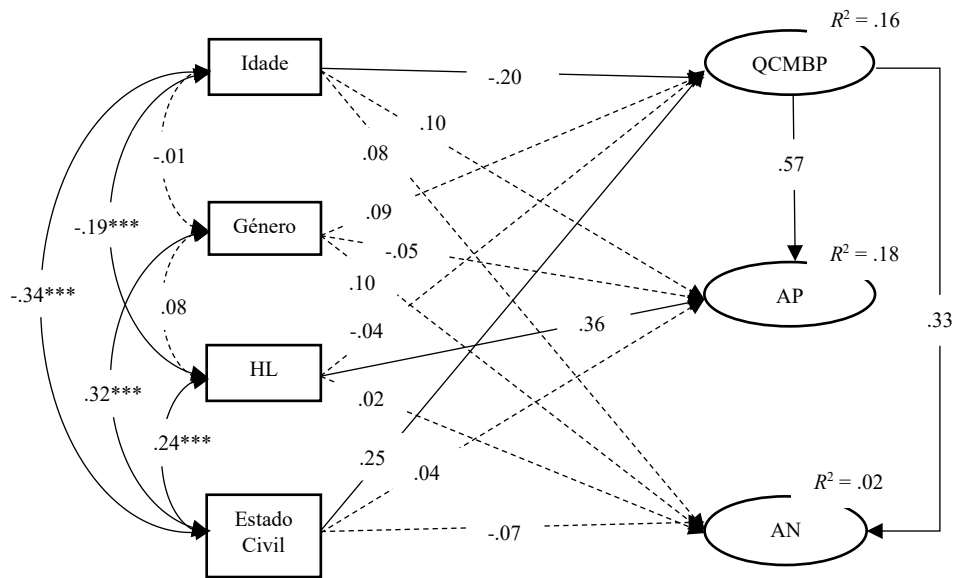
Ao analisar-se o modelo de mediação selecionado pode-se constatar que existiram duas mediações completas, uma vez que não existiu um efeito direto da idade ou do estado civil no AP ou no AN e ocorreu um efeito indireto quando esta relação foi mediada pelo QCMBP (Tabela 7 e Figura 2).

A variância dos fatores capturada pelos preditores (R^2) resulta de todas as relações, quer estas sejam ou não estatisticamente significativas, no entanto, existem algumas que contribuem para o R^2 mais que outras. Na Figura 2 é possível examinar que a quantidade de variância do QCMBP e do AP capturada pelos preditores (R^2) possuiu uma magnitude de efeito moderada, no entanto, tal não aconteceu no caso do AN, onde se pode ver uma magnitude de efeito fraca.

Ao observarem-se as relações, quer na Tabela 7 como na Figura 2, é possível constatar que as relações da idade e do estado civil foram aquelas que mais contribuíram para o R^2 do QCMBP, e, no caso do AP, foi a relação com as habilitações literárias que mais contribuiu. Ademais, os valores de d_s contribuem para os R^2 , sendo que no M4 todas as relações possuíram uma magnitude de efeito fraca, com exceção das relações Habilitações Literárias-AP, QCMBP-AP e QCMBP-AN que apresentaram uma magnitude de efeito moderada, assim é possível analisar como os valores mais altos dos d_s contribuíram para os R^2 .

Figura 2

Teste do Modelo de Mediação do QCMBP no Efeito de Variáveis Sociodemográficas nos AP e AN



Nota. Resultados da solução completamente estandardizada. Idade (1 = 65-74 anos e 2 = 75 anos ou mais); Género (1 = feminino e 2 = masculino); HL = habilitações literárias (1 = 1º ciclo ou menos e 2 = 2º ciclo ou mais); Estado Civil (1 = outros, 2 = casado(a)/união de facto); QCMBP = questionário de competência motora básica percebida; AP = afetos positivos; AN = afetos negativos.

*** $p < .001$. Valores de p calculados através de <http://www.psychometrica.de/correlation.html> (Lenhard & Lenhard, 2014).

5. Discussão

Tal como evidenciado acima na revisão de literatura, existe uma relação entre diversas variáveis sociodemográficas e a saúde funcional e os afetos, sendo, portanto, o objetivo desta dissertação perceber se a saúde funcional percebida medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos.

