



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A mediação dos afetos positivos e negativos no
efeito da saúde funcional subjetiva sobre a
autoestima, em idosos.**

Cláudia Sofia Sobral Xavier da Silva

Orientação: Professor Doutor António Augusto
Pinto Moreira Diniz

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Dissertação

Évora, 2014

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**A mediação dos afetos positivos e negativos no
efeito da saúde funcional subjetiva sobre a autoestima,
em idosos.**

Cláudia Sofia Sobral Xavier da Silva

Orientador

Professor Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz

Fevereiro de 2014

Agradecimentos

Ao professor Doutor António Diniz, pela sua imensa disponibilidade, incansável partilha de conhecimento e inigualável sentido de humor.

Às colegas Anabela Gaspar, Ashley Tavares e Mariana Ribeiro pela partilha de conhecimento, de momentos bons e maus e pelo apoio nas alturas mais tumultuosas deste percurso. Foi uma honra caminhar ao vosso lado e poder contribuir, também, para o vosso trabalho.

Aos idosos que tão atenciosamente se disponibilizaram para responder às muitas questões que lhes coloquei, e pelos ensinamentos que todos eles me transmitiram e que me permitiram crescer.

Às instituições e seus responsáveis e funcionários, que desde logo se disponibilizaram a ajudar, e sem os quais seria mais difícil ter chegado a alguns dos maravilhosos idosos que tive a oportunidade de conhecer.

Ao meu pai, que sempre me incentivou a não desistir e sempre me fez sentir que estava no caminho certo e que era capaz de tudo o que quisesse conquistar. Que aturou os meus momentos de desespero e limpou as minhas lágrimas nos momentos mais difíceis.

Aos meus avós, por terem sido a minha maior inspiração e por me terem feito sentir tão profundamente esta vontade de fazer alguma coisa por todos eles. Esta foi também a minha forma de me sentir mais perto dos que já partiram.

Aos meus irmãos, pelas palavras de incentivo e pelos momentos de descontração que me proporcionaram ao longo destes longos meses de trabalho.

Aos meus amigos, que apesar da distância e do pouco tempo, sempre estiveram ao meu lado e sempre me incentivaram a perseguir este sonho.

Ao meu namorado, por ter estado sempre ao meu lado, por me ter ajudado a relativizar e até a rir dos momentos de maior desespero e por me ter feito sentir que sou capaz.

A mediação dos afetos positivos e negativos no efeito da saúde funcional subjetiva e a autoestima, em idosos

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender se o efeito indireto dos Afetos Positivos (AP) e dos Afetos Negativos (AN) potencia o efeito direto das Capacidades Motoras Percebidas (CMP) sobre a autoestima (AE). A amostra integrou um total de 406 idosos(as), autônomos(as), não institucionalizados(as) (*Mdn* = 73 anos), selecionados através de métodos de amostragem não probabilísticos e controlados para demência e depressão. Foram aplicadas as provas referentes a cada um dos constructos: o Questionário de Capacidades Motoras Percebidas, a Escala de Afetos Positivos e Negativos e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Os construtos e o modelo de mediação foram testados através da modelação de equações estruturais. Os resultados indicaram que o efeito indireto dos AP teve influência no efeito total, sendo, pois, os AP um forte mediador da relação entre as CMP e a AE. Os resultados indicaram também que os AN não exerceram efeito de mediação na relação entre as CMP e a AE.

Palavras-chave: idosos, autoestima, bem-estar subjetivo, capacidades motoras percebidas, efeitos de mediação, modelação de equações estruturais.

The mediation of positive and negative affects in the effect of subjective functional health on self-esteem in elderly people

Abstract

This study aimed to understand if the indirect effect of Positive Affects (PA) and Negative Affects (NA) enhances the direct effect of Perceived Motor Skills (PMS) over Self-Esteem (SE). The sample was constituted by 406 elderly, autonomous, people, none of which was institutionalized (age median= 73 years old), selected through non-probabilistic sampling, while controlling for dementia and depression. The tests that pertain each construct were applied: the Questionnaire for Perceived Motor Skills, the Positive and Negative Affects Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The constructs and the mediation model were tested through structural equation modeling. The results indicate that the indirect effect of the PA had an influence in the overall effect, thus constituting a strong mediator of the relation between PMS and SE. The results also indicate that the NA had no mediating effect on the relation between PMS and SE.

Keywords: elderly, self-esteem, mediation effects, perceived motor skills, structural equation modeling, subjective wellbeing.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	2
2.1. Envelhecimento.....	2
2.2. Teorias sobre o envelhecimento.....	4
2.2.1. Psicologia Desenvolvimental no Ciclo de Vida.....	4
2.2.2. Teoria da seletividade socio-emocional de Carstensen.....	5
2.3. Saúde Funcional Subjetiva.....	5
2.3.1. Conceito de saúde.....	5
2.3.2. Saúde Funcional e Saúde Subjetiva.....	6
2.4. Bem-Estar Subjetivo (BES).....	9
2.4.1. Sobre a Felicidade.....	9
2.4.2. BES: diferentes perspetivas.....	10
2.4.3. BES: Componente afetiva.....	11
2.4.4. BES em idosos.....	13
2.5. Autoestima.....	13
2.5.1. Autoestima em idosos.....	16
3. Formulação do problema de investigação.....	17
4. Método.....	18
4.1. Participantes.....	18
4.2. Instrumentos.....	19
4.3. Procedimento.....	20
4.3.1. Recolha de dados.....	20
4.3.2. Análise de dados.....	22
5. Resultados.....	23
5.1. Estudo dos modelos de medida.....	23
5.1.1. Validade Estrutural do Questionário de Capacidade Motora Percebida.....	23
5.1.2. Validade Estrutural da Escala de Afetos Positivos e Negativos.....	24
5.1.3. Validade Estrutural da Escala de Autoestima de Rosenberg.....	25
5.1.4. Modelo oblíquo que integra os modelos de medida.....	26
5.2. Modelos de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima.....	29
6. Discussão.....	30
7. Conclusão.....	32

8. Referências.....33

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima: diagrama conceitual.....18

Figura 2: Modelo de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima: estimativas da solução não estandardizada.....29

Índice de Tabelas

Tabela 1: EAPN: índices de ajustamento dos modelos.....24

Tabela 2: EAPN: estimativas DWLS da solução estandardizada.....27

Tabela 3: EAER: índices de ajustamento dos modelos28

Tabela 4: EAER: estimativas DWLS da solução estandardizada.....28

1. Introdução

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial em crescimento que traz consigo uma vasta gama de repercussões quer para a sociedade quer para os indivíduos. Com esta dissertação pretende-se contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno, num enfoque psicológico centrado sobre aspetos ligados à saúde funcional, ao bem-estar subjetivo e à autoestima dos idosos.

No início deste trabalho foi apresentada uma síntese sobre o processo de envelhecimento populacional, aclarando as diferenças entre terceira e quarta idade, a par da distinção entre os diversos tipos de envelhecimento. Foram, seguidamente, sinteticamente apresentadas duas teorias sobre o envelhecimento, nomeadamente a Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes, Saudinger, & Lindeberger, 1999) que, de resto, é tida como a conceção dominante da atualidade e a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (Carstensen, 1991; Carstensen & Mikels, 2005; Löckenhoff & Carstensen, 2004). A primeira defende uma co-construção bio-cultural e histórica do desenvolvimento, o que permite encarar o envelhecimento como um período específico do ciclo de vida sujeito a múltiplas influências, onde os declínios e as perdas são também acompanhados de alguns ganhos. A segunda defende que ao longo do desenvolvimento a hierarquização dos objetivos dos indivíduos vai sendo alterada de acordo com a fase do ciclo de vida em que se encontram, sendo então constrangida pelo tempo que os indivíduos ainda esperam viver.

Terminada esta apresentação, seguiu-se uma revisão da literatura sobre os conceitos-chave a ser estudados neste trabalho. Inicialmente foi apresentado o que feito está sobre a temática da saúde funcional subjetiva, começando por explorar o conceito de saúde. Seguidamente, trabalhou-se a temática do bem-estar, realizando-se inicialmente uma distinção entre o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. Seguiu-se uma resenha sobre a componente afetiva do bem-estar, constructo sobre o qual se debruçará, mais especificamente, este trabalho. Partiu-se depois para a revisão da literatura sobre a autoestima, fazendo menção aos diversos estudos empíricos realizados relativamente a este constructo e a sua relação com a velhice.

Sustentado na revisão da literatura é apresentado o diagrama conceptual dos modelos de mediação dos afetos positivos e negativos sobre a relação entre saúde funcional subjetiva e a autoestima, que foram testados neste trabalho, através do recurso à modelação de equações estruturais, junto de uma amostra de idosos. O objetivo deste teste foi analisar o efeito de mediação dos afetos positivos e dos afetos negativos na relação entre saúde funcional subjetiva e autoestima.

Os resultados apontam para a existência de uma relação direta entre a Saúde Funcional Subjetiva, operacionalizada a partir da Capacidade Motora Percebida e a Autoestima. Indicam também a existência de um efeito de mediação dos Afetos Positivos sobre esta relação direta, no entanto revelam que os Afetos Negativos não exercem qualquer tipo de mediação nesta relação direta.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Envelhecimento

A temática do envelhecimento tem sido alvo de discussão desde há muitos séculos. Cícero (2009) em 46 a.C. já se havia debruçado sobre a temática do envelhecimento como fazendo este, parte do curso natural da vida, com “Da Velhice”. Séneca (2008) apontava, em 58 a.C., que o envelhecimento seria um momento em que os sujeitos se ocupavam de questões filosóficas e existenciais em detrimento dos assuntos mundanos e materiais.

Estes últimos anos têm sido o palco de uma das maiores mudanças demográficas da história da humanidade – um envelhecimento populacional sem precedentes. Nos nossos dias, define-se envelhecimento demográfico quando a proporção da população idosa, na população total, aumenta, seja como consequência da diminuição da população jovem, diminuição da população em idade ativa ou de ambas em simultâneo (Carrilho & Gonçalves, 2007).

Tendo em conta dados obtidos através do Instituto Nacional de Estatística (2008), o índice de envelhecimento atingiu, em 2007, os 114 idosos por cada 100 jovens sendo que a população idosa constituía, nesta altura, cerca de 17% da população portuguesa. De acordo com a mesma fonte a população continuará a envelhecer, atingindo o significativo valor de 243 idosos por cada 100 jovens.

O envelhecimento populacional no último século tem como base a passagem de um modelo de elevada natalidade e elevada mortalidade para um modelo de baixa mortalidade e baixa natalidade. Neste momento o grupo etário com maior taxa de crescimento é o grupo acima dos 60 anos, prevendo-se que em 2020, em Portugal, esse grupo constituirá cerca de um quinto da população (Instituto Nacional de Estatística, 2002).

Nos últimos 30 anos, as pessoas idosas depararam-se com a possibilidade de viver, cerca de, mais cinco bons anos de vida, nos países desenvolvidos (Baltes & Smith, 2003) Estes progressos na expectativa de vida devem-se à melhoria das condições ambientais, aos avanços da medicina e à melhoria das condições económicas da população idosa (Baltes & Smith, 2003).

