



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**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?**

**Helena Isabel Antunes Candeias dos Santos**

Orientação: Prof. Doutor António Augusto Pinto  
Moreira Diniz

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2013



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**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?**

Helena Isabel Nunes Candeias dos Santos

**Orientador:**  
Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz

”

Dezembro 2013

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Doutor António Diniz, pela incansável dedicação, apoio, orientação, saber, incentivo e paciência demonstrados e disponibilizados.

A todos os idosos pela disponibilidade, simpatia e amizade, agradeço em especial por me terem aberto a porta das suas casas e das suas vidas, sem eles nada disto seria possível.

A ti, pai, que estás sempre no meu pensamento, e me dás força para eu continuar nesta jornada...À tua memória!....

À minha filha, por me fazer sorrir nos dias menos bons e me fazer sentir a força do amor incondicional;

À minha mãe que sempre acreditou e esteve presente para me dar o carinho e apoio que fizeram com que esta jornada se tornasse mais fácil...

Às minhas manas, por todo apoio e presença e por me terem “aturado”, principalmente quando eu pensava que tinha chegado ao meu limite...

Às colegas de curso, pela amizade, companheirismo, força e momentos vividos, vocês sabem quem são; especialmente à minha colega Marlene Raposo, que também é minha “mana”, porque sem ti, nunca teria sido possível chegar até aqui, foi no meio de risadas, choros, impaciências, que tudo foi superado....

A todos aqueles que sabem o quão são importantes para mim;

Sem todos vocês eu nunca teria chegado aqui, finalmente consegui, com todo o vosso apoio, disponibilidade, amor, carinho, sorrisos e abraços nada seria possível!

A todos, com gratidão!

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?

### **Resumo**

Pretendeu-se analisar os efeitos de mediação da Capacidade Motora Percebida (CMP) e da Competência Funcional Percebida (CFP) nos efeitos diretos da Idade e do Género sobre a Satisfação com a Vida (SV). A amostra foi constituída por 176 idosos, autónomos e não institucionalizados (*Mdn* = 72 anos), que foram selecionados através de métodos de amostragem não probabilísticos e controlados para demência e depressão. Aplicaram-se as provas referentes a cada um dos construtos, o CMP, o CFP, e o SV. Este último resultou de uma versão portuguesa da *GDS-15*. Os construtos e o modelo de mediação testaram-se recorrendo à modelação de equações estruturais. Os resultados indicaram que o CMP e o CFP tinham problemas de validade discriminante e que o construto unifatorial que os agregava o CMBP, exerceu um efeito de mediação na relação de predição da Idade sobre a SV sendo que os idosos na quarta idade apresentaram pior SV.

Palavras-chave: Idosos, competência motora básica, percebida satisfação com a vida, modelação de equações estruturais, efeitos de mediação.



Influence of perceived motor capacity or functional perceived competence on the effect of age and gender on life satisfaction in the elderly?

### **Abstract**

It was intended to analyze the effects of mediation of Perceived Motor Capacity (PMC) and Perceived Functional Competence (PFC) in the direct effects of Age and Gender on Life Satisfaction (LS). The sample consisted of a total of 176 elderly, autonomous and non-institutionalized (Mdn = 72 years), who were selected through non-probability sampling methods and controlled for dementia and depression. Tests were applied for each of the constructs, the PMC, the PFC, and the LS. The latter resulted from a Portuguese version of the *GDS-15*. The constructs and the mediation model were tested using the structural equation modeling. The results indicated that PMC and PFC had problems of discriminant validity and that the one-factor construct that aggregated them, *BPMC*, played a mediating effect on the relationship of Age prediction on the LS being that the elderly in the fourth age presented worse LS.

Key-words: Elderly, basic perceived motor competence, life satisfaction, structural equation modeling, mediation effects.





## Índice Geral

Índice de Figuras .....	IX
Índice de Tabelas .....	IX
1. Introdução.....	1
2. Fundamentação Teórica .....	3
2.1. O Envelhecimento .....	3
2.1.1. Teorias sobre o envelhecimento.. ..	4
2.1.2. Alterações associadas ao processo de envelhecimento. ....	6
2.2. Bem-Estar .....	8
2.3. Satisfação com a Vida.....	10
2.4. Idade .....	11
2.5. Género .....	13
2.6. Saúde Funcional e Estatuto Funcional .....	15
3. Formulação do Problema de Investigação .....	21
4. Método .....	25
4.1. Participantes .....	25
4.2. Instrumentos .....	25
4.3. Procedimento .....	27
4.3.1. Recolha de dados.....	27
4.3.2. Análise de dados. ....	28
5. Resultados.....	31
5.1. Estudo prévio dos modelos de medida do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP) e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP) .....	31
5.2. Estudo dos modelos de medida do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP) e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP) .....	33
5.3. Estudo do modelo integrador do Questionário de Capacidade Motora Percebida e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP) .....	33

5.4. Estudo da EDG-15 .....	34
5.5. Estudo do fator Satisfação com a Vida da EDG-15 .....	34
5.6. Estudo do modelo oblíquo que integra o fator Competência Motora Básica Percebida (CMBP) e o fator Satisfação com a Vida .....	35
5.7. Modelo de mediação da Competência Motora Básica Percebida (CMBP) nos efeitos da Idade e do Gênero sobre a SV .....	36
6. Discussão .....	39
7. Conclusão.....	43
Referências .....	45

## Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama concetual.....	21
Figura 2. Modelo de mediação da CFP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama concetual.....	22
Figura 3. Modelo de mediação da CMBP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama concetual .....	23
Figura 4. Teste do modelo de mediação da CMBP no efeito da Idade e do Género sobre a SV.....	37

## Índice de Tabelas

Tabela 1. CMP: Índices de Ajustamento.....	31
Tabela 2. CFP: Índices de Ajustamento.....	32
Tabela 3. SV: Estimativas Estandardizadas.....	34
Tabela 4. Modelo Oblíquo dos Fatores SV e CMBP: Estimativas Estandardizadas....	35



## 1. Introdução

O número de idosos tem vindo a aumentar em Portugal. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), os resultados definitivos dos Censos 2011 demonstram que houve um crescimento da população mais idosa, resultado já evidenciado na década passada. Os resultados apontam para um crescimento na ordem dos 26% para idade superiores a 69 anos de idade. Segundo o INE (2012), os índices demográficos apurados apontam para um envelhecimento acelerado da população: em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos, o que vai ao encontro do aumento do índice de longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos que era, em 2011, de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento significativo do índice de envelhecimento reflete a melhoria das condições ambientais, medicinais e económicas (Baltes & Smith, 1997).

A entrada na dita “velhice” é sobretudo uma fase de mudanças físicas e psicológicas que engloba grandes níveis de instabilidade, originados pelas mudanças de papéis, pelas perdas nas relações, pela mudança do funcionamento físico, tal como as perdas no estatuto socioeconómico (Baltes & Mayer, 1999). Assim, devido ao progressivo envelhecimento, surge cada vez mais a necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos sobre os processos subjacentes à idade adulta avançada (Novo, 2003).

O presente estudo tem como objetivo analisar a influência da Capacidade Motora Percebida (CMP) e da Competência Funcional Percebida (CFP) nos efeitos diretos da idade e do género sobre a Satisfação com a Vida (SV) nos idosos. Assim num primeiro momento, relativo ao enquadramento teórico, pretendemos dar a conhecer o processo de envelhecimento de uma forma geral, assim como os conceitos-chave analisados neste estudo: o CMP, o CFP e o Bem-Estar Subjetivo (BES), mais especificamente na sua dimensão cognitiva, a SV. Estes conceitos-chave foram relacionados com as variáveis Idade e Género, fazendo também menção aos estudos empíricos realizados especificamente com a população alvo em questão.

Quanto ao estudo empírico, com base na literatura, foram testados os modelos de medida da CMP e da CFP numa amostra de idosos, pelo recurso à modelação de equações estruturais. Depois foi também testado um modelo oblíquo que integra os

modelos de medida, que levou a uma fusão dos constructos CMP e CFP, originando um outro, o Competência Motora Básica Percebida (CMBP). Por outro lado, o modelo de medida da SV resultou de um dos fatores do modelo bifatorial da *GDS-15* (Brown, Woods, & Storandt, 2007).

O resultado mais importante deste trabalho consistiu na existência de um efeito da Idade sobre a SV mas só quando mediado pela CMBP, sendo que os idosos na quarta idade apresentaram pior SV.

## **2. Fundamentação Teórica**

### **2.1. O Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo que envolve uma degradação progressiva e diferencial, é um processo que ocorre a vários níveis, pois a velhice está associada a um conjunto de alterações de natureza biológica, psicológica mas também social (Agostinho, 2004). O envelhecer é diferente de indivíduo para indivíduo. Assim a velhice não pode ser encarada de igual forma para todas as pessoas que chegam a esta fase da sua vida. Portanto, há que ter em conta a individualidade deste fenómeno. Não se pode simplesmente incluir uma pessoa no grupo dos idosos só por ter alcançado determinada idade, é importante que se vá para além disso, ligando os vários fatores de envelhecimento à história de vida e personalidade de cada um, que certamente terão grande influência na chegada à chamada velhice (Pimentel, 2001).

O envelhecimento deseja-se ativo. A pessoa ao chegar a certa idade acaba por se incluir no grupo dos idosos, sentindo que ocorreram várias mudanças que o trouxeram a este novo papel. Ao idoso, resta manter-se o mais ativo e funcional possível sendo necessário, não só que esteja motivado para isso mas que também o meio proporcione oportunidades para tal.

O envelhecimento dito ativo é visto como um processo que procura otimizar as oportunidades para a saúde, e manter a participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Tal implica que haja autonomia e sentido de controlo, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (Paúl, 2005).

A ideia de que a velhice é uma fase de perdas tem sido nos dias de hoje, cada vez mais substituída pela ideia de que os estádios mais avançados da vida são períodos propícios a novas conquistas, orientadas pela busca do prazer, pela realização de projetos adiados e de satisfação pessoal. As experiências vividas e o conhecimento adquirido são vistos como ganhos que oferecem elementos para se buscar novas identidades, para realizar sonhos e estabelecer boas relações intergeracionais (Pasqualotti, Barone e Doll, 2008).

O envelhecimento percetivo é muito diferenciado. Algumas modalidades sensoriais, como o olfacto, o gosto ou a cinestesia, são pouco afetadas pela idade, ao passo que outras, como audição, a visão e o equilíbrio, são gravemente afetadas. De todas estas modalidades percetivas, o envelhecimento altera de forma mais

significativa o equilíbrio, audição e visão, sendo que isto acarreta consequências importantes, e por vezes graves, a nível psicológico e social. Por outro lado, os défices sensoriais de natureza auditiva e visual parecem causas importantes de declínio geral no funcionamento das atividades intelectuais (Fontaine, 2000).

De acordo com Rocha e Vasconcelos (2004), a qualidade de vida no idoso passa pela capacidade de poder realizar as tarefas diárias de uma forma autónoma e independente.

Neste âmbito, as questões associadas à independência funcional assumem particular relevância, sendo a capacidade para realizar as atividades da vida diária (AVD), como por exemplo vestir-se, tomar banho, alimentar-se e caminhar, e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como usar o telefone, cozinhar, realizar as tarefas da casa, fazer compras, utilizar os transportes públicos, entre outras, um importante indicador de autonomia dos idosos, podendo influenciar a sua perceção de bem-estar (BE) e QV (Heikkinen, 2003).

O BE tem suscitado um interesse crescente em torno da sua compreensão desde a Antiguidade Clássica até aos nossos dias. Antigamente, os filósofos tinham como principal preocupação tentar compreender a natureza de uma vida feliz. Hoje, a investigação, especialmente na área das Ciências Humanas, pretende estudar os processos subjacentes às experiências de vida felizes, de modo a contribuir para a promoção de vidas e sociedades com maior bem-estar (Albuquerque & Lima, 2007).

**2.1.1. Teorias sobre o envelhecimento.** O envelhecimento psicossocial suscitou a curiosidade dos investigadores e levantou tantas dúvidas como o envelhecimento biológico. Os inúmeros estudos sobre o envelhecimento, elaborados com o objetivo de explicar a influência de diversos fatores sobre o envelhecimento, culminaram em algumas teorias. De seguida são abordadas as três principais: a da atividade, a do desligamento e a da continuidade.