No que respeita aos materiais, foi aplicado um questionário sociodemográfico de forma a operacionalizar as variáveis sociodemográficas e utilizaram-se as provas de rastreio *MMSE* para o compromisso cognitivo (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009) e *EDG-15* para a depressão (Diniz, 2007; Encarnação, 2022). E para aceder às dimensões dos afetos e da saúde funcional percebida aplicaram-se a *EAPN* (Diniz & Amado, 2005; Watson et al., 1988) e o *QCMBP* (Diniz, 2022b), respetivamente.

A validade interna da investigação foi assegurada através das seguintes formas. Primeiramente, a recolha de dados ocorreu sob a forma de entrevista por questões instrumentais, ético-deontológicas e dadas as características e necessidades que podem ser encontradas nos adultos mais velhos (Diniz & Amado, 2014). Em segundo lugar, os instrumentos *EAPN* e *QCMBP* foram administrados aleatoriamente participante-a-participante (Alferes, 1997). E, recorreu-se ao método de estimação por máxima verosimilhança, sobre matrizes de covariâncias policóricas e respetivas covariâncias assintóticas com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994), indicado para trabalhar com variáveis em condições de não-normalidade (Jöreskog, 2005).

Por sua vez, a validade de construto (Cronbach & Meehl, 1955) foi examinada através da validade estrutural (*AFC*, *VC*, *FC* e *VD*) e da validade (rede) nomológica, observando se os preditores discriminaram grupos conhecidos.

Em termos de resultados começou-se por testar a validade estrutural do *QCMBP* e da *EAPN* de forma a observar se os modelos fatoriais possuíam um bom ajustamento, e realizar alterações caso tal não acontecesse, e para examinar as suas propriedades psicométricas (Anderson & Gerbing, 1988).

Quanto ao *QCMBP* existiram problemas no ajustamento do modelo contrariamente a estudos anteriores que utilizaram este instrumento (Freitas, 2013; Raposo, 2013; Santos, 2013) o que se poderá dever a características da amostra, no entanto, a estrutura fatorial apresentou valores desejáveis para a *VME* (*VC*) e para a *FC* (Fornell & Larcker, 1981), assegurada para a comparação entre grupos (Nunally & Bernstein, 1994). Para melhorar

o ajustamento do modelo foram excluídos os itens “Locomoção” e “Equilíbrio” e adicionada uma covariância de erro entre os itens “Transferir – Vestir”.

Quanto à EAPN o modelo obteve um ajustamento não aceitável e um valor para a VME (VC) abaixo do desejável, mais especificamente no fator AN, mas um bom valor de FC (Fornell & Larcker, 1981), assegurada para comparação entre grupos (Nunally & Bernstein, 1994). De forma a melhorar o modelo, foram excluídos os itens “Amedrontado(a)”, o qual já havia sido excluído previamente no estudo de Freitas (2013) e adicionado numa covariância de erro nos estudos de Amado (2008) e Silva (2014), e “Envergonhado(a)” que apesar de não ter sofrido alterações no estudo de Amado (2008), era o item que pior representava o fator AN.

Os itens pertencentes ao fator AN revelaram neste estudo ser piores representantes do fator do que os itens representantes do fator AP. Ao tentar perceber o porquê de tal ocorrência podemos refletir acerca de três fatores apresentados acima na revisão de literatura, em adultos mais velhos a exposição a acontecimentos provocadores de AN é menor, sendo que estes são reavaliados de uma forma positiva e os indivíduos tendem a voltar a um equilíbrio afetivo (Buz et al., 2015).

A respeito dos AP, o item que pior representava o fator foi o item “Orgulhoso(a)”, o qual, tal como explicitado acima na descrição do instrumento, evidenciou problemas em várias amostras da população portuguesa a respeito da sua compreensão devido à conotação religiosa (pecado mortal) que o termo possuía (Diniz & Amado, 2014). Sendo a grande maioria da presente amostra pessoas religiosas (praticantes e não praticantes), podemos ponderar se, ainda que tenha sido explicado o sentido do item aos participantes durante a administração do instrumento, a religião ainda assim possuiu um efeito na resposta ao item.

Por fim, os fatores AP e AN demonstraram a sua independência nesta amostra dada a fraca correlação entre os mesmos, tal como aconteceu nos estudos de Freitas (2013) e Silva (2014), e próximo da quase-independência ocorrida nos estudos de Amado (2008), Diniz (2022a) e Watson et al. (1988). Note-se que quaisquer destes resultados vão ao encontro do expectável considerando o modelo circumplexo do afeto (Russell, 1980; Watson et al., 1999).