O efeito desta evolução afeta: (1) os sistemas de saúde devido ao aumento dos gastos com medicação e tratamentos, maior ocupação de camas nos hospitais, ao aumento de perturbações mentais na população; (2) a segurança social com o aumento do número de pensionistas ou reformados (76,3% do conjunto das prestações sociais, em 2010, rondando um valor médio de 5 362 euros/ano por

pensionista), menor receita para os cofres do Estado; (3) o mundo laboral com a diminuição progressiva da capacidade de trabalho; e, (4) a vida do dia-a-dia, entre outros (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Apesar das dificuldades que esta drástica alteração demográfica acarreta, importa lembrar que o envelhecimento e o aumento da esperança de vida é igualmente motivo de regozijo, na medida em que é consequência de melhores medicamentos, melhor alimentação, melhor saneamento básico, melhores cuidados de saúde e melhores habitações (Amado, 2008). Esta evolução coloca um grande desafio à capacidade criativa e empreendedora do ser humano, na medida em que uma sociedade constituída por pessoas mais velhas, pode criar outras oportunidades em diversos domínios, devido às necessidades específicas desta população.

Desde 1980 que a gerontologia começa a ganhar terreno. Em Portugal, só muito recentemente as investigações sobre o envelhecimento começaram a ser publicadas em livros (Fonseca, 2005; Marchand, 2005; Oliveira, 2008; Oliveira, 2010; Paúl & Fonseca, 2005).

Ao longo do tempo, os investigadores têm levado a cabo várias tentativas para estabelecer categorias que permitam distinguir processos de envelhecimento. Inicialmente foram designados dois tipos de envelhecimento: envelhecimento primário e envelhecimento secundário (Busse, 1969). O envelhecimento primário está relacionado com as mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento. O envelhecimento secundário diz respeito às doenças associadas à idade mas reversíveis ou de prevenção possível. Posteriormente foi acrescentado um terceiro tipo, o envelhecimento terciário, que diz respeito às mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice (Birren & Schroots, 1996). Atualmente o envelhecimento primário é designado de envelhecimento normal ou saudável, e o envelhecimento secundário de envelhecimento patológico.

A par desta distinção entre os diversos tipos de envelhecimento, existe uma distinção essencial a ser feita no que concerne à diferença entre a terceira e quarta idade (Neugarten, 1974). Para diferenciar a terceira da quarta idade existem duas formas diferentes que devem ser vistas como complementares (Baltes & Smith, 2003). Uma primeira é baseada na população. Aqui, a transição da terceira para a quarta idade é feita quando 50% dos coortes (membros da mesma geração), já não estão vivos. De acordo com esta classificação, a transição da terceira para a quarta idade, nos países desenvolvidos, acontece entre os 75 e os 80 anos. Por outro lado, e excluindo sujeitos que morreram mais cedo, a transição da terceira para a quarta

idade ocorre quando 50% dos sujeitos com 50 ou 60 anos de idade estão vivos. Assim, a transição, nos países desenvolvidos, dá-se entre os 80 e os 85 anos (Baltes & Smith, 2003). Em Portugal, tendo em conta as características socioculturais da população, será indicado utilizar os 80 anos como ponto de passagem da terceira para a quarta idade (Amado, 2008)

A segunda forma de diferenciar a terceira da quarta idade é através dos critérios individuais. Aqui, trata-se de estimar a duração máxima do ciclo de vida de um indivíduo através de uma média populacional. Atualmente, considera-se que o ciclo de vida máximo de um indivíduo varia entre os 80 e os 120 anos de idade (Baltes & Smith, 2003).

Ainda que a fronteira entre idade avançada e muito avançada não seja rígida, a terceira idade engloba adultos idosos com idades compreendidas entre os 65 e 80 anos sensivelmente, e a quarta idade, idosos a partir dos 80 anos (Baltes & Smith, 1997, 1999).

De acordo com Amado (2008) a terceira idade é vista como fonte de celebração ao passo que a quarta idade é encarada como uma fase de declínio em que os ganhos são poucos ou nenhuns. Esta fase da vida acarreta um conjunto de preocupações a ser tidas em conta e torna pertinente o questionar até que ponto o prolongar da vida, com todas as perdas de autonomia e dignidade que isso acarreta, será uma decisão sensata.

2.2. Teorias sobre o envelhecimento

São múltiplas as teorias sobre o envelhecimento, contudo, no presente estudo apenas nos vamos debruçar sobre a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida e a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen.

2.2.1. Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes et al., 1999). A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida tem como principal objetivo integrar duas abordagens, a holística, centrada na pessoa, e uma outra, focal, centrada na função. A abordagem centrada na pessoa corresponde a uma perspetiva que vê a pessoa como um sistema e procura descrever um padrão global do desenvolvimento ao longo da vida. A abordagem centrada na função concentra-se numa categoria do comportamento (e.g., os traços de personalidade) e descreve as alterações dessa categoria ao longo da vida (Baltes et al., 1999).

A ideia de que o desenvolvimento é um processo contínuo ao longo de toda a vida começou a ser estudada desde meados do século XX. Um dos grandes nomes desta perspectiva é Paul Baltes, juntamente com o grupo de Berlim (Baltes & Mayer, 1999). De acordo com o autor o desenvolvimento ocorre durante toda a vida, contrariamente ao paradigma que se defendia anteriormente, que afirmava que a infância e a adolescência predeterminavam todo o desenvolvimento posterior, o que nos dava uma perspectiva bastante predefinida do envelhecimento. Ora, pelo contrário, ele é um processo multidimensional e multidirecional, constituído por um balancear entre ganhos e perdas que se manifestam num determinado contexto histórico e cultural. Com o desenrolar deste processo o indivíduo tende a necessitar de mais suporte e de um maior esforço para alcançar os mesmos resultados que antes obtinha (Amado, 2008; Baltes & Smith, 1997).

A importância de Baltes e dos trabalhos do grupo de Berlim têm-se revelado fundamentais para esta mudança de paradigma e para uma visão diferente sobre o envelhecimento (Amado, 2008).

2.2.2. Teoria da seletividade socio-emocional de Carstensen. De acordo com a teoria da seletividade socio-emocional de Carstensen (Carstensen, 1991; Carstensen & Mikels, 2005; Löckenhoff & Carstensen, 2004), ao longo do ciclo de vida os indivíduos são guiados por um conjunto de objetivos socio-emocionais. Ao longo do desenvolvimento a hierarquização dos objetivos vai sendo alterada de acordo com a fase do ciclo de vida, sendo então estrangida pelo tempo que os indivíduos ainda esperam viver.

Quando os indivíduos têm pela frente um futuro em aberto, os objetivos vão no sentido de otimizar esse mesmo futuro, enquanto que quando se deparam com um futuro limitado, como é o caso dos(as) idosos(as), os objetivos são mais direcionados para o presente, sendo o foco principal a aposta nas relações sociais mais significativas num esforço para que estas sejam de maior qualidade e proximidade. A tendência é para uma maior valorização dos conteúdos emocionais positivos e para o evitamento de estados emocionais negativos (Amado, 2008; Carstensen, Pasupathi, Mayr, e Nesselroade, 2000).

2.3. Saúde Funcional Subjetiva

2.3.1. Conceito de Saúde. O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial em crescimento que traz consigo uma vasta gama de repercussões quer para

a sociedade quer para os indivíduos. Este fenómeno tem consequências sociais, económicas e pessoais, afetando e modificando todas as esferas da vida e do dia-a-dia dos indivíduos, sendo a saúde uma dessas esferas.

A definição de saúde não era consensual até que, em 7 de Abril de 1948, foi divulgado o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde, que define saúde, não apenas como a ausência de doença, mas como o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social (World Health Organization, 1948). No entanto, também esta definição levantava problemas e foi bastante criticada, na medida em que, tendo como base esta definição, a saúde seria um ideal inatingível.

Algumas doenças acarretam sintomas, como a dor e o desconforto, que limitam as atividades do dia-a-dia, enquanto outras são mais silenciosas e vão permitindo que o indivíduo leve uma vida praticamente normal. Esta variedade e heterogeneidade de sintomas tem grande impacto nas interpretações que os(as) idosos(as) fazem da sua doença, bem como, nas suas avaliações relativas ao bem-estar (Prohaska, Keller, Leventhat, & Leventhal, in Smith et al., 2002).

O conceito de saúde e doença foi estudado quer à luz de um modelo biomédico quer de um modelo bio-psico-social. De acordo com este último a saúde e a doença não são dois opostos mas sim um *continuum*, sendo estas multideterminadas por causas psicológicas, sociais, cognições, emoções e comportamentos (Engel, 1977).

Na velhice, a saúde não mais pode ser definida como “ausência de doença” devido à grande quantidade de doenças diagnosticadas a partir da terceira idade. Nesta fase da vida, o diagnóstico de doença implica a avaliação do desconforto que se lhe encontra associado, da ameaça à vida, da incapacidade funcional e das avaliações subjetivas de saúde (Smith, Borchelt, Maier, & Jopp, 2002).

2.3.2. Saúde Funcional e Saúde Subjetiva. É esperado que com o avançar da idade, aumente a probabilidade de experienciar limitações funcionais e patologias que têm consequências desagradáveis e limitadoras no dia-a-dia dos indivíduos (Chappell & Cooke, 2010; Martins, 2008; World Health Organization, 2002). A independência dos indivíduos mais idosos está fortemente ameaçada pela incapacidade física. As limitações que dela resultam potenciam uma maior dificuldade de adaptação ao processo de envelhecimento (World Health Organization, 2002).

A World Health Organization (2003; 2006) estima que cerca de 10% da população mundial tenha algum tipo de incapacidade, sendo que 20% têm mais de 70 anos e 50% mais de 85 anos. Assim, a incapacidade tende a aumentar com a idade

sendo que entre os(as) idosos(as), aqueles/as que se situam na quarta idade são os que mais provavelmente enfrentam e vivem com incapacidades (Chappell & Cooke, 2010). De acordo com Fernández-Ballesteros (2006), a maior ameaça à população não é o envelhecimento mas a incapacidade. Importa referir que, sendo esta a faixa etária com um crescimento mais rápido na população, está é uma variável de grande importância para o estudo do envelhecimento.

A incapacidade tem vindo a ser definida como sendo a restrição da habilidade de realizar as atividades de vida diária (Bonardi, Souza, & Moraes, 2007). A incapacidade ao nível da mobilidade é particularmente importante, na medida em que é crítica para a realização de uma série de atividades do dia-a-dia (Chappell & Cooke, 2010) já que limita a autonomia do idoso reduzindo a sua qualidade de vida (Bonardi et al., 2007).

A saúde funcional (SF), que é aferida pela capacidade de realizar tarefas da vida real sem ajuda, tais como caminhar, tomar banho, vestir-se, comer e cuidar da higiene pessoal (Simões, 2006) é a mais afetada com o envelhecimento. Smith, Borchett et al., (2002, p. 715) afirmam que a “doença crónica e as incapacidades funcionais (e.g., visão, audição, mobilidade, força) limitam o bem-estar, especialmente na idade avançada”. Para além disso, o comprometimento da capacidade funcional acarreta uma enorme carga sobre a família cuidadora e sobre o sistema de saúde pelo que se configura como uma das grandes preocupações da atualidade (Rosa, Benício, Latorre, & Ramos, 2003).

A saúde subjetiva (SS) é a perceção que o indivíduo tem do seu estado de saúde, e pode diferir da saúde objetiva (SO) (Baltes & Smith, 2003). Assim, enquanto um indivíduo pode desvalorizar a sua doença, considerando-a como menos grave ou como tendo um menor impacto na sua vida, outro pode valorizá-la em demasia (Gomes, 2008).