Quanto à teoria da atividade, Havighurst e Albrecht (1953) formularam a hipótese de que o idoso deveria manter-se ativo se quisesse obter mais satisfação na vida, mudando a sua autoestima e conservando a sua saúde. Segundo esta teoria, a velhice bem-sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. Consequentemente a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo. Estes investigadores demonstraram que o índice de satisfação na vida consegue ser aumentado apenas pela simples participação em atividades sociais efetuadas com amigos. Esta teoria afirma entre outras ideias que, a



satisfação vital está enraizada em papéis sociofamiliares e laborais, havendo assim a necessidade de dotar os idosos de papéis que sejam socialmente apreciados, tendo sempre em conta o estado de ânimo do sujeito (Rossel, 2004). Deste modo, ao prolongar a atividade está-se a prolongar, conjuntamente a meia-idade, ou seja, o sucesso no envelhecimento é visto na capacidade do indivíduo não parecer envelhecido, devendo assim adiar o mais possível a entrada na velhice. É um processo mais ou menos natural e inevitável da última fase da vida, ajudando de certo modo, a adaptar-se à velhice, podendo levar a uma maior satisfação e a uma moral mais elevada (Berryman, Hangreaves, Herbert & Taylor, 2002).

A teoria do desligamento, proposta por Cumming e Henry (1961), demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade. O indivíduo põe fim de forma gradual ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Por sua vez esta oferece-lhe muito menos do que anteriormente. Quando a desinserção é total, o sujeito atinge um novo equilíbrio, caracterizado pela modificação do seu sistema de valores. A perda ao nível das relações interpessoais e ao nível do papel que desempenhava, tornam-se situações normais para o próprio. Ainda segundo esta teoria, a desinserção satisfaz da mesma forma o indivíduo e a sociedade.

Não se tratando de um processo voluntário (Fonseca, 2005), a teoria defende uma especificidade psicológica do idoso e dos seus processos relacionais, atribuindo-lhe autonomia e encarando-o como um ser dotado de livre arbítrio, que, por já não se encontrar preso a papéis anteriormente estabelecidos, pode realmente pensar e dizer o que quiser (Coleman & O'Hanlon, 2004).

Na teoria da continuidade (Havens, 1968) é postulado que, ao adaptar-se ao processo de envelhecimento, o indivíduo procura capitalizar os recursos e estratégias prévias, que funcionaram em períodos anteriores do ciclo-de-vida. O envelhecimento é apenas uma continuação dos hábitos, preferências e disposições já existentes. Embora esta teoria não defenda uma fórmula igual para todos os idosos, não toma em consideração mudanças significativas no desenvolvimento que pedem mais do que a adaptação de recursos anteriores, já que existem novas realidades. A teoria da continuidade demonstra que o envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases. Segundo Neugarten (1968), o idoso mantém os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante a sua vida. Deste modo, a conduta de um indivíduo numa determinada situação mantêm-se idêntica ao seu comportamento

anterior. Embora exista uma certa descontinuidade ao nível das situações sociais, os hábitos e estilos de vida, adquiridos pelo idoso, determinam a sua adaptação. As pressões exercidas pelos acontecimentos sociais que surgem durante os últimos anos de vida de uma pessoa, levam à adoção de certos comportamentos que continuam a direção de vida já iniciada anteriormente.

Erikson (1980, 1982) é um dos mais reconhecidos teóricos do desenvolvimento. Ele elaborou um vasto leque teórico que visa a descrição integrada dos muitos e diferentes aspetos do ciclo-de-vida o qual contribuiu para mudanças na forma como este era teorizado. Isto ocorreu, nomeadamente quanto à adolescência e à velhice, onde os conceitos por ele desenvolvidos tiveram, na altura, um carácter inovador. Contudo, Erikson (1980, 1982) foi o primeiro a abranger todo o ciclo-de-vida. Para ele o desenvolvimento é um processo do nascimento até à morte onde a biologia e a sociedade interagem de diferentes formas em diferentes momentos. A teoria de Erikson é uma visão unitária, tornando o desenvolvimento como um todo faseado, e descrevendo as evoluções de vários aspetos ao longo do ciclo-de-vida. Pretende ser uma visão holística e abrangente. É importante ainda referir que, para o estudo da velhice, por ser a etapa última do desenvolvimento, devem ser consideradas não só as virtudes e tarefas desenvolvimentais, mas todos os aspetos do desenvolvimento, pois estes podem estar ainda ativos nesta fase da vida (Fonseca, 2005).

**2.1.2. Alterações associadas ao processo de envelhecimento.** Reportar sobre as principais alterações no processo de envelhecimento não implica apenas falar sobre as principais doenças que afetam este estágio do desenvolvimento, tanto que os grandes problemas não se limitam às doenças. As doenças talvez sejam o menor dos problemas que afetam os idosos dado que o conhecimento científico tem apresentado uma manifesta coincidência entre a esperança de vida e esperança de saúde, como enunciam Costa e Carreira (2005). Os mesmos autores defendem que situações como a solidão, o sentido de perda dos contatos familiares e sociais, a carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência) são os novos e os velhos motivos que continuam a perturbar o sistema global de cuidados que opera com os idosos, ao mesmo tempo que estes são os alvos mais diretos. Portanto, a idade não se revela uma medida adequada para determinar o estado de saúde das pessoas (Costa & Carreira, 2005).

As alterações decorrentes do envelhecimento não afetam ao mesmo tempo todos os idosos nem os afetam da mesma maneira. Por isso, não podemos afirmar que existe só um tipo de idade, existem vários: idade cronológica, idade biológica, idade psicológica, idade emocional e idade social, entre outras, que variam segundo os patamares da nossa perspectiva de avaliação (Fonseca, 2005).

Quando falamos de idade cronológica falamos no número exato de anos que o indivíduo possui naquele momento. A idade cronológica não se apresenta como um bom critério para entender as alterações consequentes do envelhecimento de um indivíduo porque o número de anos não fornece informação completa sobre a sua saúde, o seu estado psicológico, o seu papel social e a sua qualidade de vida. Outro tipo de idade que se deve ter em conta no estudo das alterações associadas ao envelhecimento é a idade biológica que se encontra relacionada com a evolução/envelhecimento do organismo (Fonseca, 2005).

Paúl e Fonseca (2005) dizem que o declínio de natureza diferencial não atinge todas as funções nem todos os indivíduos do mesmo modo, não é uniforme, nem mesmo depois dos 80 anos de idade. As pessoas mantêm seletivamente algumas capacidades, enquanto outras se deterioram, provavelmente em função das doenças cardiovasculares, da educação e do nível ocupacional. Já por si, idade psicológica e idade social são variâncias do envelhecimento também afetadas por vários fatores. Na idade psicológica, há o intuito de se reportar sobre a maturidade mental da pessoa, das suas capacidades cognitivas. O evoluir da idade psicológica é afetado pelo modo que o indivíduo vê a sua vida e como age em função do seu pensar. Na idade social, o indivíduo está à mercê das dinâmicas sociais. A sociedade em torno do indivíduo é que classifica o seu envelhecimento. Segundo Paúl e Fonseca (2005), existe uma ideia fundamental ao iniciarmos o estudo sobre o processo de envelhecimento: a variabilidade interindividual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários.

Os fatores principais que influenciam as alterações associadas ao processo de envelhecimento, tendo em conta as ideias referidas por Costa e Carreira (2005), são:

- (1) a biologia humana (capacidades funcionais, físicas, mentais e sociais e respetiva capacidade de adaptação);
- (2) o ambiente;
- (3) os hábitos diários de vida;
- (4) a informação a que se tem acesso ao nível da educação para a saúde;
- (5) os cuidados recebidos;
- (6) a capacidade de sociabilização; e, (7) a sociedade onde está inserido.

É possível resumir as alterações associadas ao processo de envelhecimento, da seguinte maneira (Costa & Carreira (2005):

- (1) perda progressiva das capacidades do corpo;
- (2) não renovação das capacidades perdidas;
- (3) transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afetivos;
- (4) mudança no autoconceito;
- (5) alteração do seu papel social;
- (6) perda progressiva da autonomia.

Desta forma os idosos apresentam uma complexa natureza de necessidades. As necessidades dos idosos decorrentes do processo de velhice são várias e entre os autores consultados existe uma linha mais ou menos orientadora que cai sobre as seguintes distinções: necessidades sociais e familiares, necessidades físicas e psicossociais e necessidades socioeconómicas.

## **2.2. Bem-Estar**

O estudo do BE tem-se desenvolvido em duas dimensões importantes, uma no âmbito do desenvolvimento do adulto e da saúde mental e outra mais ligada a aspetos psicossociais, à qualidade de vida (QV) e à satisfação com as condições e circunstâncias da vida ou mais especificamente à satisfação com a vida (SV) (Novo, 2003). A QV envolve, para além dos aspetos ambientais, aspetos internos relativos a cada individuo, que correspondem ao Bem-Estar Psicológico (BEP) e ao Bem-Estar Subjetivo (BES) (Veenhoven, 2005). Estas duas conceções (BEP e BES) foram construídas a partir de duas perspetivas filosóficas diferentes, o hedonismo (BES) e o eudemonismo (BEP), que são fundamentadas em perspetivas distintas de natureza humana e daquilo que constitui uma boa sociedade (Ryan & Deci, 2001). Na distinção entre BE hedonista e BE eudemonista, está que no primeiro, o BE consiste no prazer ou felicidade (hedonismo vem do termo grego *hedonê*, que significa prazer): trata-se de experienciar sentimentos agradáveis, ou do equilíbrio entre sentimentos agradáveis e desagradáveis. Na outra perspetiva (BE eudemonista), o BE consiste na realização pessoal, ou seja, na atualização da nossa verdadeira natureza (eudemonismo vem do termo grego *eudaimonismós*, que significa felicidade, e refere-se à doutrina segundo a qual a felicidade consiste na prática da virtude, sendo o prazer um mero produto da vida virtuosa). Sendo assim, o BE eudemonista consiste mais no que a pessoa faz ou pensa, e não tanto no que ela sente (Ryan & Deci, 2001).

A perspectiva eudaimónica nega que a felicidade, definida segundo uma perspectiva hedónica, seja a única componente do BE. O prazer não será sempre um indicador duma boa vida, pois não é apenas da satisfação dos desejos que as pessoas tiram BE. A ênfase é dada ao sentido, ao caminho pessoal. *Eudaimon* é uma palavra grega que se refere ao interior, que significa o verdadeiro *self* da pessoa. A base filosófica desta perspectiva é Aristotélica, sendo que é rejeitada uma opinião subjetiva sobre o BE, defendendo-se uma avaliação objetiva sobre como a vida de uma pessoa é vivida de acordo com os seus valores centrais e de forma autónoma pelos sujeitos (Ryan & Deci, 2001).

Quanto ao BES, vinculado ao hedonismo, ele é concebido como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou de equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Diener, 2000). O construto é operacionalizado como um agregado de diversos outros conceitos, como o de felicidade, o de SV e o de experiências emocionais. Ele aparece no contexto empírico de procura de identificação de características sociodemográficas associadas à QV e à SV, e assenta na noção de felicidade. Tem ainda como propósito considerar a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas com base nos valores, necessidades e sentimentos pessoais, desvalorizando os valores universais ou a qualidade do funcionamento psicológico (Novo, 2003).

A extensa investigação em volta deste construto tornou-se mais clara desde a década de 60, com gradual dinamismo, e mais evidente nos EUA (Novo, 2003). Diener et al. (1999) apresentam o BES como um território geral de interesse científico, muito mais do que um construto singular. Por ser um campo ainda relativamente novo de investigação científica, a conceptualização do BES não é fácil nem simples. Felicidade, BE, SV e QV são por vezes utilizadas como termos equivalentes, por outras como construtos totalmente distintos (McMahon, 2006).