Após o teste dos modelos fatoriais sucedeu-se o teste do modelo oblíquo QCMBP, AP e AN o qual demonstrou um ajustamento aceitável e a inexistência de problemas de VD (Fornell & Larcker, 1981), seguindo-se assim o teste dos modelos de mediação.

De modo a compreender qual operacionalização das variáveis estado civil e coabitação melhor funcionaria no modelo de mediação, foram testados quatro modelos de mediação alternativos, através dos quais foi possível observar que o modelo com a variável estado civil dicotomizada era aquele que não só apresentava o melhor ajustamento, como também um maior número de relações significativas entre os preditores e o mediador, bem como entre os preditores e os critérios. No modelo de mediação selecionado existiram nove relações significativas, das quais cinco efeitos diretos e quatro efeitos indiretos, sendo os mesmos explicitados a baixo por esta ordem respetivamente.

A relação Idade-QCMBP, com uma magnitude de efeito fraca, demonstrou que quanto mais idade menor funcionalidade, indo, portanto, ao encontro da literatura existente (Oliveira et al., 2019). Entretanto, a relação Estado Civil-QCMBP, com uma magnitude de efeito fraca, demonstrou que ser casado/união de facto, ou seja, ter parceiro, estava relacionado com possuir mais funcionalidade, estando de acordo com a literatura existente (Barbosa et al., 2014; Matos et al., 2018; Wróblewska et al., 2023).

A relação Habilitações Literárias-AP, com uma magnitude de efeito moderada, evidenciou que quanto mais habilitações literárias (superior vs. inferior ao 1º ciclo) mais AP, o que corresponde às descobertas de outros estudos acerca do tema (Crawford & Henry, 2004; Gagliardi et al., 2010).

A relação QCMBP-AP, com uma magnitude de efeito moderada, evidenciou que quanto mais funcionalidade mais AP, indo de acordo com a literatura (Kunzmann et al., 2000). Por seu lado, a relação QCMBP-AN, com uma magnitude de efeito fraca, demonstrou que mais funcionalidade estava relacionada com mais AN, revelando ser o oposto do que a literatura apresenta, de que menos funcionalidade leva a mais AN (Kunzmann et al., 2000).

A relação Idade-QCMBP-AP, com uma magnitude de efeito fraca, evidenciou que as pessoas com 75 anos ou mais tinham menos AP, e a relação Idade-QCMBP-AN, com uma magnitude de efeito fraca, demonstrou que os participantes com 75 anos ou mais tinham menos AN. Buz et al. (2015) não chegaram a conclusões significativas para o AP, mas descobriram que na sua amostra mais idade estava relacionada com mais AN sendo assim resultados contraditórios com os obtidos na presente amostra. Isaacowitz e Smith (2003) e Kunzmann et al. (2000) não encontraram relações significativas com os

AN, mas com mais idade haviam evidências de menores níveis de AP o que iria de encontro aos presentes resultados.

A relação Estado Civil-QCMBP-AP, com uma magnitude de efeito fraca, evidenciou que ser casado/em união de facto estava relacionado com mais AP o que vai de encontro à literatura (Mroczek & Kolarz, 1998), mas a relação Estado Civil-QCMBP-AN, com uma magnitude de efeito fraca, demonstrou que ser casado/em união de facto estava relacionado com mais AN, o que não era expectável dados os resultados da relação Estado Civil-QCMBP-AP.