A perceção subjetiva de saúde envolve um processo de comparação. Os indivíduos comparam o seu estado de saúde atual com o seu estado de saúde de outros tempos, ou tendem a fazer comparações entre si e pessoas com a mesma idade, pessoas com a mesma doença ou com doenças mais graves (Baltes & Smith, 2003; Kaplan & Baron-Epel, 2003). As pessoas idosas avaliam a situação de saúde tendo em conta o impacto que as suas limitações têm nas atividades que mais valorizam (Paúl & Fonseca, 1999). Kaplan e Baron-Epel (2003), num estudo com 383 residentes em Israel concluíram que os dois grupos com que os(as) idosos(as) (mais de 50%) mais se comparavam eram as pessoas da mesma idade e os amigos/conhecidos.

Para além destes processos de comparação, as avaliações pessoais de saúde podem basear-se ainda naquilo que os indivíduos pensam ser as expectativas dos outros acerca da sua saúde (Chan, Pang, Ee, Ding, & Choo, 1998). Contudo, os fatores que mais influenciam a perceção de saúde dos indivíduos são as hospitalizações recentes, a necessidade de consultas médicas mais frequentes, as limitações auditivas, doenças crónicas, limitações nas atividades de vida diária e a necessidade de tomar medicação (Chan et al., 1998).

É amplamente defendido que a SF e SO são fortes preditoras do bem-estar subjetivo (BES), sendo a SO considerada o seu preditor mais forte, seguido da satisfação com a situação financeira e satisfação com as relações sociais (Kunzmann, Little, & Smith, 2000; Simões, 2006; Smith et al., 2002). Alguns aspetos particulares da SF, como sendo as limitações na visão e audição, a mobilidade reduzida e a perda de força, têm um impacto negativo nas avaliações de bem-estar (BE) dos indivíduos (Diener & Chan, 2011; Smith et al., 2002).

Existem alguns estudos acerca desta temática, no entanto, não são homogéneos em relação aos métodos utilizados para avaliar esta variável. A SF tem sido avaliada, em termos molares, através de indicadores que remetem para as atividades de vida diárias (e.g., vestir, tomar banho, comer...), que são hétero-avaliadas (Rosa et al., 2003; Walsh, Khatutsky, & Johnson, 2008). Acontece que a SF também pode ser avaliada a um nível mais básico, elementar, nas suas componentes sensorial e motora. Enquanto algumas investigações optam por esta avaliação objetiva da SF (Kunzmann et al., 2000; Mathias, Nayak, & Isaacs, 1986; Rosa et al., 2003; Walsh et al., 2008), outras optam por recorrer a uma avaliação subjetiva (Frank, Santos, Assmann, Alves, & Ferreira, 2007; Maier & Smith, 1999; Martins, 2008, Pimentel & Diniz, 2012).

O recurso à avaliação subjetiva traz vantagens, uma vez que permite aceder ao que o sujeito sente realmente, o que dá informação acerca do impacto que a incapacidade tem na sua vida, sendo um indicador legítimo do estado de saúde geral, proporcionando uma forma válida de avaliação da saúde dos indivíduos (Kaplan & Baron-Epel, 2003; Martins, 2008).

A saúde funcional subjetiva (SFS) é um constructo que tem recebido pouca atenção, no entanto de importância central no processo de envelhecimento (Stahl & Patrick, 2011). Alguns estudos revelam uma forte relação entre a SFS e a autoestima (AE), referindo que limitações na SFS podem comprometer a autoavaliação dos(as) idosos(as), levando a mudanças negativas na forma como se veem (McMullin &

Cairney, 2004). Vários estudos afirmam ainda existir uma relação entre a SFS e o Bem-Estar Subjetivo (BES), (Cho, Martin, Margrett, MacDonald, & Poon, 2011; Guindon & Cappeliez, 2010).

No que concerne ao género, resultados encontrados no Estudo de Berlim (Baltes & Mayer, 1999) indicam que as mulheres evidenciam menor SS que os homens. Estes resultados são corroborados pelos indicadores de SO, ainda que, como já referido, estas possam divergir, da grande maioria das investigações realizadas em que se observa que as mulheres apresentam maiores desvantagens nas capacidades funcionais quando comparadas com os homens da sua idade. Assim, as mulheres, tendo uma esperança média de vida mais longa, vivem mais anos com limitações físicas e têm maior predisposição para sofrer de doenças crónicas ao contrário dos homens que tendem a uma maior predisposição para doenças agudas e fatais (Smith & Baltes, 1998; Smith et al., 2002).

2.4. Bem-Estar Subjetivo (BES)

2.4.1. Sobre a Felicidade. O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2003) define felicidade como “qualidade ou estado de feliz, estado de uma consciência plenamente satisfeita, satisfação, contentamento, bem-estar”.

Pode-se então referir que as definições de felicidade são várias e grande parte delas referem-se a um estado emocional positivo associado a sentimentos de prazer (Ferraz, Tavares, & Zilberman 2007). Ao olhar para a história do conceito encontramos diversas heranças históricas distintas. Séneca (2008) em 58 d.C escreveu “Da Vida Feliz”. Aqui o filósofo defende a virtude como forma de felicidade, colocando limites aos prazeres sensitivos e à volúpia dos bens materiais como forma de a alcançar.

Uma das grandes heranças históricas do conceito está relacionada com os movimentos sociais inspirados no Iluminismo, que defendia que o propósito da existência humana é a vida em si mesma. Desde o início do século XX que têm sido levados a cabo uma série de estudos empíricos debruçados sobre esta temática (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Nos últimos anos uma nova área, que se denomina de psicologia positiva, tem-se dedicado ao estudo da felicidade, da qualidade de vida, entre outros. Uma pessoa feliz será alguém que frequentemente se encontra alegre, apenas ocasionalmente triste e geralmente satisfeita com a sua vida (Biswas-Diener, Diener, & Tamir, 2004).

Mas, poderá a felicidade ser medida? Muitas pessoas dirão que não é possível devido à complexidade do termo, desta feita, o conceito é geralmente medido por

constructos relacionados como a qualidade de vida ou o bem-estar que descrevemos a seguir (Amado, 2008)

2.4.2. BE: diferentes perspectivas. O BE é formado pelas avaliações cognitivas que os indivíduos fazem das suas vidas e dos seus sentimentos de alegria e tristeza associados às suas circunstâncias de vida (Smith et al., 2002).

Dois perspectivas surgem associadas ao conceito de BE: uma que investiga o potencial humano (bem-estar eudemónico), e que se denomina de Bem-Estar Psicológico (BEP), e outra que aborda o estado subjetivo de felicidade (bem-estar hedónico), e que se denomina de Bem-Estar Subjetivo (BES) (Ryan & Deci, 2001).

O conceito de BEP assenta sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e das capacidades para enfrentar os desafios da vida. Este conceito é constituído por componentes como a autoaceitação, o relacionamento positivo com outras pessoas, a autonomia, o domínio do ambiente, o objetivo da vida e o crescimento pessoal (Siqueira & Padovan, 2008).

O BES tem vindo a ser associado à perspectiva hedónica do bem-estar (relacionada com o prazer e a felicidade) por contraponto à perspectiva eudaimónica (caracterizada pela exigência de rentabilizar o potencial humano) (Deci & Ryan, 2008; Siqueira & Padovan, 2008; Ryan, Huta, & Deci, 2008).

De acordo com a perspectiva hedónica, o BES está relacionado com a avaliação que as pessoas fazem da sua vida, baseia-se na experiência subjetiva de vida dos sujeitos (Silva, 2008). É uma posição segundo a qual a felicidade é composta pela experiência de prazer *versus* desprazer, incluindo todos os juízos sobre os aspetos bons e maus da vida (Amado, 2008). Assim, o BES é normalmente avaliado com medidas de satisfação com a vida e felicidade (Pinquart & Sörensen, 2001).

O conceito de BES entende-se como sendo uma avaliação pessoal que cada sujeito faz acerca das suas experiências/vivências ao longo de toda a sua vida, associada a sentimentos positivos (Diener & Lucas, 2000; Pinquart & Sörensen 2001; Silva, 2008). Tratam-se de avaliações cognitivas (satisfações globais com a vida e com outros domínios específicos como com o casamento e o trabalho), mas também de avaliações conotadas com uma componente afetiva (afetos positivos e afetos negativos) (Diener, Lucas, & Oishi, 2005), incluindo também uma análise pessoal sobre a frequência com que se experimentam emoções positivas e negativas (Diener, 1984, Siqueira & Padovan, 2008). Esta avaliação pessoal reflete as expectativas,

valores, emoções e experiências prévias, bem como as reações às circunstâncias da vida dos sujeitos (Diener et al., 2005).

O BES é composto por duas dimensões, a dimensão cognitiva, respeitante a aspetos mais racionais (normalmente referida em termos de Satisfação com a Vida) e a dimensão afetiva que diz respeito a componentes mais emocionais (Afetos Positivos e Afetos Negativos) (Giacomoni, 2004; Siqueira & Padovam, 2008). Embora sejam consideradas na literatura separadamente, estas duas componentes coexistem em simultâneo, no dia-a-dia dos indivíduos (Silva, 2008).

É possível encontrar diferenças entre homens e mulheres nos níveis de BES. Prevê-se que os seus níveis de BES sejam 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 & Sörensen, 2001) variáveis fortemente relacionadas com o BES (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2002).

2.4.3. BES: Componente Afetiva. A composição emocional do conceito BES inclui um balanço entre duas dimensões emocionais: emoções positivas e emoções negativas. Para que o balanço represente uma dimensão de BES, é necessário resultar numa relação positiva entre as emoções vividas, ou seja, a vivência de mais emoções positivas do que negativas no decorrer da vida. Esta dimensão de BES guarda forte relação com a visão hedónica de felicidade, na medida em que dá ênfase aos aspetos afetivos da vida (Keyes, Shmotkin, & Ryff in Amado, 2008).

Uma das principais questões que se levanta aquando da avaliação do bem-estar subjetivo emocional é a da frequência *versus* intensidade das emoções (Amado, 2008). As investigações sobre a afetividade e as emoções do/a idoso/a são ainda limitadas e na maior parte das vezes trata-se de estudos transversais, comparando diferentes cortes num determinado momento, o que nos diz pouco do ponto de vista longitudinal. Em geral os autores defendem que as emoções dos(as) idosos(as) diminuem em intensidade (Oliveira, 2010). Por seu lado, Diener (2000) observa que as pessoas mais felizes reportam maior frequência de afetos positivos (AP), mas não maior intensidade. Então, as avaliações do bem-estar, feitas pelos próprios indivíduos, são baseadas na frequência com que sentem emoções positivas e não tanto na intensidade dessas emoções (Lucas & Diener, 1998). Isto acontece porque são raras as situações de grande intensidade emocional e porque até a experiência de intensas

emoções positivas /afetos positivos pode acarretar custos elevados (Amado, 2008; Diener & Lucas, 2000; Siqueira & Padovan, 2008).

Relativamente às diferenças de género, nesta componente específica do BES, alguns autores referem que as mulheres apresentam uma prevalência de afetos negativos (AN) e os homens um predomínio de AP, enquanto outros afirmam não existir diferenças de género em relação ao BES (Silva, 2008). No entanto, as comparações entre grupos de homens e mulheres em idades avançadas são sempre difíceis de realizar na medida em que a proporção de mulheres muito idosas é superior à de homens.

O instrumento mais utilizado para avaliar os AP e os AN é a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). A PANAS apresenta boas propriedades psicométricas e é de fácil e breve aplicação. Tem também sido utilizada, com sucesso, no estudo da afetividade em adultos idosos (Baltes & Mayer, 1999). As emoções positivas (e.g. atencioso, atento, orgulhoso) são avaliadas através da escala de AP enquanto as emoções negativas (e.g. amedrontado, hostil, receoso.) são avaliadas através da escala de AN (Watson et al., 1988).