O BES pode ser considerado como sendo a acumulação de experiências positivas em vários domínios específicos da existência, como por exemplo, o trabalho, a família e o lazer. O indivíduo avalia a sua satisfação global com a vida, efetuando um tipo de cálculo mental de soma dos elementos. Estes elementos seriam constituídos por parcelas, como sendo as satisfações particulares experienciadas em cada um dos vários domínios. Uma vida agradável seria constituída pelo mero acumular de momentos agradáveis (Simões et al., 2000).

Como exemplo, Diener (1984) menciona que a pessoa experimenta prazeres, porque é feliz, e não o contrário. Sendo assim, qualquer experiência poderá ser

objetivamente agradável ou desagradável, satisfatória ou insatisfatória, dependendo da interpretação que o sujeito lhe atribuir.

Constata-se, segundo esta perspectiva, que as circunstâncias objetivas da vida são os principais preditores do BES (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995). As primeiras investigações neste domínio focaram-se na averiguação das influências dos fatores biossociais e sociodemográficos, tais como idade, género, e nível socioeconómico (Larson, 1978; Diener, 1984; Diener et al., 1999).

O BES é, atualmente, definido como sendo constituído por uma componente cognitiva, designada satisfação com a vida, ou seja, a forma como se avalia a própria vida, considerando-a globalmente (Novo, 2003), e por uma componente afetiva onde está inserida a noção de felicidade, ou seja, as reações emocionais, positivas ou negativas, face à referida avaliação (Novo, 2003). Novo (2003) salienta que o construto encerra em si aspetos cognitivos (satisfação) e aspetos afetivos (felicidade) implicados na avaliação subjetiva da existência pessoal, ou seja, aquilo que as pessoas pensam e sentem sobre as suas vidas. Considera-se assim, que o BES representa a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida, quer em termos de Satisfação com a mesma (aspeto cognitivo), quer em termos das suas relações emocionais positivas e negativas (aspeto afetivo).

No âmbito do presente estudo, a dimensão do BES sobre a qual iremos incidir a nossa atenção é a dimensão cognitiva, ou seja, a SV. As avaliações cognitivas que o sujeito faz podem ser relativas à vida atual, à passada ou futura, e podem incidir sobre a vida global ou sobre os seus diferentes domínios, como por exemplo, o familiar, o social, o laboral, do lazer, das condições de saúde, entre outros.

### **2.3. Satisfação com a Vida**

Definir se uma vida tem ou não qualidade, está dependente não só de condições objetivas, mas acima de tudo, das apreciações subjetivas relativamente ao que cada pessoa considera ser uma vida com ou sem qualidade, feliz ou infeliz, satisfatória ou não satisfatória.

Assim sendo, é seguro afirmar que um dos elementos inerentes à qualidade de vida é a Satisfação com a Vida (SV). A SV traduz portanto as autoavaliações e os juízos (globais ou específicos) que o indivíduo faz da sua vida (Diener, 2000; Villar, Triadó, Resano, & Osuma, 2003). Na sua essência, é um constructo subjetivo na medida em que os critérios utilizados para fazer as avaliações são eleitos pelo próprio indivíduo. Portanto, a SV diz respeito a uma avaliação cognitiva da globalidade da vida

do sujeito. A ênfase é colocada na subjetividade, visto que é o sujeito que por si só decide que critérios utilizar para avaliar a sua vida. A avaliação pode dizer respeito ao passado, ao presente ou ao futuro, sendo que certos instrumentos abordam todos estes períodos (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961).

No sentido de conseguir medir o sucesso no envelhecimento, Neugarten et al. (1961), criaram um instrumento que permitisse uma avaliação da Satisfação com Vida de uma forma mais objetiva, o ISV (Índice de Satisfação com a Vida), de acordo com os autores um indivíduo satisfeito com a sua vida será aquele que avalia de forma positiva todas as dimensões da SV. As cinco dimensões da SV consistem no Prazer, tirar prazer das atividades quotidianas; Sentido e Aceitação, o sujeito considera a sua vida como positiva e aceita-a com sendo da sua responsabilidade; Congruência, o sujeito tem uma imagem positiva e agradável de si próprio e por fim Tonalidade do Humor, é bem-humorado e otimista em relação à sua vida (Gouveia, Diniz, & Amado, 2006).

Acontece muitas vezes a SV é medida através de apenas um só item em especial quando faz parte de grandes pesquisas, acontecendo que nestes estudos o período abordado é o presente. Este construto, a SV, assim operacionalizado, embora seja afetado pela tonalidade das emoções experienciadas pelo sujeito, é independente de afetos positivos e negativos, mostrando ser, embora sofra de alguma variabilidade, especialmente a médio/longo prazo (Ehrhardt, Saris, & Veenhoven, 2000), como sendo o mais estável dos componentes do bem-estar subjetivo (Diener, 1984).

Em suma, a SV é assim compreendida como a medida “de quão felizes as pessoas estão com a sua vida atual” (Cavanaugh, 1994, p. 763). Ou seja, consiste num julgamento subjetivo que o sujeito faz acerca da sua vida e que reflete o quanto esse sujeito se percebe como próximo ou distante das suas aspirações e pode englobar por exemplo, a satisfação do sujeito face à sua saúde, ou à sua família, ou à sua rede de contactos sociais, embora seja expectável que ocorram diferenças nos níveis de SV devido a diferenças de idade e género, sendo variáveis sociodemográficas a ser tidas em conta.

#### **2.4. Idade**

Nos dias de hoje é importante, com o progressivo aumento da esperança média de vida, é importante fazer uma distinção entre idosos mais novos e mais velhos, fato que foi introduzido por Bernice Neugarten e pelo reconhecido trabalho de Peter Laslett (Baltes, 2003). De fato, Bernice Neugarten (in Coleman & O'Hanlon,

2004), um dos psicólogos pioneiros do desenvolvimento do envelhecimento, a partir de dados de disfuncionalidade, fez a distinção entre idosos novos (65-75 anos) e idosos velhos (75 em diante). Também Barros (2008) distingue dois grupos de idosos, considerando terceira idade a partir dos 65 anos até aos 75 ou 80 anos (seriam os idosos novos) e a quarta idade, a partir dos 80 anos. Acresce que em 1992, a Comissão das Comunidades Europeias analisou um questionário europeu “Idades e Atitudes” e sentiu necessidade de acrescentar uma nova designação “quarta idade”, que teria início a partir dos 75 ou mais anos (INE, 2002).

Para além disto, Baltes e Smith (1997), asseguram que a quarta idade não é a simples continuação da terceira idade, é um período onde existe uma elevada prevalência de disfuncionalidade e de redução de potencial para a realização da função adaptativa. Dado importante, uma vez que os dados demográficos de países desenvolvidos sugerem que a quarta idade é a faixa etária que mais rapidamente está a crescer. Esta faixa etária necessita de ser mais estudada, pois apresenta características e fatores com eles relacionados que a distinguem da terceira idade (Baltes & Smith, 2003).

Também Pinquart (2001), faz uma distinção entre idosos mais novos e idosos mais velhos, e fá-lo com base em fatores de disfuncionalidade. Embora estas definições não distingam de forma imperiosa os limites da idade, estão sujeitas a alterações decorrentes do conhecimento científico e também depende a que país nos estamos a referir, pois nos países menos desenvolvidos a velhice começa e acaba mais cedo do que nos países mais desenvolvidos (Baltes & Smith, 2003). A terceira e quarta idade são períodos dinâmicos sujeitos a evoluções e variações (Baltes, 2003), e a passagem da terceira para a quarta idade acontece a partir dos 80 anos de idade, onde se verifica a existência de maiores perdas ao nível cognitivo e identitário (mais solidão e dependência psicológica), saúde funcional e mudanças nas redes sociais (Smith & Baltes, 1998). Posto isto, põe-se a questão e a necessidade de querer investigar se devido a estas perdas próprias e naturais do avançar da idade haverá uma diminuição do BES dos sujeitos.

Estudos sobre a variação de BES entre a terceira e quarta-idade não são abundantes, mas as indicações do estudo de Berlim (Smith, 2001) e o conhecimento das exigências inevitáveis da quarta-idade (Baltes, 2003) apontam no sentido de uma diminuição do BES nesta fase da vida.

Tendo em conta as dificuldades inerentes à velhice, é expectável que o BES diminuísse com a idade, tendo em conta como já foi referido, desde as perdas, o



declínio de certas funções, a diminuição dos laços sociais, tudo fatores esperados e naturais da idade. Embora os estudos realizados com amostras de pequena dimensão, apresentarem resultados variados, as grandes revisões sobre esta temática, em que foram revistos e analisados estudos com grandes amostras, na ordem das dezenas de milhar de indivíduos, apresentam resultados apontando para uma manutenção do BES nos idosos (Ryan & Deci, 2001; Diener et al., 2004; Pavot & Diener, 2004).

É demonstrada a tendência para que, com o aumento da idade os afetos negativos se mantenham estáveis ou diminuam, a SV se manter estável e a vivência de afetos positivos diminuir (Pavot & Diener, 2004). Também o estudo levado a cabo por Diener e Suh (1997) apresentou resultados que originaram conclusões que apontaram que a satisfação com a vida não mostrava declínio com a idade. Só a partir de idades muito avançadas, para mais dos 80 anos, é que parece verificar-se alguma tendência para a diminuição do BES (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten, & Kunzmann, 1999).

Outros estudos acerca da felicidade dos mais idosos, em que uma das temáticas investigadas foi o BES, demonstraram resultados condizentes em relação à maioria dos idosos estar satisfeito com a vida e por consequência manter uma estabilidade ao nível do BES. No estudo realizado em Berlim, "*The Berlin Aging Study*" (Baltes & Mayer, 1999), com uma amostra bastante representativa da população muito idosa da cidade de Berlim, levado a efeito entre 1990 e 1993, 63% dos idosos manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida presente, e o mesmo no que respeitava à sua vida passada.

Apesar de vários estudos mostrarem que os idosos não se sentem menos satisfeitos com a sua vida relativamente a outros grupos etários (Neto, 1999), e que se consideram pessoas felizes (Baltes & Mayer, 1999; Simões et al., 2001), Barros (2008) é da opinião que é necessário continuar a encontrar estratégias para fazer perdurar a felicidade nos idosos.

## **2.5. Género**

Outra variável a ter em conta no efeito sobre o BES é o género. As teorias que estudam diferenças de género na idade avançada são dispersas e, de alguma forma, contraditórias (Smith & Baltes, 1998). Um conjunto dessas teorias, remete para o fato de as diferenças de género estarem relacionadas com a história de vida e com o contexto de vida. Outro, para o fato de os géneros apresentarem diferenças em termos

de perfis funcionais e em termos de BES. Várias teorias acerca do decurso de vida defendem que o estatuto e a oportunidade de vantagem ou desvantagem associados com o ser homem ou mulher se acumulam ao longo da vida, dando-nos uma perspetiva das diferenças relacionadas com o género na idade avançada (Smith & Baltes, 1998).

Outros estudos sugerem que o género demonstra variação do BES dos idosos. Nos idosos as mulheres apresentam menores níveis de BES, incluindo menor satisfação com a vida, em relação aos homens (Pinquart & Sörensen, 2000; Smith, 2001). Conclui-se que os níveis de BES são então mais reduzidos nas mulheres dos que nos homens da sua idade (Pinquart & Sörensen, 2001). As mulheres tendem a viver mais anos o que aumenta a probabilidade de viuvez, têm mais problemas de saúde, vivendo mais anos com incapacidade e dependentes da ajuda de terceiros (Pinquart, 2000) variáveis fortemente relacionadas com o BES (Kunzmann, Little & Smith, 2000; Smith, Borchett, Maier, & Jopp, 2002).

Também McConatha, McConatha, Jackson, e Bergen (1998) encontraram diferenças no BES relativamente ao género. Referem que a satisfação com a vida pode manter-se, mesmo quando a pessoa idosa vai perdendo o controlo da sua vida, mas destacam que isto acontece sobretudo nos homens, pois no caso das mulheres idosas, observa-se um decréscimo na satisfação com a vida.