O preditor género não possuiu qualquer relação, quer com o mediador, quer com os critérios. A literatura a respeito da funcionalidade e do género não é consensual, sendo que os autores Oliveira et al. (2019), em semelhança ao presente estudo, também não encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto a esta variável. Assim as descobertas de alguns autores não vão de encontro aos resultados aqui obtidos (Barbosa et al., 2014; Lee, 2000; Rodríguez López et al., 2014). É de notar que, em termos de características da amostra, aquele que é mais próximo da amostra desta investigação é o estudo de Oliveira et al. (2019). Por sua vez, a literatura a respeito dos afetos e do género quanto aos AN parece ser bastante de acordo que as mulheres apresentavam mais AN que os homens (Buz et al., 2015; Crawford & Henry, 2004; Isaacowitz & Smith, 2003; Nolla et al., 2014; Smith et al., 1999), o que não ocorreu no presente estudo. E, quanto aos AP, em semelhança a esta investigação, Buz et al. (2015) também não encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto a esta variável, no entanto, existem estudos que obtiveram resultados de que os homens evidenciaram mais AP do que as mulheres (Crawford & Henry, 2004; Mroczek & Kolarz, 1998). Em termos de características da amostra, os estudos de Buz et al. (2015) e de Nolla et al. (2014) são aqueles que mais próximos estão da presente amostra, sendo que os resultados aqui obtidos vão parcialmente ao encontro dos do primeiro estudo.

O preditor habilitações literárias não possuiu um efeito no mediador, contrariamente àquilo observado no estudo de Wróblewska et al. (2023), nem no critério AN. Para este último, pode conjecturar-se que o ocorrido se deveu ao muito baixo nível de escolaridade dos participantes no estudo (o que conduziu à criação de somente dois níveis de resposta), com consequências sobre a sua qualidade de vida objetiva e subjetiva, i.e., bem-estar subjetivo. Para se compreender melhor esta questão seria importante nivelar-

se o número de participantes através dos vários níveis das habilitações literárias (desde analfabetos ao ensino superior).

O ponto de corte utilizado para a operacionalização da idade neste estudo foram os 75 anos (1 = 65-74 anos e 2 = 75 anos ou mais) em vez dos 80 anos (1 = 65-79 anos e 2 = 80 anos ou mais), uma vez que o número de participantes com idades a partir dos 80 era bastante menor comparativamente aos restantes, não havendo assim equilíbrio nesta variável. Ademais, quando testada a operacionalização da idade com o ponto de corte nos 80 anos os resultados pioraram, obtendo-se menos relações significativas no modelo de mediação, mais concretamente, esta variável deixou de ter qualquer tipo de relação quer com o mediador, como com os critérios. Para uma melhor compreensão desta variável seria relevante operacionalizar a mesma segundo a perspectiva apresentada pelos autores Kydd et al. (2020) mencionada acima, isto é, através de décadas, nivelando-se a amostra de forma equilibrada pelos vários níveis.

Algumas limitações deste estudo passaram pelo método de amostragem e pelas modificações empiricamente derivadas dos modelos. A recolha de dados foi efetuada através de um método de amostragem não-probabilístico, desta forma, os resultados poderão ter sido influenciados por características da amostra. Em termos de representatividade o ideal seria utilizar-se um método de amostragem probabilístico.

Os modelos fatoriais quer do QCMBP como da EAPN necessitaram de alterações dados os ajustamentos iniciais que ambos apresentavam, tendo sido retirados itens e adicionadas covariâncias de erro. Assim, foram utilizados modelos modificados para o modelo de mediação em vez dos modelos originais.

A existência de resultados contraditórios em algumas relações significativas do modelo de mediação, compreendem as relações entre o QCMBP e os AP e AN. Era expectável que se a relação QCMBP-AP demonstraria que mais funcionalidade estava relacionada com mais AP, a relação QCMBP-AN evidenciaria que mais funcionalidade estava relacionada com menos AN, no entanto para esta última relação aquilo que os presentes resultados demonstraram foi que mais funcionalidade estava relacionada com mais AN o que contradiz a literatura (Kunzmann et al., 2000).

Note-se que as relações entre o QCMBP e os AP e AN tiveram consequências noutras relações significativas do modelo de mediação, mais concretamente nas relações indiretas da idade e do estado civil sobre os AP e AN.

Nas relações entre a idade e os AP e AN seria de esperar que uma delas fosse positiva e a outra negativa, ou seja, seria de esperar que se a relação Idade-QCMBP-AP evidenciaria que mais idade estava relacionada com menos AP, pelo contrário, a relação Idade-QCMBP-AN evidenciaria que mais idade estaria relacionada com mais AN. Ora, para esta amostra os resultados demonstraram que para esta última relação mais idade estava relacionada com menos AN. Estes resultados podem ser explicados através da literatura existente acerca do assunto, apontando para que com o avançar das idades ocorre um aumento dos afetos de baixa ativação e uma diminuição dos afetos de alta ativação (Pinquart, 2001), sendo que o que caracteriza os AP e AN é a alta ativação (Watson et al., 1999). Assim, pode-se ponderar se, por exemplo, alguns dos termos de alta ativação utilizados no instrumento não se encaixam na vida afetiva destes adultos mais velhos ou, ainda, alguns deles suscitarem dificuldade de compreensão (e.g., Hostil).