Por último, uma outra questão que se levanta consiste em saber se existe ou não independência entre os AP e os AN. Em diversos estudos foram observadas correlações fracas entre os itens de AP e AN e correlações fortes entre os itens de cada escala denotando independência entre os dois constructos na estrutura dos afetos (Siqueira & Padovan, 2008). Watson e Tellegen (1985) bem como Watson et al. (1988) concluíram também, através de consistentes análises fatoriais, que os AP e os AN são duas componentes quase independentes.

2.4.4. BES em idosos. Dadas as limitações inerentes à velhice, seria de esperar que o BES diminuísse com o aumento da idade. Vários estudos indicam que a frequência e nível de AP tende a manter-se constante ou, em alguns casos, a aumentar durante a vida adulta, diminuindo na velhice (Oliveira, 2010).

Há, no entanto, autores que referem que o BES é relativamente estável ao longo da vida (Kunzmann et al., 2000; Smith et al., 2001) e outros argumentam que este é fortemente influenciado por determinados traços de personalidade (Diener et al., 2005).

De acordo com Carstensen, et al. (2000), os(as) idosos(as) tendem a relatar com menor frequência a presença de AN. No estudo de Berlim (Baltes & Mayer, 1999)

observou-se um ligeiro declínio dos AP na velhice mas não se observou uma diminuição dos AN. Alguns estudos indicam que não existirão mudanças significativas, relacionadas com idade, ao nível dos afetos quer positivos quer negativos, exceção feita aos grupos de idosos muito idosos, na medida em estes são os que manifestam menos AP, mantendo-se, ainda assim, alguma estabilidade nos AN (Magai, 2001; Silva, 2008). Desta forma, parece que a idade não afeta a intensidade emocional nem traz consigo um aumento nos AN, como era sugerido por investigações realizadas só com idosos institucionalizados (Magai, 2001).

2.5. Autoestima

A AE pode ser vista como um constructo milenar, se tivermos em conta as referências que existem ao *self*, um conceito que lhe é intrínseco. Apesar de as referências a este conceito datarem de há centenas de anos atrás, “só no final do século XIX surgiu a primeira abordagem psicológica à AE, levada a cabo por William James (1890)” (Carrapiço, 2009, p.9).

A dificuldade encontrada para que se chegue a um consenso em relação à definição de AE é o que torna este constructo tão controverso quanto antigo. A AE é um conceito desenvolvimentista que se define como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre o seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete numa atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo, que implica autoaceitação, respeito por si próprio e sentimentos de valor próprio (Rosenberg, 1965).

A AE é a avaliação global que o sujeito faz, e tende a manter, acerca de si. Esta avaliação traduz-se numa atitude de aprovação ou desaprovação (Harter, 1993). De acordo com Rosenberg (1965), é possível fazer-se uma distinção entre AE global e AE específica. A AE global define-se como sendo uma atitude positiva ou negativa que o indivíduo assume face ao *self* enquanto um todo e a AE específica define-se como sendo a atitude que o sujeito assume face a um domínio em particular.

Um sujeito com elevada AE considera-se um indivíduo com valor, respeitar-se-á a si próprio, aceitando os seus defeitos, enquanto um sujeito com AE reduzida tende a apresentar dificuldades de autoaceitação, insatisfação consigo próprio e pouco respeito por si mesmo (Carrapiço, 2009).

A AE é normalmente avaliada com recurso à *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1965). Trata-se de uma escala de breve aplicação com uma linguagem acessível, características que fizeram dela a escala de avaliação da AE de

eleição dos mais variados estudos com as mais variadas populações (adolescentes, jovens adultos, adultos e adultos idosos) (Carrapiço, 2009; Kernis, 2005; Meier, Orth, Denisse, & Kühnel, 2011; McMullin & Cairney, 2004; Orth et al., 2010; Trzesniewski et al., 2003; Trzesniewski et al., 2003, Robins et al., 2002;).

De acordo com Rosenberg (1965) a *RSES* seria uma escala unidimensional, no entanto várias investigações, em que foram realizadas análises fatoriais da estrutura da escala, sugerem que esta reflete e avalia um constructo bidimensional (Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia, 2003; Sbicigo, Bandeira, & Dell'Aglio, 2010), sendo que os itens negativos estariam relacionados com um fator, a AE negativa, e os positivos com outro fator, a AE positiva.

Estas conclusões não foram consensuais, na medida em que alguns autores afirmam que esta estrutura fatorial pode resultar da formulação dos itens que levaria a um enviesamento das respostas. Os sujeitos tenderiam a concordar com frases positivas e a discordar de frases negativas. De acordo com Carmines e Zeller (1974, p. 89) “a estrutura fatorial dos itens é uma função de uma única dimensão substantiva que é contaminada por um aspeto metodológico”. A mesma conclusão foi tirada por Hagborg (1996) que afirma que a indicação da existência de dois fatores apenas está relacionada com a formulação de itens na negativa e na positiva e não com diferenças com significado teórico. Os resultados do estudo de Tomás e Oliver (1999, p. 94) “sugerem a existência de um único fator (autoestima global)”. Assim, a grande maioria dos estudos de análise fatorial da prova indicam que a escala avalia um único fator, ainda que a presença dos efeitos de método pela formulação positiva e negativa dos itens possa ter influência na identificação de dois fatores (Santos & Maia, 1999).

Roman Tafarodi sugere também uma abordagem bidimensional da AE. A AE global pode, segundo a autora, ser concebida como tendo dois componentes: auto-competência (*self-competence*) e auto-aprovação (*self-liking*) (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi & Swann, 1995; Tafarodi & Swann, 2001). Mais do que experienciarmo-nos como sendo positivos ou negativos, experienciarmo-nos como sendo globalmente aceitáveis ou inaceitáveis (*self-liking*) ou globalmente fortes ou fracos (*self-competence*) (Tafarodi & Milne, 2002; Tafarodi & Swann, 1995; Tafarodi & Swann, 2001).

Self-liking é a dimensão da AE que é mais socialmente dependente. Esta dimensão forma-se a partir das reações valorativas dos outros acerca de nós mesmos. No fundo, é um vermo-nos através das reações dos outros, internalizando a sua perspetiva. Esta dimensão define-se como sendo a própria experiência enquanto

objeto social, boa ou má pessoa de acordo com o critério de valor internalizado (Tafarodi & Milne, 2002). Elevados níveis de *self-liking* são marcados pela presença de AP, autoaceitação e conforto em situações sociais enquanto baixos níveis desta dimensão são marcados pela presença de AN, autoanulação e disfunção social (Tafarodi & Swann, 1995).

Self-competence é o sentido geral de que se é capaz, eficaz e de que se está em controlo. Esta dimensão resulta do sucesso na manipulação do ambiente envolvente e da realização de objetivos. Elevados níveis de *self-competence* são marcados pela presença de AP e de valorização pessoal (Tafarodi & Swann, 1995).

Esta distinção, no entanto, fica obscurecida quando um olhar mais detalhado sobre os resultados, deixa emergir a presença de itens que são representativos de ambos os fatores, bem como, fortes correlações entre os dois fatores. Os estudos levados a cabo pelas autoras apresentam ainda algumas limitações. Para o estudo da *Rosenberg Self-esteem Scale* a autora recorreu à eliminação de quatro dos itens da mesma. O facto de o estudo assentar em parcelas de itens e não individualmente em cada uma deles, pode ter também influenciado os resultados obtidos. Importa referir ainda que os estudos foram realizados em amostras de estudantes universitários, desta feita, numa população idosa com características específicas os resultados poderiam ser diferentes.

2.5.1. Autoestima em Idosos Não existe consenso na literatura em relação ao desenvolvimento da AE ao longo do ciclo de vida. Algumas investigações demonstram que o nível de AE tende a diminuir ao longo do ciclo de vida, na sequência das dramáticas mudanças nas circunstâncias pessoais e sociais que caracterizam a idade adulta e a velhice (McMullin & Cairney, 2004; Orth, Robins, & Trzesniewski, 2003; Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003; Trzesniewski, Robins, Roberts, & Caspi, 2003, Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, & Potter, 2002) enquanto outras referem que este tende a aumentar com a idade em consequência da diminuição da instabilidade e contingência da AE (Meier, Orth, Denissen, & Kühnel, 2011).

A instabilidade da AE tem sido definida como sendo o grau em que esta demonstra flutuações temporais ao longo de períodos relativamente curtos, como horas ou dias. Esta instabilidade pode dever-se, por um lado, à experiência de uma série de acontecimentos positivos e negativos ao longo do dia, por outro pode dever-se às diferenças individuais ao nível da vulnerabilidade da AE. Isto é, a AE de algumas

peças pode ser mais influenciada por eventos do dia-a-dia do que a de outras pessoas (Kernis, 2005). O conceito de instabilidade da AE está relacionado com o conceito de contingência da AE. A contingência da AE é definida como sendo o grau em que a AE flutua como resposta a acontecimentos relevantes (Kernis, 2005). A literatura aponta para o facto de que a AE tende a tornar-se mais estável e menos contingente à medida que as pessoas envelhecem (Kernis, 2005).

Entretanto, a investigação realizada acerca da regulação de emoções sugere que a instabilidade e a contingência da AE tendem a diminuir ao longo do ciclo de vida, uma vez que as evidências científicas demonstram que a variabilidade afetiva e a reatividade diminuem com o aumento da idade. Importa referir que as características afetivas têm uma influência média a forte nas características correspondentes da AE: instabilidade de AP e AN é preditora de maior instabilidade na AE (Kernis, 2005).

3. Formulação do problema de investigação

Para avaliação da SFS recorreu-se, no presente estudo, a uma avaliação das capacidades básicas percebidas, essencialmente de componente motora, que nos dão indicadores relativos à Capacidade Motora Percebida (CMP).

Optou-se pela avaliação de uma componente motora, em detrimento da componente sensorial, por se acreditar que esta componente terá uma melhor relação com as variáveis em estudo.

Sabemos de antemão que a relação entre as CMP e os AP e AN, a relação entre as CMP e a AE e a relação entre os AP e AN e a AE, estão já estudadas (Baltes & Mayer, 1999; Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 2004; Ben-Zur, 2002; McMullin & Cairney, 2004). Baseados nos resultados reportados nestes estudos, apresentam-se, na figura 1, dois modelos onde são estabelecidas relações de predição direta entre a CMP e os AP, entre a CMP e os AN, entre os AP e a AE, entre os AN e a AE bem como, entre a CMP e a AE. Nos modelos é igualmente contemplada a relação indireta entre a CMP e a AE, quando mediada pelos AN ou pelos AP. Importa referir que os AP e os AN são aqui tratados como fatores independentes, uma vez que certos autores o têm defendido (Siqueira & Padovan, 2008) e outros apontam para a sua quase independência (Watson e Tellegen, 1985; Watson et al., 1988).

Em síntese, considerando a globalidade destas relações, espera-se que a CMP tenha uma influência direta e estatisticamente significativa sobre a AE. Assim, níveis elevados de CMP traduzir-se-iam em níveis elevados de AE. Esperamos que esta

4. Método

4.1. Participantes

A amostra foi constituída por um total de 406 idosos e idosas com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos (*Mdn* = 73), residentes em meio urbano, sem indício de demência nem indicação de depressão. A maioria dos participantes pertencia ao género feminino (58.9%) e referiu não viver só (70.4%).