Também no estudo de Berlim, as mulheres apresentam valores mais baixos de BES. É, contudo, preciso ter em conta o fator da sobrevivência seletiva, ou seja, por existir uma predisposição para as mulheres viverem em média mais anos que os homens, os homens que sobrevivem até às idades mais avançadas constituem já um subgrupo privilegiado do seu próprio género (Baltes & Mayer, 1999).

Supõe-se ainda que os indivíduos que apresentam um BES positivo são aqueles que experienciam mais emoções positivas do que negativas, e que fazem maioritariamente avaliações satisfatórias sobre a sua vida global (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 2000).

Assim, no que respeita aos idosos, verifica-se que a saúde, nomeadamente a saúde subjetiva, a religião e o estado civil (a condição de casado), são dos fatores que mais surgem significativamente relacionados com o BES dos idosos (Fernandez-Ballesteros et al., 1999; Diener, 1984; Diener et al., 1999; Novo, 2003).

Portanto importa saber como os idosos avaliam a sua saúde subjetivamente, e para tal, existem dois indicadores importantes do estado de saúde nos idosos, que são a autoavaliação da saúde ou saúde funcional (capacidade motora percebida – CMP), e

o estatuto funcional (competência funcional percebida – CFP) (Hoeymans, Feskens, Van Den Bos & Kromhout, 1997).

## **2.6. Saúde Funcional e Estatuto Funcional**

A saúde funcional subjetiva pode ser definida de acordo com os seus componentes sensoriais e motores, em termos de capacidade de percepção sensorial e capacidade motora percebida (Pimentel & Diniz, 2012), e que com base na literatura, a idade parece exercer influência na saúde funcional percebida, ou seja, na CMP (Pimentel & Diniz, 2012).

Existem resultados que apontam que os idosos avaliam a sua saúde subjetiva de forma menos positiva, em comparação com os adultos (Pinquart, 2001). As dificuldades dos idosos para gerir as atividades quotidianas devem-se, essencialmente, às suas limitações em termos de competências funcionais (Walsh, Khatutsky & Johnson, 2008), ou, a um nível mais básico, à saúde funcional que apresentam, em especial às suas dificuldades motoras (Pimentel & Diniz, 2012).

Portanto, quando há um decréscimo no estatuto funcional, a autoavaliação da saúde pode ser afetada, mas após algum tempo, é normal que ocorra uma adaptação à nova situação, levando à integração dessa dificuldade no funcionamento diário (Hoeymans et al., 1997).

Pinquart (2001) defende que a idade não é a causa da mudança na saúde subjetiva no idoso, mas sim uma característica da idade, que representa naturalmente declínios na saúde objetiva e no estatuto funcional. Defende ainda que existem cinco fatores que contribuem para a diminuição da saúde subjetiva nos idosos: as condições objetivas e subjetivas de avaliação da sua saúde; a atribuição dos problemas físicos apenas à idade, ao invés dos problemas de saúde; a compensação de alguns problemas de saúde (i.e. usar óculos ou aparelhos auditivos), de forma a perder significado na percepção subjetiva da saúde; a sobrevivência seletiva, que pode reduzir mudanças associadas à idade; e idosos em más condições de saúde tendem a não participar nos estudos.

A saúde objetiva tem sido vista como o principal preditor da saúde percebida pelo indivíduo, e pode ser diferenciada entre saúde física (i.e. presença ou ausência de doença aguda ou crónica), saúde funcional (i.e. limitações no dia-a-dia devido a problemas de saúde), e saúde mental (i.e. depressão). Embora estas componentes sejam autoavaliadas, são consideradas como saúde objetiva por poderem ser observadas por um observador externo (Pinquart, 2001).

No entanto, pode acontecer uma dificuldade ou fragilidade visual/auditiva/locomotora não ser percebida como um problema de saúde pelos idosos, mas antes como um problema funcional que interfere nas capacidades de desempenhar tarefas rotineiras (Iecovich & Irsalowitz, 2004). Smith et al. (2002) afirmam que avaliações subjetivas de saúde funcional são mais fortes preditores do bem-estar do que medidas objetivas do estado de saúde (i.e., número de diagnósticos de doenças ou acuidade visual).

As múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais (dificuldades em ver, ouvir ou deslocar-se) e perdas sociais que caracterizam a quarta idade têm grande probabilidade de influenciar a saúde funcional e as rotinas do dia-a-dia, impondo constrangimentos na participação e contactos sociais, importantes fontes de afeto. De salientar que a saúde subjetiva, enquanto percepção do declínio funcional, tem maior poder preditivo da mortalidade do que a saúde objetiva (Smith et al., 2002).

Constata-se que os idosos percebem a sua saúde como resultado das suas limitações nas AVD consideradas importantes, e de acordo com a sua capacidade de executar de forma autónoma essas atividades (Paúl & Fonseca, 1999). Assim, verifica-se que o estatuto funcional dos idosos tem influência sobre a saúde subjetiva (Hoeymans et al., 1997; Pinquart, 2001), em que as capacidades funcionais são importantes para assegurar a autonomia e a gestão do quotidiano (Pimentel & Diniz, 2012).

O estatuto funcional é um indicador objetivo, que classifica a dificuldade na realização das atividades de vida diária (AVD), enquanto que a autoavaliação da saúde é um indicador subjetivo, em que o indivíduo percebe e avalia a sua própria saúde com base na interpretação do seu estatuto funcional (saúde física e mental) e das expectativas e das comparações (Hoeymans, Feskens, Van Den Bos & Kromhout, 1997).

O funcionamento diário do idoso é composto pelas AVD, como o vestir, comer, utilizar a casa de banho e caminhar, essenciais a um funcionamento autónomo e constante. O fato de existirem dificuldades nas AVD, pode afetar a vida do idoso e o seu bem-estar físico e psicológico, como já foi referido, estas atividades são consideradas essenciais para o autocuidado do indivíduo. Em caso de dificuldades, o idoso fica mais dependente dos outros, o que acontece com mais prevalência em idosos com idade igual ou superior a 85 anos (Mohanty et al., 2012). As competências e as AVD diminuem com a idade (Mohanty et al., 2012), e o declínio no estatuto funcional do idoso diminui o bem-estar subjetivo (Neri, 2002).

Assim, com a diminuição do estatuto funcional, o indivíduo sente mais dificuldade em realizar as AVD ou de autocuidado de forma independente. Logo, a autoavaliação da saúde indica como o indivíduo percebe a sua saúde, sendo um indicador de BE ou de QV. O declínio do estatuto funcional e da autoavaliação da saúde são observados sobretudo nos idosos com idade superior a 80 anos (Hoeymans, Feskens, Van Den Bos & Kromhout, 1997). No entanto, os idosos podem ter diferentes interpretações e expectativas no que respeita aos cuidados de saúde, avaliando de forma diferente o seu estado de saúde (Hoeymans et al., 1997).

Embora não haja evidência da manutenção da relação entre o estatuto funcional e a autoavaliação da saúde, devido ao fato de estes indicadores evoluírem de forma diferente com o avançar da idade, em que, o estatuto funcional deteriora-se com a idade e a autoavaliação parece manter-se estável após uma certa idade (Hoeymans et al., 1997), no entanto Pinquart (2001) indica que há um declínio da saúde subjetiva com o aumento da idade.

A saúde funcional é uma das componentes da saúde mais afetada na população idosa (Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999) pois acarreta consequências indesejáveis ao quotidiano do idoso.

Para Simões (2006) a saúde funcional é a capacidade de realizar tarefas da vida real (caminhar, tomar banho, vestir-se, comer, cuidar da higiene pessoal), as referidas AVD, autonomamente.

A incapacidade funcional remete para a dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade do seu desempenho (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

De acordo com a OMS (WHO, 2003, 2006), estima-se que cerca de 10% da população mundial tenha algum tipo de incapacidade, 20% com mais de 70 anos e 50% com mais de 85 anos. A incapacidade tende a aumentar com a idade, os idosos que se situam na quarta idade são os que apresentam mais incapacidades (Chappell & Cooke, 2010).

Alguns estudos indicam que a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais (Rosa et al., 2003).

Estudos estes que defendem que uma vida ativa pode ser capaz de manter por mais tempo a capacidade funcional do que uma vida inativa. Portanto, a saúde funcional pode não coincidir com a saúde subjetiva isto é, com a percepção que o sujeito tem do seu estado de saúde (Rosa et al., 2003).

Smith et al. (2002) afirmam que a distinção entre saúde funcional e saúde subjetiva pode ser feita através de um paralelismo entre qualidade de vida e bem-estar subjetivo (BES) ou seja, um indivíduo pode ter uma boa qualidade de vida mas sentir-se infeliz não possuindo, assim, um bom nível de BES.

Devido à variedade de sintomas que determinadas doenças originam, os idosos fazem diferentes avaliações sobre o seu bem-estar (Prohaska, Keller, Leventhat, & Leventhal, in Smith et al., 2002).

Segundo Gomes (2008), a saúde subjetiva difere da saúde objetiva na medida em que, a primeira diz respeito à percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, outra em que um indivíduo pode desvalorizar a sua doença considerando-a como menos grave ou como tendo um menor impacto na sua vida, ao contrário de outro que pode valorizá-la em demasia.

Para Kaplan e Baron-Epel (2003), a saúde subjetiva envolve um complexo processo de comparação. A percepção do estado de saúde do idoso, é influenciada pela comparação que ele faz a si, de si próprio e de seus pares. O idoso faz a comparação de acordo com o impacto que as suas limitações têm nas atividades que mais valoriza (Paúl & Fonseca, 1999).

A saúde funcional e a saúde subjetiva são fortes preditoras do BES, sendo esta última considerada o preditor mais forte, seguido da satisfação com a situação financeira e satisfação com as relações sociais (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2002; Simões, 2006).

Estudos apontam para o fato de idosos (com mais de 65 anos) avaliarem a sua saúde de forma mais negativa do que adultos de meia-idade, mesmo quando controladas a saúde objetiva e outras variáveis sócio demográficas importantes (Levkoff, Cleary, & Wetle, in Staudinger, Fleeson & Baltes, 1999). Num estudo efetuado com idosos dos 65 aos 84 anos, verificaram que os participantes até aos 74 anos têm melhor percepção da própria saúde do que os participantes mais velhos (Rodrigues & Leal, 2002 in Saudinger et al., 1999).

A avaliação subjetiva é vantajosa pois permite ter acesso à vivência intrínseca do sujeito proporcionando de uma forma válida a avaliação da saúde do indivíduo (Kaplan & Baron-Epel, 2003; Martins, 2008).

Através da heteroavaliação, a medição das limitações funcionais, é assim uma ferramenta útil para as intervenções na saúde, onde a incapacidade é considerada como uma doença crónica, e onde também a limitação funcional percebida pode

desempenhar um papel importante ao nível da prevenção da saúde (Pimentel & Diniz, 2012).





### 3. Formulação do Problema de Investigação

O desempenho do indivíduo está relacionado com um conjunto de atividades básicas diárias (lavar-se, vestir-se, utilizar os sanitários, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer), internacionalmente designadas por *Activities of Daily Living* (AVD, em português). Assim, para que sejam desempenhadas estas atividades é necessário que o indivíduo tenha capacidade e competência para a execução das respetivas tarefas.

A revisão de literatura mostra-nos que o desenvolvimento humano é concebido como um processo complexo que pode ser caracterizado pela multidireccionalidade (Baltes, 1987; Neri, 1995). Multidireccionalidade significa que, desde a concepção, o desenvolvimento é caracterizado pela ocorrência conjunta de aumento (ganhos), diminuição (perdas) e de manutenção (estabilidade) da capacidade adaptativa.

O presente estudo tem como objetivo testar três modelos, com o fim de compreender qual deles representa melhor os efeitos da Idade e do Género sobre a satisfação com a vida (SV) nos idosos, considerando o efeito de mediação nessa relação de três construtos. Os construtos a testar enquanto mediadores são: a capacidade motora percebida (CMP), a competência funcional percebida (CFP) ou a competência motora básica percebida (CMBP), que integra os anteriores (Figuras 1, 2 e 3).