Nas relações entre o estado civil e os afetos era de esperar que se a relação Estado Civil-QCMBP-AP demonstraria que ser casado/em união de facto estava relacionado com mais AP, contrariamente, a relação Estado Civil-QCMBP-AN evidenciaria que ser casado/em união de facto estava relacionado com menos AN. No entanto, aquilo que os resultados demonstraram foi que ser casado/em união de facto estava relacionado com mais AN. No futuro, conjuntamente com a EAPN, poder-se-á entrevistar os participantes que possuem parceiro acerca da qualidade da sua relação e de como se sentem na mesma, e, aos participantes que não possuem parceiro como se sentem nessa situação, de forma a ser possível compreender melhor o efeito desta variável sobre os afetos.

É importante atentar que os resultados do presente estudo podem (ou não) diferir dos resultados obtidos noutras investigações devido às características e cultura das diferentes amostras, às técnicas de amostragem e aos métodos estatísticos utilizados. Neste caso a investigação foi realizada através da modelação de equações estruturais, onde foram contempladas não só as variáveis observadas ordinais, como também as variáveis latentes, trabalhando-se os fatores expurgados do erro. Ademais, neste estudo foram considerados todos os preditores em conjunto, o que poderá ter levado a resultados distintos de quando os preditores são tidos em conta isoladamente, e, trabalhou-se com um mediador, o qual possuiu um efeito em várias relações do modelo. Acresce, ainda, que a avaliação da saúde funcional através das capacidades motoras básicas percebidas

pode não ter uma relação com a saúde funcional objetiva, por analogia com a relação entre a saúde subjetiva e a objetiva (Araújo et al., 2018; Elran-Barak et al., 2019). Assim, os resultados deste trabalho devem ser lidos à luz desta conjectura. Com avaliação objetiva da saúde funcional poderão ser encontrados outros resultados.

Os resultados obtidos poder-se-ão ter devido a características da amostra, sendo de extrema relevância a elaboração de mais investigações acerca desta temática em pessoas destas faixas etárias para uma melhor compreensão da mesma. Dadas as limitações presentes neste estudo, entre as quais o método de amostragem, as modificações efetuadas nos modelos do QCMBP e da EAPN e os resultados não expectáveis, é importante haver uma replicação deste estudo numa amostra independente para poder apreciar acerca da sua invariância.

Para estudos futuros, seria interessante a abordagem das seguintes questões: (1) em investigações acerca da saúde funcional atentar se o participante ao responder está a pensar e a comparar-se consigo mesmo, o passado a comparar com o presente, ou se está a pensar e comparar a sua situação em relação a outras pessoas da sua idade, uma vez que as respostas do mesmo podem divergir dependendo do foco da sua comparação (Baron-Epel & Kaplan, 2001); (2) aplicar a EAPN numa amostra de adultos mais velhos ateus/agnósticos, de forma a examinar o quanto o item “Orgulhoso(a)” representa o fator AP nesta amostra, uma vez que no presente estudo, com uma amostra maioritariamente católica, este item era aquele que pior representava o fator, tendo em consideração a conotação religiosa (pecado mortal) que o termo pode possuir (Diniz & Amado, 2014); (3) ao trabalhar-se com a variável coabitação, especificar se o participante desempenha ou não o papel de cuidador ou de pessoa que é cuidada, uma vez que estas situações ocorrem nesta fase da vida, estando este aspeto relacionado com a saúde funcional e podendo impactar os afetos; (4) por fim, também é desejável a realização de estudos do modelo de mediação longitudinais para observar eventuais flutuações nos resultados que melhor ajudem a esclarecer os agora obtidos.

A presente dissertação contribuiu para compreender que de facto a saúde funcional percebida medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos, uma vez que, esta possuiu um efeito de mediação completa na idade e no estado civil sobre os afetos nesta amostra. Foi também possível identificar que grupos de pessoas se encontram em risco, sendo estas pessoas com 75 ou mais anos, com menos escolaridade e que não possuem parceiro. Também através da descoberta do

papel mediador do QCMBP foi possível constatar que o QCMBP pode beneficiar os afetos. Assim, ao intervir sobre a funcionalidade, um aspeto tão relevante da vida autónoma e independente dos adultos mais velhos, também se pode melhorar o bem-estar subjetivo e os afetos dos mesmos.