A população portuguesa idosa apresenta, maioritariamente, um nível de escolaridade equivalente ao ensino básico (Instituto Nacional de Estatística, 2002), tal como acontece na presente investigação em que apenas 11.6% dos idosos e idosas não tinham qualquer nível de escolaridade, sendo que 61.6% tinham uma escolaridade equivalente ao primeiro ciclo do ensino básico, 16.7% ao segundo e terceiro ciclo, 5.2% ao ensino secundário e 4.9% ao ensino superior.

4.2. Instrumentos

Mini-Mental State Examination (MMSE). O *MMSE* é uma ferramenta de avaliação do estado mental constituída por 11 questões, pontuadas numa escala dicotómica (certo/errado), que avalia cinco áreas da função cognitiva: orientação, memória, atenção e cálculo, evocação e linguagem (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). A pontuação máxima é de 30 pontos. Pontuações abaixo de 15 pontos, para sujeitos analfabetos, abaixo de 22 pontos para sujeitos com até 11 anos de escolaridade, e abaixo de 27 pontos para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, são geralmente indicadoras de limitações cognitivas (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994). Na presente investigação a prova foi utilizada como prova de rastreio.

Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A *EDG* (Diniz, 2007a) é uma versão portuguesa da *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986) constituída por 15 questões pontuadas numa escala dicotómica (sim/não).

Uma pontuação superior a cinco pontos sugere depressão e deve conduzir a um encaminhamento para uma avaliação e acompanhamento compreensivo do caso. Uma pontuação igual ou superior a 10 pontos é quase sempre indicadora de depressão.

Para o presente estudo, a *EDG* foi utilizada como prova de rastreio, sendo que o ponto de corte utilizado foi a pontuação superior a 10 pontos. Tumas, Rodrigues e Crippas (2008) encontraram indicadores em adultos idosos com doença de Parkinson, que o ponto de corte 8/9 seria o melhor discriminador entre deprimido e não

deprimido e o ponto de corte 10/11 seria o mais adequado para efeitos de diagnóstico de depressão.

Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP). O QCMP é um questionário unidimensional composto por seis itens (1. Mastigar; 2. Equilíbrio; 3. Locomoção; 4. Motricidade fina; 5. Equilíbrio parado; 6. Força nas mãos.) pontuados numa escala tipo-Likert de zero (péssima) a seis (perfeita) (Diniz, 2008; Pimentel e Diniz, 2012). Este questionário avalia a capacidade percebida para realizar tarefas motoras básicas, envolvidas no desempenho das atividades quotidianas, como o equilíbrio, a força e a motricidade, cada uma delas relacionada com dimensões como caminhar, vestir-se, comer, tomar banho, cuidar da higiene pessoal e transferibilidade (p.e: capacidade de o(a) idoso(a) se movimentar da cama para o sofá).

Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN). A EAPN é uma escala construída com base na *Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*, constituída por duas subescalas, sendo que cada uma consiste em dez termos relativos a emoções com o objetivo de medir a Afetividade Negativa (AN) (e.g. amedrontado, hostil, receoso) e a Afetividade Positiva (AP) (e.g. atencioso, atento, orgulhoso) (Amado, 2008; Diniz, 2007b; Watson et al., 1988). Os 20 itens são pontuados numa escala com formato Likert, de um (muito pouco ou nada) a cinco (muitíssimo) e medem os afetos enquanto traço (“como se sente normalmente”). Quanto à independência destas duas subescalas veja-se o anteriormente escrito no final do ponto 2.4.3 deste trabalho.

Escala de Auto Estima de Rosenberg (EAER). A EAER (Diniz, 2007c; Carrapiço, 2008) é uma versão portuguesa da *RSES* (Rosenberg, 1965) constituída por 10 itens, tendo cinco itens uma formulação negativa (1, 2, 4, 6 e 7) e os outros cinco, uma formulação positiva (3, 5, 8, 9 e 10). Os 10 itens são pontuados numa escala de resposta tipo-Likert, que varia entre um (concordo totalmente) e quatro (discordo totalmente).

Quanto à discussão sobre a natureza unidimensional da escala veja-se o anteriormente escrito no ponto 2.5 deste trabalho.

4.3. Procedimento

4.3.1. Recolha de dados. A amostra foi selecionada através de processos não probabilísticos de amostragem (de conveniência, intencional via informantes privilegiados e intencional tipo snowball), totalizando 436 idosos e idosas. Importa referir que do total de participantes, 16 idosos(as) foram eliminados da amostra por

apresentarem défice cognitivo, 13 por apresentarem depressão (pontuação superior a 10 pontos) e um idoso desistiu aquando da aplicação das provas, ficando esta num total de 406 participantes.

Acresce que idosos e/ou idosas cujo parceiro tenha falecido há menos de 6 meses não foram incluídos na amostra, devido ao grande impacto que a perda do cônjuge pode ter no bem-estar dos mesmos (e.g., Peters & Liefbroer, 1997).

A autora contribuiu com a recolha de dados junto de 45 participantes que integraram a amostra.

Note-se, ainda, que os(as) participantes foram selecionados em locais públicos em que tipicamente se podem encontrar idosos, tais como jardins, juntas de freguesia, farmácias, correios (amostragem de conveniência). Foi ainda pedido aos idosos e idosas que indicassem outros potenciais participantes no estudo (amostragem intencional tipo snowball (Atkinson & Flint, 2001)).

Relativamente aos idosos e idosas que frequentavam centros de dia, foi pedida autorização prévia para a realização do trabalho, através da entrega de uma carta de consentimento informado dirigida ao(à) respetivo(a) diretor(a). Concedida a permissão para recolher os dados, o(a) diretor(a) e/ou os funcionários disponibilizaram informação a respeito dos idosos e idosas que poderiam participar no estudo (amostragem intencional via informantes privilegiados).

Seguiu-se então uma estratégia de triangulação das técnicas de amostragem, o que permite minimizar o viés que cada uma delas pode acarretar, permitindo ainda uma maior probabilidade de correspondência entre as características da nossa amostra com as características da população a estudar.

Os(as) participantes foram devidamente esclarecidos, antes de se dar início à recolha dos dados, acerca do objetivo do estudo, e foi-lhes ainda garantido o anonimato e o carácter voluntário da participação, tendo estes assinado uma carta de consentimento informado, na qual constavam todas estas informações.

Considerando as particularidades dos idosos e idosas, destacam-se alguns dos cuidados tidos na recolha dos dados, a qual foi realizada sob a forma de entrevista individual, tendo em conta aspetos de ordem instrumental e ético-deontológica (Diniz e Amado in press): 1) o treino prévio dos entrevistadores; 2) a recolha foi feita, sempre que possível, na parte da manhã devido aos efeitos do ritmo circadiano (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998); e, 3) não se realizaram entrevistas em janelas temporais festivas (Natal, Passagem de Ano, Páscoa), ou seja, durante uma semana antes ou durante uma semana antes e depois da data em questão, nem aquando de

acontecimentos circunstanciais, tais como doenças, morte de pessoas próximas ou aniversário do(a) idoso(a).

Os questionários foram hétero administrados devido ao baixo nível de instrução da população idosa portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2002), a eventuais problemas de saúde funcional e aos já referidos aspetos de ordem ético-deontológica, os quais são detalhadamente descritos por Diniz e Amado in press, ainda que conscientes que este procedimento pode implicar o risco de enviesamento nas respostas devido a efeitos de desejabilidade social (e.g., Mucchielli, 1979). Foram registados, no decorrer das entrevistas os comentários feitos pelos(as) idosos(as) relativamente às provas, a determinados itens e à dificuldade em situar-se na escala de resposta, ou à própria situação de entrevista. Anotaram-se ainda sinais de alerta como o cansaço, dificuldades de compreensão ou relutância em abordar determinados temas. Este procedimento permitiu detetar eventuais fontes de enviesamento, bem como encontrar possíveis explicações para os resultados encontrados.

Os instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação foram, inicialmente, um questionário sociodemográfico. A ausência de défice cognitivo foi verificada em todos(as) os(as) participantes, pela aplicação do *MMSE* (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994). Para verificar a ausência de depressão foi aplicada uma versão portuguesa da *GDS-15* (Diniz, 2007; Sheikh & Yesavage, 1986). Sempre que os idosos apresentavam pontuações superiores aos pontos de corte para cada uma destas provas, foi aconselhado o acompanhamento do caso. Seguidamente, a fim de se analisarem as variáveis de interesse no estudo, recorreu-se ao *QCMP* (Diniz, 2008, Pimentel e Diniz, 2012), à *EAPN* (Amado, 2008; Diniz, 2007), e à *EAER* (Diniz, 2007; Carrapiço, 2008; Rosenberg, 1965). A sequência de aplicação destes três instrumentos foi aleatorizada a fim de evitar efeitos de halo induzidos pela sequência de apresentação das provas.

4.3.2. Análise de dados. A introdução dos dados foi feita no programa *SPSS for Windows* (version 18.0) para efetuar a descrição das características dos(as) participantes. Os itens negativamente conotados foram recodificados (pontuações invertidas).

Para o teste dos modelos foi utilizado o *LISREL 8.80* (Jöreskog & Sörbom, 2006), com recurso a um processo bietápico (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1993): primeiro testaram-se os modelos de medida (instrumentos) e só depois o modelo da Figura 1.

Com o *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996), calculou-se a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas das distribuições contínuas latentes dos dados, selecionadas por $m - 1$ limites distribucionais ($m =$ número de opções de resposta observado). Esta matriz foi lida e trabalhada pelo *LISREL*, recorrendo à linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993), através do método de estimação de mínimos quadrados diagonalmente ponderados (*DWLS*; *diagonally weighted least squares*) que envolve o Satorra-Bentler *scaled chi-square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994). Esta técnica é apropriada para testar modelos com variáveis categoriais ordinais (Flora & Curran, 2004).

Procedeu-se ao teste dos modelos de medida, recorrendo à solução estandardizada da análise fatorial confirmatória (AFC) para apreciar acerca da sua validade estrutural. Para isso, além da validade fatorial, examinou-se a validade convergente (VC), a fiabilidade compósita (FC) e a validade discriminante (VD) dos fatores (Fornell & Larcker, 1981).

A VC é apreciada a partir da variância média extraída (VME), que deve apresentar valores iguais ou superiores a .50, enquanto a fiabilidade deve apresentar pelo menos, valores iguais a .70 (Nunnally & Bernstein, 1994). A VD é calculada através do quadrado da correlação desatenuada (φ) entre os fatores (variância partilhada), a qual deve ser inferior à VME dos fatores em apreciação.

As modificações realizadas nos modelos de medida atenderam ao peso fatorial dos itens considerando que eles deveriam ser pelo menos iguais a .40, o que corresponde a uma quantidade de variância do item capturada pelo fator (R^2) de .16 (ligeiramente superior ao valor de .13, tido por Cohen, 1992, como indicador de uma magnitude de efeito moderada) bem como aos valores da matriz de resíduos estandardizados, considerando que devem ser inferiores a 2.58 ($p < .01$).

Uma vez assegurado o ajustamento dos modelos de medida foi testado o modelo da Figura 1, utilizando os resultados da solução não estandardizada. Note-se que para a identificação dos fatores nos modelos foi igualizado a um (1.00) o valor da sua relação com um dos seus itens.

Para apreciar acerca do ajustamento dos modelos, consideraram-se os valores do qui-quadrado relativo (χ^2/gf), que deve ser menor do que 3.00 (Kline, 2005), do *comparative fit index* (*CFI*; Bentler, 1990) que deve ser igual ou superior a .95 para indicar um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1998) e do *root mean square error of approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), com 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). Mais recentemente, num estudo de simulação, Hu e Bentler (1999) apontam para um valor de *RMSEA* próximo ou inferior a .06 para indicar um bom ajustamento.