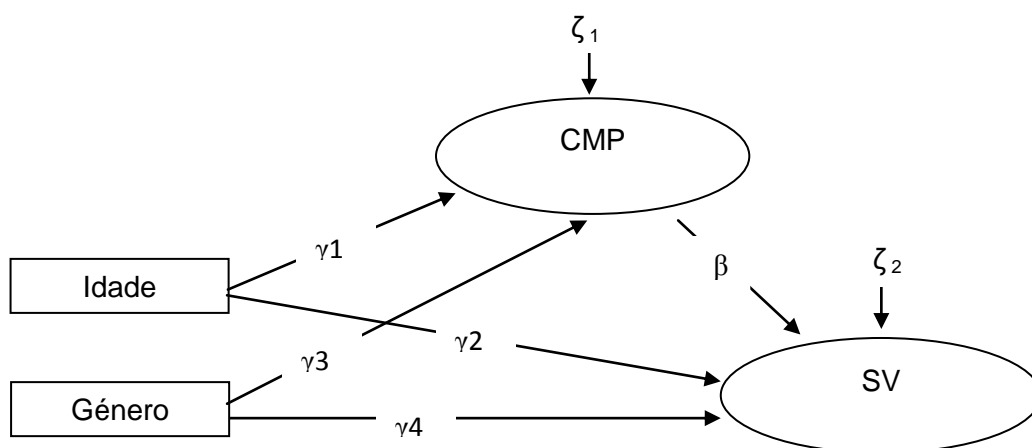


Figura 1. Modelo de mediação da CMP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama conceitual.  $\gamma_i$  = efeitos diretos das variáveis observadas exógenas ou preditores observados, sobre as variáveis latentes endógenas ou critérios latentes;  $\beta$  = efeito direto entre os dois critérios latentes;  $\zeta$  (resíduo estrutural) = quantidade de variância dos critérios latentes não capturada pelos respetivos preditores.

Note-se que a percepção de saúde nos idosos resulta da sua incapacidade funcional, isto é, das suas limitações para executar atividades básicas diárias autonomamente (Hoeymans et al, 1997; Paúl & Fonseca, 1999; Pinguart, 2001). Esta incapacidade funcional, nomeadamente no que respeita à sua componente motora, pode ser objetiva ou subjetivamente avaliada, apresentando esta última modalidade vantagens relativamente à primeira e podendo ser operacionalizada tanto em termos molares (CFP), quanto em termos elementares (CMP) (Pimentel & Diniz, 2012). No entanto, estas duas vertentes abrangem um conjunto de atividades, onde muitas delas se complementam umas às outras. Assim sendo, espera-se que haja uma forte relação entre a CFP e a CMP, daí resultando a CMBP.

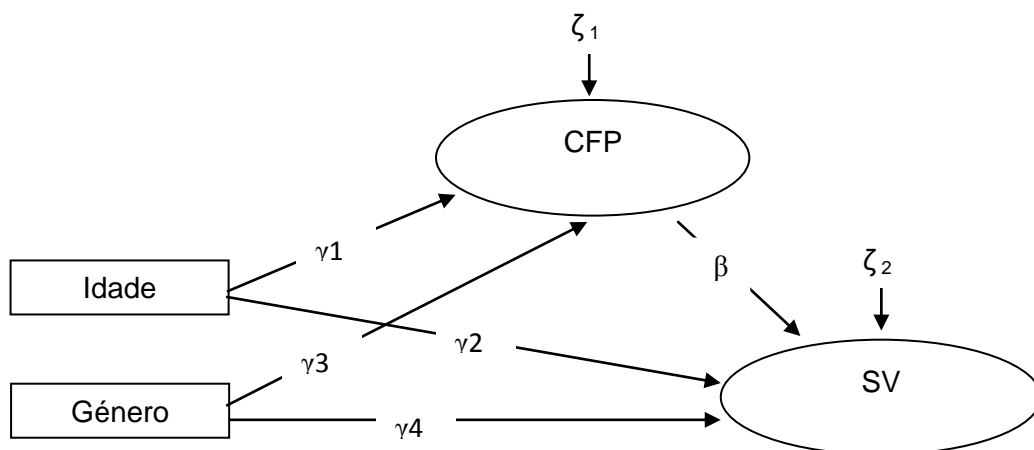


Figura 2. Modelo de mediação da CFP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama conceptual. Ver símbolos estatísticos na Figura 1.

Quanto à justificação das relações constantes nos modelos de mediação apresentados nas figuras, esta é sustentada por vários estudos que suportam que a SV é influenciada por diversos fatores. A partir de idades muito avançadas parece verificar-se tendência para a diminuição do BES, e por consequência da SV (Smith et al., 1999). Entretanto, e com o avançar da idade, as competências para desempenhar AVD sofrem diminuições (Mohanty et al., 2012), como consequência do declínio no estatuto funcional do idoso, o que diminui o seu BES (Neri, 2002). Esta afirmação é corroborada por Pinguart (2001) e por Perrig-Chiello, et al. (2006), que indicam que há um declínio da saúde subjetiva com o aumento da idade. Em síntese, Smith et al. (2002) referem que os idosos com mais sentimentos de incapacidade funcional, com

menos saúde funcional subjetiva, nomeadamente os da quarta idade, têm uma grande probabilidade de ver as suas rotinas quotidianas afetadas, o que influencia a sua SV.

O Género também parece influenciar a percepção funcional e o BES na idade mais avançada. As mulheres por norma apresentam menores níveis de BES, incluindo menor satisfação com a vida (Pinquart & Sörensen, 2000; Smith, 2001), pois tendem a viver mais anos, o que aumenta a probabilidade de viuvez, de problemas de saúde, de aparecimento de incapacidades, tornando-as dependentes da ajuda de terceiros (Pinquart, 2000). Estas variáveis estão fortemente relacionadas com a SV (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2002).

Presume-se então que há um efeito dos mediadores ligados às AVD (CMP,CFP ou CMBP; Figuras 1, 2 e 3) sobre as relações entre a Idade e o Género e a SV.

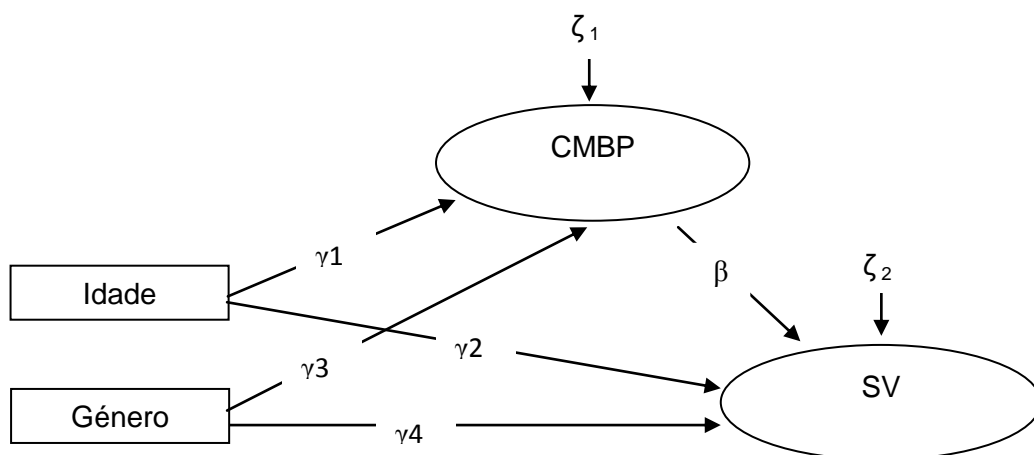


Figura 3. Modelo de mediação da CMBP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: diagrama conceptual. Ver símbolos estatísticos na Figura 1.



## 4. Método

### 4.1. Participantes

Tratou-se de uma amostra comunitária de meio urbano, inicialmente constituída por 182 idosos e que ficou reduzida a 176 (leque etário = 65 - 92 anos *Mdn* = 72). Os idosos eram voluntários, não institucionalizados e autónomos, controlados para demência através do *Mini-Mental State Examination (MMSE)*: Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994) e depressão através da *Geriatric Depression Scale – short form (GDS-15)*: Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986). Dos participantes 50.6% pertencem ao género feminino. Verificou-se, ainda, que 70.5% dos idosos tinham uma escolaridade equivalente ao primeiro ciclo e 23.9% dos idosos afirmaram viver só.

### 4.2. Instrumentos

***Mini-Mental State Examination (MMSE)***. Foi utilizado neste estudo, para que fosse possível fazer-se a identificação e a consequente exclusão de participantes com demência. A versão original, desenvolvida por Folstein et al. (1975) foi utilizada para detetar alterações cognitivas. A prova foi adaptada para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). É caracterizada por ser um instrumento preciso, rápido e simples aplicação, que permite a deteção de alterações cognitivas, sendo adequado na população idosa. A versão utilizada é composta por 30 questões em seis áreas específicas: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada questão tem a cotação de 1 ponto, sendo a cotação máxima da prova 30 pontos. A interpretação do resultado tem em conta o grau de escolaridade do sujeito, pois é uma prova influenciada pela escolaridade. Para existência de alteração cognitiva é considerado valor inferior a 15 para analfabetos, menor ou igual a 22 para sujeitos que tenham até 11 anos de escolaridade e menor ou igual a 27 para sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade.

***Escala de Depressão Geriátrica versão-reduzida (EDG-15)***. A EDG – versão reduzida (Diniz, 2007) é uma versão portuguesa da *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986). Este é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreio de sintomas depressivos em idosos. Note-se que a *GDS-15* foi construída a partir da versão original de 30 itens de Yesavage et al., (1982-83). A escala pode ser aplicada por profissionais não médicos, pois não exige conhecimentos em psicopatologia. As

escalas de versão reduzida (15 perguntas) deveriam ser as preferencialmente utilizadas, dado o pouco tempo gasto na sua aplicação. Para o preenchimento da versão reduzida, deve considerar-se que os itens 1, 5, 7, 11 e 13, devem ser pontuados negativamente, isto é, a uma resposta “Não” corresponde um ponto, estes cinco itens são utilizados para avaliar a SV. Aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15, será atribuído um ponto à resposta positiva “Sim”. Sugere-se que, para a quantificação dos resultados, se proceda à seguinte classificação: valores de 0 – 5: idosos normais; para pontuações entre 6 – 10, são indicativos de depressão de severidade crescente; uma pontuação 11 – 15 é indicação de idosos gravemente deprimidos (Kurlowicz & Greenberg, 2007).

A escolha da EDG-15 teve em conta o facto de ser uma escala largamente utilizada para o rastreio de depressão na população idosa. No presente estudo, esta escala foi utilizada com o intuito de avaliar o nível de depressão nos idosos participantes, bem como de operacionalizar o construto SV que, segundo Brown et al., Woods & Storandt (2007), conjuntamente com o Afeto Depressivo Geral, constitui um modelo oblíquo alternativo plausível ao unidimensional da EDG.

**Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP).** Este questionário constitui um instrumento unidimensional que pretende avaliar as crenças dos idosos acerca das suas capacidades motoras, envolvidas no desempenho das atividades da vida diária (Diniz, 2008). Procura colocar a perceção ou avaliação subjetiva que o idoso faz das suas próprias capacidades ao nível motor. Assim, é solicitado ao participante que, refletindo acerca do seu dia-a-dia, refira como se sente habitualmente em relação a um conjunto de atividades, como: mastigar, locomover-se (andar, subir e descer escadas, etc.) equilibrar-se quando se baixa para apanhar objetos do chão, motricidade fina (escrever, coser, etc.), equilibrar-se quando parado(a) e força nas mãos. Através de uma escala de resposta de tipo-Likert de seis pontos (desde 0- péssima [muitíssimo má] a 6- perfeita [muitíssimo boa]) o participante pode indicar como percebe as suas capacidades motoras. Esta prova foi validada, com sucesso, em estudos anteriores (Gaspar, 2013; Pimentel & Diniz, 2012).

**Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP).** Este questionário constitui um instrumento unidimensional que avalia as crenças dos idosos acerca das suas competências funcionais, envolvidas no desempenho das tarefas do dia-a-dia (Diniz, 2012). É uma prova constituída por seis itens que, nomeadamente, contemplam as seguintes tarefas: tomar banho, caminhar (fora de casa), transferir-se de uma posição para outra (deitar-se ou levantar-se da cama, transferir-se de uma

cadeira para outra) vestir-se, comer e utilizar o quarto de banho. Através de uma escala de resposta de tipo-Likert de seis pontos (desde 0- péssima [muitíssimo má] a 6- perfeita [muitíssimo boa]).