6. Referências

- Aires, M., Paskulin, L. M. G., & Morais, E. P. D. (2010). Capacidade funcional de idosos mais velhos: Estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 11-17. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100003>
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Almedina.
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados* [Tese de doutoramento]. ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/39>
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Araújo, L., Teixeira, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2018). Objective vs. subjective health in very advanced ages: Looking for discordance in centenarians. *Frontiers in Medicine*, 5(189), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00189>
- Bae, S. M. (2020). Factors associated with depressive symptoms among elderly Koreans: The role of health status, work ability, financial problems, living alone, and family relationships. *Psychogeriatrics*, 20(3), 304-309. <https://doi.org/10.1111/psyg.12499>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16(4), 397-422. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U., Borchelt, M., & Little, T. D. (1999). Everyday competence in old and very old age: Theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-402). Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>
- Baltes, P. B., & 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. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Baltes, P. B., Smith, J., & Staudinger, U. M. (1992). Wisdom and successful aging. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (Vol. 39, pp. 123-167). University of Nebraska Press.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M. D., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
- Baron-Epel, O., & Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: Does it make a difference?. *Social Science & Medicine*, 53(10), 1373-1381. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00426-3)
- Bar-Tur, L. (2021). Fostering well-being in the elderly: Translating theories on positive aging to practical approaches. *Frontiers in Medicine*, 8(517226), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.517226>
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric depression scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22(2), 372-379. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.2.372>
- 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). SAGE.
- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A review of the tripartite structure of subjective well-being: Implications for conceptualization, operationalization, analysis, and synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 290-314. <https://doi.org/10.1177/1088868310391271>
- Buz, J., Pérez-Arechaederra, D., Fernández-Pulido, R., & Urchaga, D. (2015). Factorial structure and measurement invariance of the PANAS in Spanish older adults. *The Spanish Journal of Psychology*, 18(3), 1-11. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.6>

- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Chan, E., Procter-Gray, E., Churchill, L., Cheng, J., Siden, R., Aguirre, A., & Li, W. (2020). Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health*, 7(3), 521-534. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Erlbaum.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), 281–302. <https://doi.org/10.1037/h0040957>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais. (2002). *World population ageing: 1950-2050*. Organização das Nações Unidas. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2021/Nov/undesa_pd_2002_wpa_1950-2050_web.pdf
- Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais. (2013). *World population ageing 2013*. Organização das Nações Unidas. <https://digitallibrary.un.org/record/826632/files/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais. (2020). *World population ageing 2019*. Organização das Nações Unidas. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 463–73). Oxford University Press.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 1-49. <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
- Diniz, A. M. (2007). *Escala de Depressão Geriátrica - Versão Reduzida (EDG-15)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2012). *Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2022a). *Benefícios da modelação de equações estruturais: Ilustração com variáveis ordinais no LISREL*. Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Diniz, A. M. (2022b). *Questionário de Competência Motora Básica Percebida (QCMBP)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2005). *Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 491-497. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427309>
- Duffy, M. E., & MacDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. *The Gerontologist*, 30(4), 503-509. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.503>
- Elran-Barak, R., Weinstein, G., Beerli, M. S., & Ravona-Springer, R. (2019). The associations between objective and subjective health among older adults with type 2 diabetes: The moderating role of personality. *Journal of Psychosomatic Research*, 117, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.12.011>
- Encarnação, M. (2022). *Estudos sobre as versões reduzidas da Geriatric Depression Scale* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/33787>
- EUROSTAT. (2019). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/811048>
- Flores-Kanter, P. E., Garrido, L. E., Moretti, L. S., & Medrano, L. A. (2021). A modern network approach to revisiting the Positive and Negative Affective Schedule