A solução não estandardizada do teste do modelo foi utilizada para examinar as suas relações estruturais. A quantidade de variância dos critérios do modelo (AP, AN e AE) bem capturada pelos preditores (R^2 = coeficiente de determinação) foi qualitativamente apreciada de acordo com Cohen (1992); fraca para .02, moderada para .13 e elevada para .26. Para apreciar a mediação dos AP/AN na relação de predicação entre a CMP e a AE foi utilizada a expressão $\Delta z = (\gamma_{(4)} - \gamma_{(1)})/\text{raiz quadrada} [(EP^2_{(4)} + EP^2_{(1)})/2]$. Nesta expressão: $\gamma_{(4)}$ = efeito total não estandardizado da CMP sobre a AE; $\gamma_{(1)}$ = efeito direto não estandardizado da CMP sobre a AE; e, $EP_{(4)}$ e $EP_{(1)}$ como respetivos erros padrão. Um teste estatístico Δz superior a 1.96 indica que os efeitos em comparação diferem a um nível de significância de $p < .05$.

5. Resultados

5.1. Estudos dos Modelos de Medida

5.1.1. Validade Estrutural do Questionário de Capacidade Motora Percebida. Relativamente aos resultados da validade estrutural do QCMP, podemos constatar que o modelo testado estava bem ajustado ($S-B\chi^2 = 26.33$, $gl = 9$; *ratio* $S-B\chi^2/gl = 2.92$; $CFI = 1.00$; $RMSEA = .06$). Foi verificada ainda a validade convergente (VME) que apresentava um valor ligeiramente inferior ao desejável (.47) bem como a FC que apresentava valores desejáveis (.84). Constatou-se, ainda, que o item menos preciso para representar o fator foi o 1 (“Mastigar”) ($R^2 = .23$), enquanto o mais preciso para o representar foi o 3 (“Locomoção”) ($R^2 = .57$).

5.1.2. Validade estrutural da Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN). Nas Tabelas 1 e 2 estão descritos os resultados da validação fatorial da EAPN.

Como consta na Tabela 1 foi testado, inicialmente, o modelo da EAPN com 10 itens para AP e AN. Tal modelo mostrou-se aceitável, ainda que o seu ajustamento absoluto não fosse o melhor ($S-B\chi^2/gl \geq 3.00$) (Tabela 1, M1). Contudo, a VME do fator AP era baixa (Tabela 2, M1), melhorando ligeiramente com a exclusão dos itens que pior representavam esse fator: “orgulhoso” e “atento” (Tabela 2, M2). Para além da exclusão destes dois itens foi ainda necessário, para a obtenção de um bom ajustamento do modelo (Tabela 1, M2), acrescentar uma covariância de erro entre os itens 7 “amedrontado” e 20 “receoso” do fator AN, já que através da matriz de resíduos estandardizados constatou-se a existência de um valor muito elevado entre os resíduos destes itens (8.66, $p < .001$). Note-se que estes problemas já haviam sido sinalizados semelhantes no estudo de Amado (2008).

Tabela 1. EAPN: Índices de Ajustamento dos Modelos

Modelo	$S-B\chi^2/gl$	<i>Ratio</i> ($S-B\chi^2/gl$)	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i>
M1	572.85/169	3.38	.94	.07
M2	378.04/133	2.84	.95	.07

Nota. M1 = Modelo bifatorial com 20 itens; M2 = Modelo bifatorial com 18 itens e uma covariância de erro entre os itens “amedrontado” e “receoso”. $S-B\chi^2/gl$ = Satorra-Bentler *scaled chi-square*; *CFI* = *comparative fit index*; *RMSEA* = *root mean square error of approximation*.

Tabela 2. EAPN: Estimativas DWLS da Solução Estandarizada

Item (Factor)	M1		M2	
	β	R^2	β	R^2
1 (AP)	.57	.32	.58	.34
3 (AP)	.67	.45	.68	.46
5 (AP)	.59	.35	.60	.36
9 (AP)	.76	.58	.77	.59
10 (AP)	.50	.25	-	-
12 (AP)	.42	.18	-	-
14 (AP)	.57	.32	.58	.34
16 (AP)	.63	.40	.62	.38
17 (AP)	.55	.30	.52	.27
19 (AP)	.64	.41	.62	.28
VME (AP)	.36		.39	
FC (AP)	.84		.84	
2 (AN)	.66	.44	.68	.46
4 (AN)	.72	.52	.74	.55
6 (AN)	.55	.30	.56	.31
7 (AN)	.70	.49	.56	.31
8 (AN)	.46	.21	.47	.22
11 (AN)	.79	.62	.81	.66
13 (AN)	.48	.23	.48	.23
15 (AN)	.76	.58	.78	.61
18 (AN)	.63	.40	.65	.42
20 (AN)	.73	.53	.61	.37
VME (AN)	.48		.46	
FC (AN)	.91		.91	

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

Com as modificações efetuadas no modelo, conforme pode verificar-se na Tabela 2 (M2), constatou-se que o fator AP apresentava problemas de VC (VME inferior ao desejável) mas não de FC. Quanto ao fator AN, ele apresentava uma VME próxima da desejável e uma FC elevada.

Podemos observar ainda na Tabela 2 que o item que melhor representou o fator AP foi o 9 “entusiasmado” e o que pior o representou foi o 17 “atencioso”. Por seu

lado, o item que melhor representou o fator AN foi o 11 “irritável” e o que pior o representou foi o 8 “hostil”.

Por último, foi verificada uma independência entre AP e AN (covariância igual a -.03, erro-padrão = .03, $t = -1.10$; $\phi = -.07$).

5.1.3. Validade estrutural da Escala de Autoestima de Rosenberg. Nas Tabelas 3 e 4 estão descritos os resultados da validação fatorial da EAER.

Tabela 3. EAER: Índices de Ajustamento dos Modelos

Modelo	S-B χ^2 /gl	Ratio (S-B χ^2 /gl)	CFI	RMSEA
M1	379.95/35	10.85	.92	.16
M2a	119.15/27	4.41	.97	.09
M2b	112.17/27	4.15	.98	.08
M3a	46.20/14	3.30	.99	.07
M3b	41.51/14	2.86	.99	.07

Nota. M1 = Modelo unifatorial com 10 itens; M2a = M1 com 9 itens (eliminado o item 10); M2b = M1 com 9 itens (eliminado o item 9); M3a = M1 com 7 itens (eliminados os itens 9, 2 e 8); M3b = M1 com 7 itens (eliminados itens 9, 3 e 8). Para outras abreviaturas ver Tabela 1.

Conforme pode verificar-se na Tabela 3, o modelo testado (M1) era inaceitável. Ele apresentava problemas nos itens 10 “Às vezes acho que não presto para nada” e 9 “Não há dúvida que às vezes me sinto inútil”, já que através da matriz de resíduos estandardizados constatou-se a existência de um valor muito elevado de resíduos entre eles (13.07, $p < .001$). Numa atitude exploratória realizou-se o teste do modelo eliminando primeiramente o item 10 “Às vezes acho que não presto para nada” verificando-se que este não se encontrava ajustado (Tabela 3, M2a). Realizou-se um novo teste do modelo eliminando o item 9 “Não há dúvida que às vezes me sinto inútil”, tendo-se verificado que sem este item o modelo se tornava melhor ajustado (Tabela 3, M2b). Com base nestes resultados tomou-se a decisão de eliminar o item 9. Ao confirmar a VC do modelo, agora com nove itens, verificou-se que a VME subiu de .37 (Tabela 4, M1) para .38, valor ainda inferior ao desejável.

Então, para obter um melhor ajustamento e uma maior VME do modelo foi necessária a exclusão de novos itens. O item 8 “Gostava de ter mais respeito por mim próprio” foi eliminado por não ser um bom representante do fator ($R^2 = .12$), tal como já tinha acontecido no estudo de Carrapiço (2009). Foram ainda detetados problemas com os itens 2 “Acho que tenho várias qualidades” e 3 “Bem vistas as coisas tenho

tendência para pensar que sou um fracasso”, já que através da matriz de resíduos estandardizados constatou-se a existência de um valor muito elevado de resíduos entre eles (6.23, $p < .001$). Numa atitude exploratória realizou-se o teste do modelo eliminando primeiramente os itens 2 e 8, verificando-se que este se encontrava razoavelmente ajustado (Tabela 3, M3a). Realizou-se um novo teste do modelo, eliminando agora os itens 3 e 8, verificando-se que ele se tornava melhor ajustado (Tabela 3, M3b).

Como é possível observar na Tabela 4 (M3b), o modelo apresentou uma VME próxima do desejável e uma boa FC, constatando-se que o item menos preciso para representar o fator foi o 5 “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar” e o mais preciso foi o 6 “Tenho uma atitude positiva em relação a mim próprio”.

Tabela 4. EAER: Estimativas DWLS da Solução Estandarizada

Item	M1		M3b	
	β	R^2	β	R^2
1	.68	.46	.72	.52
2	.66	.44	.63	.40
3	.67	.45	-	-
4	.61	.37	.60	.36
5	.47	.22	.40	.16
6	.75	.56	.80	.64
7	.70	.49	.77	.59
8	.38	.14	-	-
9	.50	.25	-	-
10	.56	.31	.51	.26
VME		.37		.42
FC		.85		.83

Nota. Ver Tabelas 2 e 3 para abreviaturas.

5.1.4. Modelo oblíquo que integra os modelos de medida. Analisaram-se os resultados do modelo oblíquo que integra os modelos de medida, concluindo-se que ele apresentava um bom ajustamento ($S-B\chi^2 = 1128.12$; $gl = 428$; $ratio\ S-B\chi^2/gl = 2.63$; $CFI = .94$; $RMSEA = .06$).

Foram analisadas as correlações desatenuadas (φ) entre os fatores, que nos dão indicações relativas à VD, e não foram detetados problemas (CMP-AP, $\varphi = .49$; CMP-AN, $\varphi = -.33$; CMP-AE, $\varphi = .52$; AP-AN, $\varphi = -.09$; AP-AE, $\varphi = .62$; AN-AE, $\varphi = -.12$). Estes resultados indicam que se pode partir para o teste dos modelos da Figura 1 (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1993).

5.2. Modelos de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima.

Analisaram-se os efeitos totais, diretos e indiretos, entre as variáveis em estudo, a partir do teste dos modelos apresentados na Figura 1.

Como consta na Figura 2, Modelo A, a CMP influenciou positivamente os AP e a AE: quanto mais CMP mais AP e mais AE. Por seu lado, os AP influenciaram positivamente a AE: quanto mais AP mais AE. Comprando o efeito total com o efeito direto, verifica-se que o efeito indireto incrementou significativamente o efeito da CMP sobre a AE ($\Delta z = 3.83$, $p = .001$).