### **4.3. Procedimento**

**4.3.1. Recolha de dados.** Foram realizadas entrevistas aos idosos de forma diretiva. A autora entrevistou 60 dos participantes neste estudo. Realizou-se inicialmente uma recolha de informação sociodemográfica, depois a administração do *MMSE* e da *EDG-15* e, por fim, as restantes provas, organizadas aleatoriamente para cada participante, com o intuito de minimizar o erro decorrente da sequência de aplicação das mesmas (efeito de halo).

A amostra foi constituída maioritariamente por critérios de conveniência (73.3%): acesso mais facilitado e de localização geográfica mais favorável. Os restantes participantes foram selecionados através da técnica de bola de neve. A todos os participantes foi apresentado um termo de consentimento informado, mas a sua larga maioria não o assinou.

A hetero-administração das provas foi realizada, preferencialmente no período da manhã, pois à partida já se sabia que o ciclo circadiano aponta para que os idosos estejam em melhores condições da parte da manhã (Li, Hasher, Jonas, Rahhal & May, 1998; Diniz & Amado, in press). As provas foram hetero-administradas, com o objetivo de haver uma uniformização do procedimento a todos os participantes e porque a hetero-administração também minimiza efeitos culturais e linguísticos, que certamente trariam problemas de validade de resultados (Diniz & Amado, in press; Paradela, Lourenço & Veras, 2005). As provas foram passadas num tom e fluência verbal adequados (por vezes era necessário utilizar um tom de voz mais forte, pois na presença de idosos a redução da acuidade auditiva estar diminuída).

Não se realizaram entrevistas em alturas festivas (Natal e Fim de Ano, e Páscoa), durante uma semana antes e depois da data em questão, nem aquando de acontecimentos circunstanciais negativos, morte de pessoas próximas ou aniversário do idoso (Diniz & Amado, in press).

**4.3.2. Análise de dados.** Uma vez concluída a recolha dos dados, os mesmos foram inseridos no *SPSS for Windows* (v. 20.0, SPSS Inc., Chicago, IL). Foi efetuada uma análise descritiva das características da amostra.

A operacionalização das variáveis género e idade, ambas variáveis dicotómicas nominais, atribuiu-se, respetivamente, para o género, a notação (1) para o género feminino e (2) para o género masculino; para a idade atribuiu-se a notação (1) para as idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos (terceira-idade) e a notação (2) para indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, segundo o critério de Baltes e Smith (2003).

Com o *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996), e tendo em conta a métrica ordinal dos itens, calculou-se a matriz das correlações policóricas dos dados, conjuntamente com a respetiva matriz de covariância assintótica, que, seguidamente, utilizando a linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993), foi trabalhada pelo *LISREL*.

A estrutura fatorial dos modelos de medida que operacionalizam os construtos CMP, CFP, CMBP e SV, foi testada, através da análise fatorial confirmatória (AFC), recorrendo a um conjunto de técnicas, que integravam a já referida estimação das matrizes de correlações policóricas (PC) e a estimação dos modelos por máxima verosimilhança com uso do robusto Satorra-Bentler *scaled chi-square* ( $S-B\chi^2$ ; Satorra & Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos com variáveis não-normais em amostras com  $N \geq 200$  (Curran, West & Finch, 1996).

O tratamento dos resultados foi feito com recurso a um processo bietápico (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1993). Recorrendo à solução estandardizada, procedeu-se ao teste dos modelos de medida para apreciar acerca da sua validade estrutural e da validade discriminante (VD), através da análise fatorial confirmatória (AFC), bem como da apreciação da validade convergente (VC) e da fiabilidade compósita (FC). A VD é calculada através do quadrado da correlação desatenuada ( $\phi$ ) entre os fatores (variância partilhada), a qual deve ser inferior à variância média extraída (VME) de, pelo menos, um dos fatores em apreciação. A VC é apreciada a partir da VME, que deve apresentar valores iguais ou superiores a .50 (Fornell & Larcker, 1981), enquanto a fiabilidade deve apresentar valores superiores a .70, de .80 para comparação de grupos e de 90% para diagnóstico individual (Nunnally & Bernstein, 1994).

Após a realização dos testes de validade estrutural dos modelos de medida, foi testado o modelo de mediação, utilizando os resultados da solução não



estandardizada. Note-se que para que haja um efeito de mediação, ou indireto, é necessário que cada efeito direto que o compõe, bem como o indireto propriamente dito sejam estatisticamente significativos.

Para avaliar o ajustamento dos modelos, consideraram-se os valores do qui-quadrado relativo ( $\chi^2/gf$ ), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005), do *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), que deve ser próximo ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998), e do *root mean square error of approximation* (RMSEA; Steiger, 1990), que deve apresentar valores próximos ou inferiores a .08 para indicar um ajustamento aceitável e valores próximos ou inferiores a .05, para indicar um bom ajustamento (Browne & Cudeck, 1993). O *expected cross-validation index* (ECVI; Browne & Cudeck, 1993) é habitualmente usado para comparar modelos concorrentes, escolhendo-se o que apresentar valores mais baixos. Relativamente ao *standardized root mean square residual* (SRMR) este deve ser próximo ou menor de .08 para se considerar o modelo bem ajustado (Hu & Bentler, 1998).



## 5. Resultados

### 5.1. Estudo prévio dos modelos de medida do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP) e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP)

Inicialmente este estudo tinha uma amostra de 271 participantes, no entanto, quando se começou a testar os modelos, percebeu-se que teria havido problemas na recolha dos dados. Ao testar o modelo do QCMP verificou-se a existência de problemas de ajustamento (Tabela 1, M1), o que não tinha ocorrido em estudos anteriores com o QCMP em diferentes amostras (i.e. problema causado pelos itens).

Tabela 1. *CMP: Índices de Ajustamento*

Modelo	S-B $\chi^2/gf$	Ratio ( $\chi^2/gf$ )	CFI	RMSEA	SRMR	ECVI
M1	55.83/9	6.20	.95	.14	.07	.30
M2	41.31/9	4.59	.95	.14	.07	.35
M3	31.38/9	3.48	.95	.14	.07	.45
M4	54.48/9	6.05	.95	.14	.08	.32
M5	44.90/9	4.99	.95	.14	.08	.32
M6	48.33/9	5.37	.95	.14	.08	.33
M7	43.59/9	4.84	.96	.13	.07	.28
M8	36.75/9	4.08	.96	.12	.07	.29
M9	58.76/9	6.53	.93	.16	.08	.38
M10	26.26/9	2.91	.97	.10	.05	.28

*Nota.* M1 = modelo unifatorial com 6 itens, com a amostra total; M2 = modelo unifatorial com 6 itens, sem idosos com menos de 70 anos; M3 = modelo unifatorial com 6 itens, sem idosos com menos de 75 anos; M4 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 1; M5 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 2; M6 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 3; M7 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 4; M8 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 5; M9 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes do entrevistador 6; M10 = modelo unifatorial com 6 itens, sem participantes dos entrevistadores 4 e 5; S-B = Satorra-Bentler por máxima verosimilhança; Ratio( $\chi^2/gf$ ) = qui quadrado relativo; CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual; ECVI = Expected Cross-Validation Index.

Dado este resultado, uma das hipóteses a ser considerada foi a da existência de erro aleatório devido à idade dos idosos desta amostra (i.e. amostra maioritariamente jovem) ou de erro sistemático (i.e. problema causado pelos itens).

Assim, foram eliminados primeiramente os participantes que tinham idade inferior a 70 anos e posteriormente os participantes com idade inferior a 75 anos. Os resultados indicaram a manutenção dos problemas de ajustamento (Tabela 1; M2 e M3).

Foi então testado o modelo de medida do QCFP para apreciar o seu ajustamento. Os resultados continuaram a indicar um mau ajustamento (Tabela 2; M1, M2 e M3). Este processo conjunto apontava mais para a existência de erro aleatório do que de erro sistemático nas respostas aos itens das provas, contudo esse erro aleatório não seria devido às características etárias da amostra.

Tabela 2. CFP: Índices de Ajustamento

Modelo	S-B $\chi^2/gl$	Ratio ( $\chi^2/gl$ )	CFI	RMSEA	SRMR	ECVI
M1	54.17/9	6.01	.97	.14	.07	.29
M2	37.53/9	4.17	.98	.13	.07	.33
M3	28.46/9	3.16	.97	.13	.08	.43
M4	56.75/9	6.30	.97	.15	.07	.33
M5	36.69/9	4.07	.98	.12	.06	.28
M6	64.31/9	7.14	.96	.17	.09	.40
M7	46.32/9	5.14	.97	.13	.07	.29
M8	34.22/9	3.80	.98	.12	.06	.28
M9	48.43/9	5.38	.97	.14	.07	.33
M10	24.46/9	2.71	.99	.09	.06	.27

Nota. Ver as abreviaturas na Tabela 1.

Outra hipótese a considerar, foi a de haver problemas no que se refere aos entrevistadores, ou seja, causado por erro aleatório devido ao procedimento de recolha de dados. Assim foram testados novamente os modelos em sete fases,

retirando em cada uma delas os participantes de um dos entrevistadores. Em todos os casos os modelos não apresentavam bom ajustamento (Tabelas 1 e 2; M4 a M9), contudo, verificou-se que dois dos modelos apresentavam melhores resultados relativos, nomeadamente no *ECVI*, para ambos os questionários (Tabelas 1 e 2; M7 e M8) ainda que para o QCFP essa diferença seja menos perceptível (Tabela 2; M7 face a M5). Eliminaram-se da amostra os participantes que responderam aos entrevistadores quatro e cinco, que agravavam os resultados do ajustamento dos modelos dos questionários (Tabelas 1 e 2; M7 e M8) e, assim, melhorou-se o seu ajustamento (Tabelas 1 e 2; M10), apesar de este não ser ainda aceitável.

Esses participantes foram excluídos do estudo e testaram-se os modelos de medida do QCMP e do QCFP com os idosos da amostra descrita no Método.

## **5.2. Estudo dos modelos de medida do Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP) e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP)**

Os resultados do teste do modelo do QCMP, mostraram que ele estava razoavelmente ajustado ( $S-B\chi^2/df = 25.60/9$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.80; *CFI* = .97; *RMSEA* = .10; *SRMR* = .06; *ECVI* = .28). Entretanto, resultados idênticos foram obtidos para o QCFP ( $S-B\chi^2/df = 20.54/9$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.28; *CFI* = .99; *RMSEA* = .09; *SRMR* = .06; *ECVI* = .25).

## **5.3. Estudo do modelo integrador do Questionário de Capacidade Motora Percebida e do Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP)**

Os resultados do modelo oblíquo com 12 itens que integram os dois modelos de medida – QCMP e QCFP, indicaram um ajustamento aceitável ( $S-B\chi^2/df = 112.65/53$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.13; *CFI* = .98; *RMSEA* = .08; *SRMR* = .08; *ECVI* = .93), no entanto, verificou-se a existência de uma fortíssima correlação entre os dois fatores (CMP-CFP,  $\phi = .96$ ). Assim, justifica-se a fusão dos dois fatores num único, o CMBP. Ao testar este modelo unifatorial, os resultados, nomeadamente do *ECVI*, mostraram que ele apresentava um melhor ajustamento do que o modelo oblíquo ( $S-B\chi^2/df = 113.49/54$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.10; *CFI* = .98; *RMSEA* = .08; *SRMR* = .08; *ECVI* = .92).

#### 5.4. Estudo da EDG-15

Os resultados da EDG, modelo unifatorial com 15 itens, mostraram que o modelo testado estava razoavelmente ajustado ( $S-B\chi^2/gl = 149.02/90$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = 1.66;  $CFI = .95$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .16$ ;  $ECVI = 1.19$ ), visto que o  $SRMR$  estava muito acima do aceitável (.08). Entretanto, os resultados da EDG-15, modelo bifatorial com 15 itens Brown et al. (2007), mostraram que ele estava melhor ajustado que o anterior ( $S-B\chi^2/gl = 136.70/89$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = 1.54;  $CFI = .96$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .16$ ;  $ECVI = 1.14$ ), atendendo, nomeadamente, ao  $ECVI$ . Finalmente, a correlação entre os fatores ADG (Afeto Depressivo Geral) e SV foi elevada ( $\phi = -.68$ ).