- (PANAS) construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 77(10), 2370-2404. <https://doi.org/10.1002/jclp.23191>
- 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. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69(S3), S124-S134. <https://doi.org/10.1086/341840>
- Freitas, M. C. (2013). *Efeito da idade e do gênero sobre os afetos em idosos: Mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/10934>
- Freitas, R. S., Fernandes, M. H., Coqueiro, R. D. S., Reis Júnior, W. M., Rocha, S. V., & Brito, T. A. (2012). Capacidade funcional e fatores associados em idosos: Estudo populacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 933-939. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>
- Gagliardi, C., Marcellini, F., Papa, R., Giuli, C., & Mollenkopf, H. (2010). Associations of personal and mobility resources with subjective well-being among older adults in Italy and Germany. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.01.007>
- Gavasso, W. C., & Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e morbidades referidas: Uma análise comparativa em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 398-408. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160080>
- Graf, C. (2008). The Lawton instrumental activities of daily living scale. *AJN The American Journal of Nursing*, 108(4), 52-62. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000314810.46029.74>
- Hajek, A., Luck, T., Brettschneider, C., Posselt, T., Lange, C., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Bickel, H., Mösch, E., Wagner, M., Hesel, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2017). Factors affecting functional impairment among elderly Germans: Results of a

- longitudinal study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(3), 299-306. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0771-5>
- Hébert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1999). Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. *American Journal of Epidemiology*, 150(5), 501-510. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a010039>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, 17(2), 139-153. [https://doi.org/10.1016/S1057-7408\(07\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70020-7)
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de população residente 2018-2080*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística. (2023a). *O que nos dizem os Censos sobre as dificuldades sentidas pela população com incapacidades*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/66200373>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023b, junho). *Índice de envelhecimento (N.º) por local de residência (NUTS - 2013)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), 143-152. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.P143>
- Joe, W., & Subramanian, S. V. (2017). Subjective health and well-being: Toward robust cross-cultural comparisons. *SSM-Population Health*, 3, 814-816. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.09.001>
- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. https://ssicentral.com/wp-content/uploads/2021/04/lis_ordinal.pdf
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International.

- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide; A program for multivariate data screening and data summarization: A preprocessor for LISREL*. Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows* [Computer software]. Scientific Software International.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *The Journal of the American Medical Association*, *185*, 914-919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, *15*(3), 511-526. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.3.511>
- Kurlowicz, L., & Wallace, M. (1999). The Mini-Mental State Examination (MMSE). *Journal of Gerontological Nursing*, *25*(5), 8-9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990501-08>
- Kydd, A., Fleming, A., Paoletti, I., & Hvalič-Touzery, S. (2020). Exploring terms used for the oldest old in the gerontological literature. *Journal of Aging and Social Change*, *10*(2), 53-73. <https://doi.org/10.18848/2576-5310/CGP/v10i02/53-73>
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, *4*(863), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, *9*(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *54*(2), 123-129. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.2.123>
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis tests for comparing correlations*. Psychometrica. <https://www.psychometrica.de/correlation.html>
- Márquez-González, M., De Trocóniz, M. I. F., Cerrato, I. M., & Baltar, A. L. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital:

- Análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4), 616-622.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720417>
- Matos, F. S., Jesus, C. S. D., Carneiro, J. A. O., Coqueiro, R. D. S., Fernandes, M. H., & Brito, T. A. (2018). Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: Estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3393-3401.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (2001). Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *Journal of Aging and Health*, 13(1), 92-119. <https://doi.org/10.1177/089826430101300105>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16.
<https://www.sinapse.pt/revista>
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- Nolla, M. D. C., Queral, R., & Miró, J. (2014). Las escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 15-21.
<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.1.2014.12931>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10), 654-660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
- Organização Mundial da Saúde. (n.d.). *Social isolation and loneliness*.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *World report on ageing and health*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- Organização Mundial da Saúde. (2022, outubro). *Ageing and health*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Década do envelhecimento saudável: Relatório de linha de base*. <https://doi.org/10.37774/9789275726587>
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2011). *Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP)*. Instrumento não publicado.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2(4), 375-405. <https://doi.org/10.1023/A:1013938001116>
- PORDATA (2023). *População residente segundo os Censos: Total e por grandes grupos etários*. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+e+por+grandes+grupos+etarios-512-2541>
- Raposo, M. A. (2013). *Capacidade motora percebida ou competência funcional percebida enquanto mediadores do efeito da idade e do género sobre a depressão em idosos* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/11333>
- Ready, R. E., Vaidya, J. G., Watson, D., Latzman, R. D., Koffel, E. A., & Clark, L. A. (2011). Age-group differences in facets of positive and negative affect. *Aging & Mental Health*, 15(6), 784-795. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562184>
- Rodríguez López, S., Montero, P., Carmenate, M., & Avendano, M. (2014). Functional decline over two years in older Spanish adults: Evidence from the SHARE. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(2), 403-412. <https://doi.org/10.1111/ggi.12115>
- Román, X. A. S., Toffoletto, M. C., Sepúlveda, J. C. O., Salfate, S. V., & Grandón, K. L. R. (2017). Factores asociados al bienestar subjetivo en los adultos mayores. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(02), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161-1178. <https://doi.org/10.1037/h0077714>