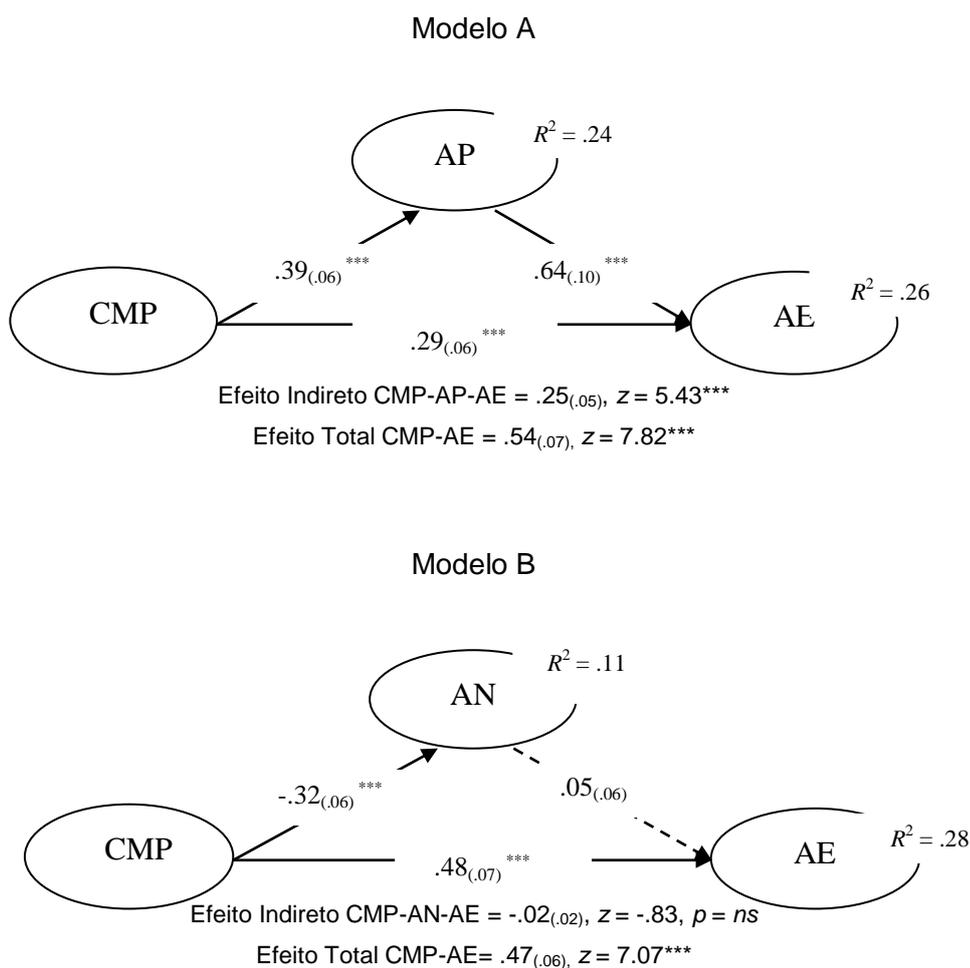


Figura 2. Modelos de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima: estimativas da solução não estandardizada. Índices de ajustamento: Modelo A, $S-B\chi^2/df = 2.63$; $CFI = .98$; $RMSEA = .06$; Modelo B, $S-B\chi^2/df = 2.50$; $CFI = .98$; $RMSEA = .06$. R^2 (coeficiente de determinação) = quantidade de variância extraída pelo(s) preditor(es). Para outras abreviaturas ver Figura 1.

*** $p < .001$

Na Figura 2, Modelo B, pode constatar-se que a CMP influenciou negativamente os AN e positivamente a AE: quanto mais CMP menos AN e mais AE. Por seu lado, os AN não exerceram influência sobre a AE, o que significa que não houve um efeito indireto da CMP sobre a AE (também o efeito indireto propriamente dito não foi estatisticamente significativo): os AN não tiveram em efeito mediador nessa relação.

Por último, note-se que no modelo A o coeficiente de determinação dos AN foi próximo de moderado e o da AE foi elevado, e que no modelo B o coeficiente de determinação do AP foi próximo de elevado e o da AE foi elevado (Cohen, 1992).

6. Discussão

Com este estudo pretendeu-se compreender se o efeito de mediação, ou indireto, dos AP e dos AN na relação de predição da CMP sobre a AE potencia o efeito direto da CMP sobre a AE. Seguindo Anderson e Gerbing, (1988) e Jöreskog e Sörbom, (1993), antes de testar o modelo que formalizava estas relações, testou-se a validade estrutural das provas utilizadas, recorrendo para isso à AFC.

Relativamente ao QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2012), de acordo com a análise realizada não surgiram quaisquer problemas ao nível da validade estrutural. No que à EAPN (Amado, 2008; Diniz, 2007b; Watson et al., 1988) diz respeito, foram feitas algumas alterações para um melhor ajustamento do modelo, fundamentadas quer pela literatura quer pelos resultados empíricos previamente obtidos por outros autores. Os itens 7 “amedrontado”, 10 “orgulhoso”, 12 “atento” e 20 “receoso”, levantaram alguns problemas que punham em causa o ajustamento dos modelos. Relativamente aos itens 7 e 20, constatou-se a existência de uma covariância de erro entre os dois, já que o conteúdo semântico dos itens é muito semelhante (Amado, 2007, 2008; Kercher, 1992). No que diz respeito item 10, os problemas levantados podem estar relacionados com o facto de que, em Portugal, país de matriz católica, o orgulho muitas vezes tem, uma conotação negativa (arrogância), especialmente no grupo de idosos (Amado, 2007, 2008; Diniz e Amado, in press). No que concerne ao item 12, optou-se pela eliminação do mesmo visto que este era um dos itens que pior representava o fator o que já havia acontecido em investigações anteriores (Amado, 2008). Com as alterações efetuadas, o modelo apresentou um bom ajustamento, sendo corroborada a independência entre os AP e os AN, defendida na literatura (Siqueira & Padovan, 2008; Watson & Tellegen, 1985; Watson et al., 1988).

Foram ainda detetados problemas de validade estrutural na EAER (Diniz, 2007), ainda que o modelo unifatorial se tenha mostrado ajustado, que levaram a alterações igualmente fundamentadas quer pela literatura quer pelos resultados empíricos. Verificou-se que existia uma correlação de erro acima do desejável, na relação entre os itens 2 e 3 e os itens 9 e 10, em razão de eventuais efeitos de halo, induzidos pela sequência de apresentação dos itens que pode ter dado origem à tendência para responder em consonância com a resposta anterior. De forma a colmatar esta correlação de erro elevada, procedeu-se à eliminação dos itens 3 “Bem vistas as coisas tenho tendência para pensar que sou um fracasso”, 9 “Não há dúvida que às vezes me sinto inútil”, sendo que também foi eliminado o item 8 “Gostava de ter mais respeito por mim próprio”. O conteúdo deste item pode ter algum efeito no tipo de

resposta dos idosos, já que nesta fase da vida estes se confrontam com uma situação em que as perdas são bastante exacerbadas, o que pode ter degradado a precisão do item para representar o fator.

De referir que este item, que pior representava o fator, tal como os outros acima mencionados já haviam levantado problemas em estudos anteriores (Carrapiço, 2009).

Este conjunto de resultados remete para a ocorrência de erro sistemático devido ao fator específico dos itens 7, 10, 12 e 20 da EAPN, bem como para o caso do item 8 da EAER. No caso dos itens 3 e 9 da EAER o erro sistemático foi devido à sequência de apresentação dos itens na prova. Só com a exclusão destes itens foi possível obter um bom ajustamento bem como melhorar a VC dos AP e da AE.

No que diz respeito ao modelo de mediação dos AP no efeito da CMP sobre a AE, este encontrava-se bem ajustado aos dados e, como esperado, de acordo com a literatura previamente revista, todas as relações estruturais eram estatisticamente significativas. Os resultados do teste do modelo indicam que a CMP exerce uma influência significativa sobre AE e sobre os AP dos(as) idosos(as). Estes resultados são corroborados pelos estudos de McMullin e Cairney (2004), Kunzmann, et al. (2000), Simões (2006) e Smith, et al. (2002). De acordo com o modelo, os AP exercem uma influência significativa sobre a AE, como referido já nos estudos de outros autores (Ben-Zur, 2002). Comparando o efeito total com o efeito direto, verificou-se que o efeito indireto suscitou um incremento do efeito direto da CMP sobre a AE.

No que concerne ao modelo de mediação dos AN no efeito na CMP sobre a AE, este encontrava-se bem ajustado aos dados. De acordo com os resultados apresentados no modelo a CMP exerce uma influência positiva sobre a AE e sobre os AN, como já havia sido igualmente referido nos estudos de McMullin e Cairney, (2004), Kunzmann, et al. (2000), Simões (2006) e Smith, et al. (2002). Contudo, contrariamente ao esperado, os resultados apresentados no modelo, indicam que a presença de AN não tem influência nos níveis de AE dos(as) idosos(as), o que significa que não houve um efeito indireto da CMP sobre a AE (também o efeito indireto propriamente dito não foi estatisticamente significativo): os AN não tiveram em efeito mediador nessa relação. Estes resultados podem dever-se ao facto de os(as) idosos(as) tenderem a manter-se mais tempo a vivenciar estados emocionais positivos e a evitar os estados emocionais negativos pelo que relatam com menor frequência a presença de AN (Carstensen, et al., 2000). Sabe-se ainda que AE tende a tornar-se menos contingente à medida que as pessoas envelhecem, sofrendo menos alterações em consequência de acontecimentos relevantes (Kernis, 2005). Desta forma, sabendo

que os idosos tendem ao evitamento de estados emocionais negativos e que a AE se torna menos sensível à presença dos mesmos, compreende-se que estes não tenham influência na AE.

7. Conclusão

Os adultos idosos constituem um grupo populacional especial (Baltes & Mayer, 1999; Instituto Nacional de Estatística, 2002). Assim sendo, qualquer aproximação a este grupo não tenha em conta as diferenças as suas diferenças relativamente a qualquer outro leque etário, está destinada a apresentar problemas. No trabalho com esta população são necessários cuidados na tradução e validação das provas psicológicas a utilizar, bem como na sua administração (Diniz & Amado, in press). Junto desta população e devido, entre outros fatores tais como problemas de visão e de motricidade fina, à iliteracia dos(as) idosos(as) portugueses, torna-se necessária a realização de entrevistas na administração de instrumentos.

Ainda que os modelos estudados se tenham mostrado aceitáveis, a generalização dos resultados deve ser realizada com cuidado. Tanto os modelos de medida quanto os Modelos de Mediação dos Afetos Positivos e Negativos no Efeito da Capacidade Motora Percebida sobre a Autoestima, foram analisados em termos da sua precisão preditiva dentro do mesmo domínio de predição de onde os dados observados foram recolhidos (precisão preditiva interpolativa) (Forster, 2002) pelo que os resultados dizem respeito apenas a uma população com características semelhantes à da amostra em estudo, sendo recomendável que o estudo agora efetuado seja replicado com outras amostras. Acresce que o processo de amostragem de conveniência, utilizado neste trabalho acarreta limitações ao nível da extrapolação, e, por maioria de razões, de generalização dos resultados do modelo, pelo que, será pertinente a realização de outras investigações que abranjam amostras igualmente constituídas por idosos na 3ª e 4ª idade, com iguais e/ou diferentes características da amostra do presente estudo (e.g. rural, muito diferenciados), recorrendo a métodos de amostragem probabilística.

Foram detetados problemas relativos às provas administradas, relacionados com questões de desejabilidade social, erros sistemáticos e efeitos de halo que poderão ser minimizados numa futura reformulação das provas, incidindo na realização de alterações ao nível da semântica e da forma dos itens tornando a sua leitura mais acessível à população idosa. Quanto à forma sugere-se que haja uma reorganização intencional dos itens 3 e 9 da EAER, colocando-os, por esta ordem, no final da escala.