#### 5.5. Estudo do fator Satisfação com a vida da EDG-15

Os resultados do teste dos cinco itens da SV mostraram um bom ajustamento ( $S-B\chi^2/gl = 1.89/5$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = 0.38;  $CFI = 1.00$ ;  $RMSEA = .00$ ;  $SRMR = .03$ ;  $ECVI = .14$ ), no entanto, o item 1 apresentou uma carga fatorial baixa, como pode verificar-se na Tabela 3 (M1).

Tabela 3. SV: Estimativas Estandarizadas

Item	M1		M2	
	$\beta$	$R^2$	$\beta$	$R^2$
edg1	.43	.18	-	-
edg5	.88	.77	.88	.77
edg7	.88	.78	.89	.78
edg11	.55	.30	.54	.29
edg13	.58	.33	.57	.33
VME		.47		.54
FC		.81		.82

Nota. VME = variância média extraída (validade convergente); FC = fiabilidade compósita;  $\beta$  = peso fatorial estandarizado ( $p < .001$ );  $R^2$  (comunalidade dos itens) =  $1 - \epsilon$  (resíduo estandarizado)

Voltou-se a testar o modelo sem o item 1. Deste modo o modelo estava melhor ajustado ( $S-B\chi^2/gl = 1.27/2$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = .64;  $CFI = 1.00$ ;  $RMSEA = .00$ ;  $SRMR = .03$ ;

$ECVI = .10$ ), note-se que ao eliminar o item o modelo conseguiu uma melhor VME e FC, como pode verificar-se na Tabela 3 (M2).

### 5.6. Estudo do modelo oblíquo que integra o fator Competência Motora Básica Percebida (CMBP) e o fator Satisfação com a Vida

Os resultados do teste do modelo oblíquo que integra o fator CMBP e o fator SV indicaram um bom ajustamento ( $S-B\chi^2/gl = 169.51/103$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = 1.65;  $CFI = .98$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .11$ ;  $ECVI = 1.35$ ). Os valores das correlações desatenuadas mostraram que existe VD ( $\varphi = .11$ ), e que os constructos SV e CMBP apresentaram uma boa VME, como também uma boa FC como pode verificar-se na Tabela 4. Não existindo problemas neste modelo estava-se em condições de testar o modelo de mediação da CMBP nos efeitos da Idade e do Género sobre a SV.

Tabela 4. Modelo Oblíquo dos Fatores SV e CMBP: Estimativas Estandarizadas

SV		
Item	$\beta$	$R^2$
edg5	.85	.72
edg7	.91	.84
edg11	.51	.26
edg13	.59	.34
VME = .54		
FC = .82		
CMBP		
1. Mastigar	.55	.30
2. Equilíbrio	.63	.39
3. Locomoção	.39	.16
4. Motricidade fina	.82	.67
5. Equilíbrio parado	.83	.68
6. Força nas mãos	.79	.63
7. Banho	.81	.66
8. Caminhar	.64	.41
9. Transferir	.76	.58

(continua)

Tabela 4. *Modelo Oblíquo dos Fatores SV e CMBP: Estimativas Estandarizadas*  
(continuação)

CMBP		
Item	$\beta$	$R^2$
10.Vestir	.84	.71
11.Comer	.82	.67
12.Sanita	.90	.81
VME =.56		
FC =.94		

Nota. Ver as abreviaturas na Tabela 3.

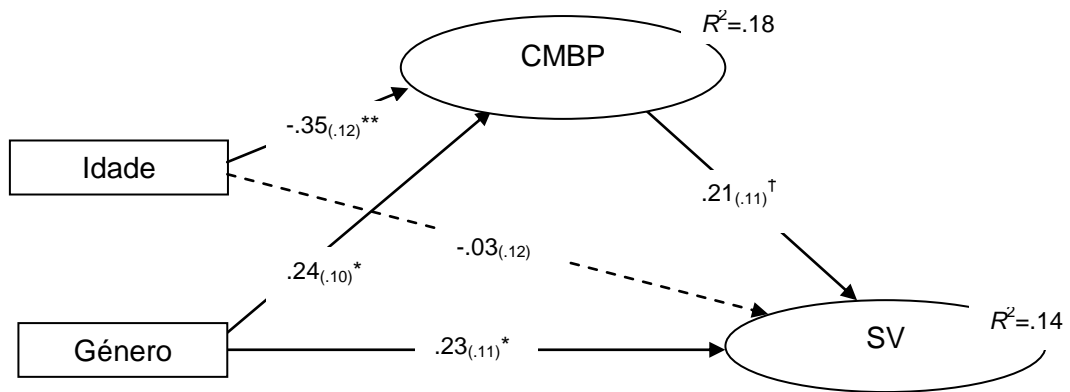
### 5.7. Modelo de mediação da Competência Motora Básica Percebida (CMBP) nos efeitos da Idade e do Género sobre a SV

Conforme pode verificar-se na Figura 4, o modelo estava bem ajustado (só o valor do *SRMR* era superior ao desejável), e as relações diretas entre a Idade e a CMBP, bem como entre o Género e a CMBP, indicaram que os homens têm mais CMBP em comparação com as mulheres e que os idosos na terceira idade têm mais CMBP em comparação com os na quarta idade. Já quanto às relações diretas da Idade e do Género com a SV, só esta última foi significativa: os homens têm mais SV. Por seu lado, a relação entre a CMBP e a SV foi marginalmente significativa, apontando para que quanto mais CMBP mais SV.

Entretanto, verificou-se que a Idade só exerceu efeito sobre a SV, quando essa relação era mediada pela CMBP: os idosos na terceira idade apresentaram mais SV. Pelo contrário, o Género não teve um efeito indireto estatisticamente significativo sobre a SV, quando essa relação era mediada pela CMBP.

Por último, a quantidade de variância da CMBP e da SV extraída pelos seus preditores ( $R^2$ ) foi superior ao valor tido por moderado por Cohen (1998).





Efeito indireto Género-CMBP-SV = .05 (.03);  $z = 1.58$

Efeito Total Género-SV = .28 (.11);  $z = 2.53^*$

Efeito indireto Idade-CMBP-SV =  $-.07_{(.04)}$ ;  $z = -1.72^†$

Efeito Total Idade-SV =  $-.10_{(.11)}$ ;  $z = -0.98$

Figura 4. Teste do modelo de mediação da CMBP no efeito da Idade e do Género sobre a SV: estimativas da solução não estandardizada. Idade (1 = terceira idade; 2 = quarta idade); Género (1 = feminino; 2 = masculino). Índices de ajustamento:  $S-B\chi^2/gI = 211.39/131$ ; Ratio  $(\chi^2/gI) = 1.71$ ;  $CFI = .98$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .11$ .  $R^2$  (coeficiente de determinação) = quantidade de variância extraída pelos preditores.

$†p < .10$ ;  $*p < .05$ ;  $**p < .01$



## 6. Discussão

Ao testar os modelos de medida, percebeu-se que houve problemas na recolha dos dados devido a erro aleatório, assim sendo, eliminaram-se os participantes de dois entrevistadores, conseguindo-se assim obter bons resultados.

Os problemas que existiram na recolha dos dados foram consequência, particularmente, por questões do género de um dos entrevistadores e de fonética de outro entrevistador, deste modo, resultou a exclusão dos participantes dos respetivos entrevistadores, resultando na amostra referida anteriormente. A maioria dos entrevistadores foi do género feminino, no entanto, houve um entrevistador do sexo masculino e que parece ter influenciado a recolha dos dados. Através de alguns estudos, pode-se dizer que os indivíduos tendem a expor informações íntimas a entrevistadores do sexo feminino (Fenton, Johnson, McManus, & Erens, 2001), no entanto, as mulheres tendem a não relatar certo tipo de comportamentos a entrevistadores do sexo masculino (Delamater, cit in Fenton et al., 2001). As entrevistas devem ser realizadas de forma explícita, com definições claras, mas se o entrevistador tiver um pronúncia diferente do entrevistado, poderá ser este considerado como um elemento distrator, ou seja, em vez do participante prestar atenção ao conteúdo das questões, poderá focar-se na fonética do entrevistador, distraíndo-se e fugindo às questões que interessam para o estudo.

Com a amostra resultante deste processo, primeiramente, estudou-se os modelos de medida do QCMP e do QCFP, que não apresentaram um ajustamento aceitável. Em contrapartida, o modelo unifatorial que integrou os itens destas provas, cujo construto que representam foi designado CMBP, apresentou um bom ajustamento. Depois, estudou-se um modelo de medida da EDG-15, verificando que o modelo bifatorial apresentou um melhor ajustamento do que o unifatorial, conforme também já tinha acontecido no estudo de (Brown et al., 1993). Entretanto, no presente estudo verificou-se uma elevada correlação entre os dois fatores, o que também tinha acontecido numa amostra de idosos com psicopatologia utilizada pelos autores. Este resultado do presente estudo estará relacionado com o facto de 27.3% dos participantes apresentarem pontuações superiores a cinco na prova, as quais são sugestivas de depressão (Kurlowicz & Greenberg, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986). Note-se ainda, que no estudo do fator SV da EDG-15 foi necessário eliminar o item 1, obtendo-se uma melhor VME e FC para o fator.

Não existindo problemas de VD no modelo oblíquo que integrava os fatores CMBP e SV, testou-se o modelo de mediação da CMBP nos efeitos da Idade e do Género sobre a SV.

Os resultados encontrados no teste do modelo de mediação sugerem que na terceira idade as pessoas têm uma maior CMBP do que as pessoas na quarta idade. A terceira e quarta idade são períodos dinâmicos sujeitos a evoluções e variações (Baltes, 2003), e a transição da terceira para a quarta idade acontece a partir dos 80 anos de idade, onde ocorrem as maiores perdas ao nível cognitivo e identitário (mais solidão e dependência psicológica), ao nível da saúde funcional e em mudanças nas redes sociais (Smith & Baltes, 1998). A quarta idade não é a simples continuação da terceira idade, é uma fase onde existe uma elevada prevalência de disfuncionalidade e de redução de potencial para a realização da função adaptativa (Baltes & Smith, 1997).

Em relação ao género, os homens idosos têm mais CMBP, ao contrário das mulheres idosas. As mulheres têm tendência a manter uma proximidade maior com a sua saúde e com as consultas, sendo muitas vezes as zeladoras da saúde dos maridos. A própria experiência enquanto mães, leva a que tenham um maior sentido de alerta a pequenas alterações na saúde. As mulheres mantêm um maior número de atividades instrumentais, em comparação aos homens, sendo que estes dedicam mais tempo a atividades de lazer (Baltes et al., 1999). Estas diferenças podem influenciar a forma como o indivíduo percebe a sua saúde, isto é, se as mulheres necessitam de ativar mais recursos funcionais para desempenhar as suas tarefas diárias, provavelmente sentem as suas CMBP mais diminuídas, em relação ao género masculino.

Ainda quanto ao teste do modelo de mediação, quanto menos CMBP, menor a SV. A saúde funcional e a saúde subjetiva são fortes preditoras do BES, sendo esta última considerada o preditor mais forte, seguido da satisfação com a situação financeira e satisfação com as relações sociais (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2002; Simões, 2006). Assim percebe-se que quanto menos competência e capacidades percebidas pelos idosos menor será a sua SV.

Por último, verificou-se a existência de um efeito da Idade sobre a SV mas só quando mediado pela CMBP, sendo que os idosos na quarta idade apresentaram pior SV. A CMBP merece, pois, especial atenção nessa relação, nomeadamente em idosos na quarta idade. Perrig-Chiello et al. (2006) corroboram estes resultados, em que afirmam que a autonomia funcional e a saúde subjetiva são variáveis que decrescem com o aumento da idade. A saúde subjetiva, enquanto percepção do declínio funcional,

tem uma grande probabilidade de ser influenciada pelas múltiplas doenças físicas, incapacidades funcionais e perdas sociais (Smith et al., 2002). Smith et al. (2002) referem que idosos com mais sentimentos de incapacidade funcional, com menos saúde funcional subjetiva, nomeadamente os da quarta idade, têm uma grande probabilidade de ver as suas rotinas quotidianas afetadas.