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 14-23. <https://doi.org/10.1159/000289026>
- Santos, H. I. N. C. D. (2013). *Influência da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida no efeito da idade e do género sobre a satisfação com a vida em idosos?* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/10771>
- 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). SAGE.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1/2), 165-173. http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Silva, C. S. D. O., Barbosa, M. M. S., Pinho, L. D., Figueiredo, M. F. S., Amaral, C. O., Cunha, F. O., Alves, E. C. S., & Barbosa, D. A. (2018). Estratégia saúde da família: Relevância para a capacidade funcional de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 740-746. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>
- Silva, C. S. S. X. D. (2014). *A mediação dos afetos positivos e negativos no efeito da saúde funcional subjetiva sobre a autoestima, em idosos* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/10931>
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732. <https://doi.org/10.1111/1540-4560.00286>
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten Jr., R. A., & Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in very old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). Cambridge University Press.

- Stahl, S. T., Beach, S. R., Musa, D., & Schulz, R. (2016). Living alone and depression: The modifying role of the perceived neighborhood environment. *Aging & Mental Health, 21*(10), 1065-1071. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191060>
- Steinhagen-Thiessen, E., & Borchelt, M. (1999). Morbidity, medication, and functional limitations in very old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 131-166). Cambridge University Press.
- Urtamo, A., Jyv korpi, S. K., & Strandberg, T. E. (2019). Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. *Acta Biomed, 90*(2), 359-363. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376>
- Van Hek, M., Kraaykamp, G., & Wolbers, M. H. J. (2016). Comparing the gender gap in educational attainment: The impact of emancipatory contexts in 33 cohorts across 33 countries. *Educational Research and Evaluation, 22*(5-6), 260-282. <https://doi.org/10.1080/13803611.2016.1256222>
- Viljanen, A., Salminen, M., Irjala, K., Heikkil , E., Isoaho, R., Kivel , S. L., Korhonen, P., Vahlberg, T., Viitanen, M., Wuorela, M., L pp nen, M., & Viikari, L. (2021). Subjective and objective health predicting mortality and institutionalization: An 18-year population-based follow-up study among community-dwelling Finnish older adults. *BMC Geriatrics, 21*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02311-w>
- Von Humboldt, S., Monteiro, A., & Leal, I. (2017). Validation of the PANAS: A measure of positive and negative affect for use with cross-national older adults. *Review of European Studies, 9*(2), 10-19. <http://dx.doi.org/10.5539/res.v9n2p10>
- Wallace, M., & Shelkey, M. (2007). Katz index of independence in activities of daily living (ADL). *Urologic Nursing, 27*(1), 93-94. <https://www.alz.org/careplanning/downloads/katz-adl.pdf>
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3), 346-353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin, 98*(2), 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>

- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820–838. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.820>
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Wiese, B., Luppá, M., Pentzek, M., Bickel, H., Bachmann, C., Scherer, M., Maier, W., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: Results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 42(2), 173-180. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs184>
- Wróblewska, Z., Chmielewski, J. P., Florek-Łuszczki, M., Nowak-Starz, G., Wojciechowska, M., & Wróblewska, I. M. (2023). Assessment of functional capacity of the elderly. *Annals of Agricultural & Environmental Medicine*, 30(1), 156-163. <https://doi.org/10.26444/aaem/161775>
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yi, Y., & Park, Y. H. (2022). Structural equation model of the relationship between functional ability, mental health, and quality of life in older adults living alone. *Plos One*, 17(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269003>
- Zevon, M. A., & Tellegen, A. (1982). The structure of mood change: An idiographic/nomothetic analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(1), 111-122. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.43.1.111>