As limitações deste trabalho assentam na recolha da amostra, uma vez que se recorreu a métodos de amostragem não probabilísticos, o que pode ter condicionado os resultados obtidos. Sugere-se, assim, recolha em amostras com características o mais idênticas possíveis à da nossa população ou mesmo recorrer a amostragem probabilística. Também o facto de se ter feito a hetero-administração das provas pode ter enviesado os resultados, devido à desejabilidade social. No entanto, este procedimento também ofereceu vantagens, na medida em que permitiu controlar melhor os índices de cansaço e o nível de compreensão do entrevistado, entre outras não menos importantes. Ao considerar-se a população idosa, é sugerido a aplicação de testes psicológicos por parte de um entrevistador treinado por razões instrumentais e ético-deontológicas (Diniz & Amado, in press). Razões essas que se prendem na falta de familiaridade e facilidade de idosos perante um cenário de avaliação ou procedimento, que pode levar a que os idosos se sintam desconfortáveis. A segunda razão instrumental para usar uma entrevista, diz respeito às questões de saúde funcional. A deficiência visual e o controlo motor fino deficiente tornam mais difícil para os idosos a resposta a provas escritas. A terceira razão instrumental para usar uma entrevista quando se trabalha com os mais velhos, é que alguns deles são analfabetos. Esta razão também pode ser concebida em termos ético-deontológicos, pois a entrevista permite não excluir idosos que já se encontram em desvantagem em termos sociais. Acresce, ainda em termos ético-deontológicos, que a aplicação de testes psicológicos por entrevistadores treinados atende a respostas emocionais e oferece um contexto mais seguro para o idoso.

Convém referir, ainda, que os modelos foram analisados em termos da sua precisão dentro do mesmo domínio de predição de onde os dados foram recolhidos (precisão preditiva interpolativa; Forster, 2002). Assim, é com especial cuidado que os resultados devem ser generalizados. Apesar do modelo apresentar um bom ajustamento, ele deverá passar por um processo de validação mais alargado designadamente com idosos provenientes de outros meios que não apenas o urbano, bem como com amostras mais velhas e mais escolarizadas. A replicabilidade dos resultados agora obtidos contribuiria para a sua validação. Este processo de validação

deverá ainda, se possível, contemplar uma amostra mais abrangente do que a presente neste estudo, a qual só incluiu idosos não dementes, não deprimidos e não institucionalizados.

## 7. Conclusão

Os resultados originados pela presente investigação permitem desenvolver hipóteses de intervenção, em especial com o objetivo de orientar o trabalho dos cuidadores formais, psicólogos e outros profissionais de saúde.

A presente investigação permitiu uma melhor compreensão da população idosa, o que é de extrema importância, sendo esta a faixa etária em maior crescimento populacional no nosso País (Instituto Nacional de Estatística, 2011)

O modelo apresentado era plausível, isto é, estatisticamente significativo e suficientemente parcimonioso, sendo que os resultados dizem respeito apenas a uma população com características semelhantes à da amostra em estudo, logo é recomendado que ele seja replicado noutros estudos com outras amostras.

É possível melhorar a qualidade de vida da população idosa ao adotar intervenções adequadas à realidade existente. Os cuidadores formais, os cuidadores informais, e a sociedade em geral, poderão contribuir para esse efeito, explorar e desenvolver estratégias que promovam um envelhecimento bem-sucedido. Em particular, a intervenção sobre a CMBP dos idosos mais velhos (quarta idade) poderá aumentar a sua SV.

Este trabalho proporcionou um contato muito próximo com a população idosa promovendo, assim, um enriquecimento pessoal. A familiarização com os problemas desta faixa etária veiculados pelos próprios idosos na fase que antecedeu a recolha de dados, bem como na fase posterior à recolha, foi muito compensador.





## Referências

- Agostinho, A. (2004). Perspetiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 31-36.
- Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Retrieved from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>
- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20,153-164. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, 103, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. (2003). Extending longevity: Dignity gain - or dignity drain? *Max Planck Research*, 3, 15-19.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 395-409. doi: 10.1037/0882-7974.12.3.395
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi: 10.1159/000067946
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Berryman, J., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (2002). *Psicologia do desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

- 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*, 372-379. doi: 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). London: Sage.
- Cavanaugh, J. C. (1994). Ageing. In A. M. Coleman (Ed.), *Companion Encyclopedia of Psychology* (Vol. 2) (pp.752-769). London: Routledge.
- Chappell, N. L. & Cooke, H. A. (2010). Age related disabilities: Aging and quality of life. In *International Encyclopedia of Rehabilitation* (pp. 1-13). New York, NY: State University at New York & Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/189/>
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2004). *Ageing and development*. New York, NY: Oxford University.
- Costa, M. A., e Carreira, L. (2005). A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal. *Sinais Vitais, 60*, 13 - 19.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing older: The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*, 16-29. doi: 1082-989X/96/\$3.00
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist, 55*, 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2004). The evolving concept of subjective well-being: The multi-faceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219. [http://dx.doi.org/10.1016/S1566-3124\(03\)15007-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1566-3124(03)15007-9)

- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216. doi: 10.1023/A:1006859511756
- Diniz, A. M. (2007). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M. (2008). *Questionário de Capacidade Motora Percebida*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (in press). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology*.
- Ehrhardt, J. J., Saris, W. E., & Veenhoven, R. (2000). Stability of life-satisfaction over time. *Journal of Happiness Studies*, 1, 177-205. doi: 10.1023/A:1010084410679
- Erikson, E. (1980). Identity and the life cycle. New York, NY: W.W. Norton & Company Inc.
- Erikson, E. (1982). The life cycle completed. New York, NY: W.W. Norton & Company Inc.
- Feist, J., Bodner, E., Jacobs, F., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 138-150. doi: 10.1037/0022-3514.68.1.138
- Fenton, K. A., Johnson, A. M., McManus, S., & Erens, B. (2001). Measuring sexual behaviour: Methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77, 84-92. doi: 10.1136/sti.77.2.84
- Folstein, M. F., Folstein S. E., & McHugh, P. A. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50. doi:10.2307/3151312
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, S124-S134. doi: 10.1086/341840
- Gaspar, A. O. (2013). *O efeito das estratégias de seleção, otimização e compensação sobre a satisfação com a vida em idosos: interveniência da autoestima?* (Dissertação de mestrado não publicada), Universidade de Évora, Évora.

- Gomes, H. M. D. (2008). *A Influência da idade, do género e da saúde funcional subjectiva na ansiedade face à morte em adultos idosos* (Dissertação de mestrado não publicada), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gouveia, J., Diniz, A. M., & Amado, N. (2006). Estudo preliminar da adaptação portuguesa para idosos do *Life Satisfaction Index A (LSI A)*. In C. Machado, L. S. Almeida, M. Goncalves, M. A. Guisande, & V. Ramalho (Orgs.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 837-844). Braga: Psiquilibrios.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Havens, B. J. (1968). An investigation of activity patterns and adjustment in an aging population. *Gerontologist*, 8, 201-206. doi: 10.1093/geront/8.3
- Havighurst, R. J., e Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York, NY: Longmans Green. doi: 10.1177/000271625429400183
- Heikkinen, L. (2003). *O papel da atividade física no envelhecimento saudável*. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Hoeymans, N., Feskens, E., Kromhout, D., & Van den Bos, G. (1997). Ageing in the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science and Medicine*, 45, 1527-1536. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00089-0
- Hoeymans, N., Feskens, E., Van den Bos, G., & Kromhout, D. (1997). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health*, 87, 1620-1625. doi: 10.2105/AJPH.87.10.1620
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453. doi:10.1037/1082-989X.3.4.424
- Iecovich, E. & Isralowitz, R. E. (2004). Visual impairments, functional and health status, and life satisfaction among elderly bedouins in Israel.. *Ageing International vol. 29*, p. 71 – 87. doi: 10.1007/s12126-004-1010-7
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from <http://www.researchgate.net/publication/19468803>
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1993). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Kaplan, G. & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56. 1669-1676. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00179-X
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- 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, 511-526. doi:10.1037//0882-7974.15.3.511
- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. A. (2007) The Geriatric Depression Scale (GDS). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. Issue 4.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125. doi:10.1093/geronj/33.1.109
- Li, K. Z. H., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T. A., & May, C. P. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition? *Psychology and Aging*, 13, 574-583. doi: 0882-7974/98/\$3.00
- Martins, C. J. M. (2008). *Género, saúde funcional Subjectiva e Depressão em adultos idosos: teste de um modelo estrutural*.(Dissertação de mestrado não publicada),em Psicologia Clínica não publicada), (Dissertação de mestrado não publicada), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- McConatha, J. T., McConatha, D., Jackson, J. A., & Bergen, A. (1998). The control factor: Life satisfaction in later adulthood. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4, 159-168.
- McMahon, D. M. (2006). *Happiness: A history*. New York: Grove Press.

- Mohanty, S., Gangil, O. P., & Kumar, S. (2012). Instrumental activities of daily living and subjective wellbeing in elderly persons living in community. *Indian Journal of Gerontology*, 26, 193-206. Retrived from <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d200c312-d39c-4403-ac359e60076e25f7%40sessionmgr10&vid=1&hid=11&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=76320722>
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en américa latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, 55-74. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534205>
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. In A. L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento*, 13-40. Campinas, SP: Papirus.
- Neugarten, B. L. (1968). Middle age and aging a reader in social psychology. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Paradela, E., Lourenço, R., & Veras, R. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Ver. Saúde Pública*, 39, 918-23. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008
- Pasqualotti, A., Barone, D. A. C., & Doll, J. (2008). Avaliando as perdas comunicativas nas relações sociais de um grupo de idosos com traços depressivos. Comunicação apresentada nas *Jornadas Latino-Americanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias*, Rio de Janeiro, RJ.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International*, 29, 113-135. doi:10.1007/s12126-004-1013-4

- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 470-482. doi: 10.1080/13548500600726633
- Pimentel, L. (2001), *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2012). Perceived motor ability and selection, optimization, and compensation: Effects of age and institutionalization. *PsicoUSF, 17*, 357-368.
- Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies, 2*, 375-405. doi: 10.1023/A:1013938001116
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 15*, 187-224. doi:10.1037//0882-7974.15.2.187
- Rocha, P., & Vasconcelos, O. (2004). Comportamento da flexibilidade articular em idosos institucionalizados praticantes e não praticantes de actividade física. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 4*, 323-324.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D., Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública, 31*, 40-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010005000019>
- Rossel, N. Y. (2004). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociológicas. Em N. Y. Rossel, R. R. Herrera, & M. A. Rico (Eds.), *Introducción a la psicogerontología* (pp. 47-88). Madrid: Pirámide.
- Ryan, R. & Deci, E. (2001). On happiness and on human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5*, 165-172. doi: 10.1300/J018v05n01\_09

- Simões, A. (2006). A nova velhice: Um novo público a educar. Porto: Ambar.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. *Modelos e práticas em educação de adultos* (pp. 301-320). Coimbra: Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9, 461-477.
- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 13, 676-695. doi: 10.1037//0882-7974.13.4.676
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R., & Kunzmann, U. (1999). Sources of well-being in old age. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). New York: Cambridge University Press.
- 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, 715-732. doi: 10.1111/1540-4560.00286
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., Baltes, P. B.. (1999). Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.305>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180. doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Veenhoven, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society? *European Psychologist*, 10, 330-343. doi: 10.1007/s11205-009-9556-0
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C. S. & Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.



- Walsh, E. G., Khatutsky, G., & Johnson, L. (2008). Functional impairment levels in PACE enrollees. *Health Care Financing Review, 29*, 81-88.
- Watson, D, Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- WHO (2003). *The world health report 2003: Shaping the future*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva: World Health Organization.
- Yesavage J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982-83). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.