Quanto ao conteúdo semântico dos itens, sugere-se que sejam acrescentados três novos adjetivos à EAPN, “brioso”, “assustadiço” e “vigilante”, comparando-os na prova com 23 itens com os itens “orgulhoso”, “amedrontado” e “atento”, respectivamente (itens sugeridos pelos(as) idosos(as) durante a heteroadministração das provas). Já quanto ao item 8 da EAER sugere-se a inclusão do item “Gostaria de ter mais estima por mim próprio”, substituindo assim o termo “respeito” por “estima” e comparando o funcionamento dos dois itens na prova com 11 itens.

Importa referir, ainda, que os resultados obtidos assentam sobre correlações não existindo, desta forma, uma causalidade explícita, tal como aconteceria no caso do recurso ao método experimental, devendo, por isso, relativizar-se o termo “efeito” amplamente utilizado neste trabalho.

Não obstante as limitações supracitadas, a presente investigação tem implicações assinaláveis, já que permitiu uma melhor compreensão da população idosa, no que respeita ao modelo em apreciação. Os resultados permitem desenvolver hipóteses de intervenção, em especial com o objetivo de orientar o trabalho dos cuidadores formais, psicólogos e outros profissionais de saúde, no sentido de melhorar as suas intervenções junto dos(as) idosos(as), procurando intervir em variáveis fundamentais para um envelhecimento mais harmonioso. Estas indicações estão igualmente imbuídas de uma elevada importância social já que permitem a melhor planificação de intervenções junto dos cuidadores informais, direcionando-os no sentido da promoção de um envelhecimento com qualidade.

Intervenções com o objetivo de melhorar a AE dos idosos, de acordo com os resultados da presente investigação, deverão incidir sobre as perceções subjetivas de SF (CMP), uma vez que a incapacidade, ao nível motor, é particularmente importante, na medida em que é crítica para a realização de uma série de atividades do dia-a-dia (Chappell & Cooke, 2010), limitando a autonomia do(a) idoso(a) e reduzindo a sua qualidade de vida (Bonardi, Souza, & Moraes, 2007). As limitações na CMP podem comprometer a AE dos(as) idosos(as), levando a mudanças negativas na forma como se veem (McMullin & Cairney, 2004). Sabe-se também que a incapacidade e uma perceção subjetiva de saúde negativa levam a que os níveis de BES dos(as) idosos(as) sejam mais reduzidos (Pinquart & Sörensen, 2001), na medida em que potencia a experiência mais frequente de AN. De referir ainda que a promoção da vivência de AP é de grande importância para esta população já que permite uma melhoria ao nível da AE dos(as) idosos(as), conforme também já havia sido verificado por Ben-Zur (2002). A vivência de AP pode ainda conduzir a um incremento na relação

entre a CMP e as AE pelo que, qualquer estratégia que vise trabalhar as questões da AE nos idosos, deverá incidir quer sobre a CMP quer sobre os AP.

Assim, existem diferentes caminhos para alcançar o sucesso no envelhecimento pelo que qualquer visão e intervenção que se reporte apenas a um deles, constitui um erro grave. A adoção de intervenções adequadas à realidade dos nossos idosos e idosas permite melhorar o bem-estar e a qualidade de vida desta população. Os cuidadores formais e informais, bem como, sociedade em geral, poderão contribuir para esse efeito, explorando e desenvolvendo estratégias que promovam um envelhecimento bem-sucedido.

A realização desta investigação permitiu um melhor conhecimento da população idosa, bem como um crescimento pessoal pelo contato direto com os(as) idosos(as). Esta proximidade, promovida pela heteroadministração das provas, permitiu uma melhor compreensão deste grupo populacional, que dificilmente se obtém apenas a partir da literatura sobre o mesmo.

Referências

- Amado, N. M. B. S. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. (Dissertação de Doutoramento) Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, *103*, 411-423.
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, *33*, 1-4.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.) (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (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.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 153-173). New York: Springer.
- 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.

- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.471
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238-246. doi: 10.1037/0033-2909.107.2.238
- Benjamini, Y., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem, and life satisfaction. *Social Science and Medicine, 59*, 1109-1116.
- Bem-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: the roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 32*, 357-372.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. F. (1996). Concepts, theory, and methods in the psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie, (Eds.), *Handbook of psychology of aging*. (4th ed, pp. 3-23). SanDiego: Academic Press.
- Biswas-Diener, R., Diener, E., & Tamir, M. (2004). The psychology of subjective well-being. *Daedalus, 133*, 18-25.
- Bonardi, G., Souza, V. B. A., & Moraes, J. F. D. (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica, 3*, 138-144.
- Browne, M., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. Bollen & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). London: SAGE.
- Busse, E. W. (1969). Theories of Aging. In, E. W. Busse and E. Pfeiffer (Eds.), *Behavior and adaptation in later life* (pp. 11-32). Boston: Little, Brown.

- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1974). On establishing the empirical dimensionality of theoretical terms: An analytical example. *Political Methodology, 1*, 75-96.
- Carrapiço, C. I. F. (2009). *Validade Estrutural e Validade Externa da Self-Assessed Wisdom Scale numa amostra de adultos idosos portugueses*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos, 40*, 21-37.
- Carstensen, L. L. (1991) Selectivity theory: Social activity in lifespan context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11*, 195-217.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotion experience in the daily lives of older and younger adults. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 644-655.
- Carstensen, L. L., & Mikels, J. A. (2005). At the intersection of emotion and cognition: Aging and the positivity effect. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 117-121. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x
- Chan, K. M., Pang, W. S., Ee, C. H., Ding, Y. Y., & Choo, P. (1998). Self-perception of health among elderly community dwellers in Singapore. *Annals Academy of Medicine, 27*, 461-467.
- Chappel, N. L., & Cooke, H. A. (2010). Age Related Disabilities – Aging and Quality of Life. In *International Encyclopedia of Rehabilitation* (pp. 1-13). Retrieved from: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/pdf/en/age_related_disabilities_aging_and_quality_of_life.pdf

- Cho, J., Martin, P., Margrett, J., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2011). The Relationship between physical health and psychological well-being among oldest-old adults. *Journal of Aging Research, 2011*, 1-8. doi: 10.4061/2011/605041
- Cícero, M. T. (2009). *Catão-o-velho ou da velhice* (C. H. Gomes, Trad.). Lisboa: Biblioteca Editores Independentes.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1-11. doi: 10.1007/s10902-006-9018-1
- 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, & Lucas R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies, 1*. 41-78.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2005). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder, & S. J., Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.63-73). Oxford: University Press.

- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011) Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1), 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Lisboa: Autor.
- Diniz, A. M. (2007b). *Escala de Afectos Positivos e Negativos*. Lisboa: Autor
- Diniz, A. M. (2007c). *Escala de Auto-Estima de Rosenberg*. Lisboa: Autor
- Diniz, A. M. (2008). *Questionário de Capacidade Motora Percebida*. Lisboa: Autor
- Diniz, A. M., & Amado, N. (in press). *Psychological testing in seniors: Proposals for successful test adaptation and administration*.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. doi:10.1126/science.847460
- Fernández-Ballesteros, R. (2006) Geropsychology: An applied field for the 21st century. *European Psychologist*, 11, 312-323. doi: 10.1027/1016-9040.11.4.312
- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade: Uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 234-242.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9, 466-491. doi: 10.1037/1082-989X.9.4.466

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- 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*, 124-134.
- Frank, S., Santos, S. M. S., Assmann, A., Alves, K. L., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: Repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, *11*, 123-134.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, *12*, 43-50.
- 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) Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P (2003). Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? *Personality and Individual Differences*, *35*, 1241-1254. doi: 10.1016/S0191-8869(02)
- 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.

- Guindon, S., & Cappiliez, P. (2010). Contributions of psychological well-being and social support to an integrative model of subjective health in later adulthood. *Ageing International*, 35, 38-60. doi: 10.1007/s12126-009-9050-7
- Hagborg, W. J. (1996). Scores of middle-school students on the Rosenberg Self-esteem Scale. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1, 253-264.
- Harter, S. (1993). Self and identity development. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge: Harvard University Press.
- Houaiss, A. (2003), *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Lisboa: Temas & Debates.
- Hu, L-T., & 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
- Hu, L-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Anuário estatístico de Portugal 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993) *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicado: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL8.80 for windows*. Chicago: 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
- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, *73*, 1569-1605. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00359.x
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: 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
- 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.

- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, *72*, 1395-1424. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x
- Lucas, R. E., & Diener, E. (1998). *The importance and frequency of affect*. Manuscript in preparation.
- Magai, C. (2001). Emotions over the lifespan. In J. Birren, & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology and Aging*, (5th ed., pp. 399 - 426). San Diego, CA: Academic Press.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, C. J. M. (2008). *Género, saúde funcional subjetiva e depressão em adultos idosos: teste de um modelo estrutural*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mathias, S., Nayak, U.S.L., & Isaacs, B. (1986). Balance in elderly patients: The “Get-up and Go” Test. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, *67*, 387-389.
- Maier, H., & Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *54*, 44-54.
- Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J. A., & Kühnel A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, *4*, 604-612. doi: 10.1016/j.jrp.2011.08.008

- McMullin, J. A., & Cairney, J.(2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18, 75-90. doi: 10.1016/j.jaging.2003.09.006
- Mucchielli, R. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psycho-sociale* (6eme. éd., rev. et augm.). Paris: Enterprise Moderne d'Édition, Librairies Techniques et Les Éditions E S F.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in american society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politics and Social Sciences*, 9, 187-198.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Legis Editora.
- Orth, U., Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2003). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 163-185. doi: 10.1037/a0018769
- Paúl, C., & Fonseca, E. M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (Eds.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Peters, A., & Liefbroer, A.C. (1997). Beyond marital status: Partner history and well-being in old age. *Journal of Marriage and the Family*, *59*, 687-699.
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2012). Perceived motor ability and selection, optimization, and compensation: Effects of age and institutionalization. *Psico-USF*, *17*, 357-368. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10174/7432>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *56*, 195-213. doi: 10.1093/geronb/56.4.P195
- Robins, O. R. W., Trzesniewsky, K. H., Tracy, J. L. Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, *17*, 423-434.
- 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.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living Well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, *9*, 139-170 doi: 10.1007/s10902-006-9023-4
- Santos, P. J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg Self-Esteem Scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares. In A. P. Soares, S. Araújo, & S. Caíres (Orgs.), *Avaliação*

Psicológica: Formas e Contextos (Vol. 6, pp. 101-113). Braga: APPORT e Universidade do Minho.

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.

Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): Validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 3, 395-403.

Séneca, L. (2008). *Da vida feliz* (J. Forte, Trad.). Lisboa: Biblioteca Editores Independentes. (Obra original publicada em 58 a.C.)

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173. doi: 10.1300/J018v05n01_09

Silva, A. S. G. M. (2008). *Influência da idade, do género e da fé religiosa no bem-estar subjectivo de adultos idosos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa/Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

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 (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 243-279.

Siqueira, M. M. M., & Padovan, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjectivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.

- 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., 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
- Stahl, S. T., & Patrick, J. H. (2011). Perceived functional limitation and health promotion during mid- to late life: The mediating role of affect. *The New School Psychology Bulletin, 8*, 26-33.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research, 25*, 173-180. doi: 10.1207/s15327906mbr2502_4
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002) Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality, 70*, 443-483.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (1995). Self-liking and Self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment, 65*, 322-342. doi:10.1207/s15327752jpa6502_8
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences, 31*, 653-673. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- Tomás, J. M., & Oliver, A. (1999). Rosenberg's Self-Esteem Scale: Two factors or method effects. *Structural Equation Modeling, 6*, 84-98. doi: 10.1080/10705519909540120

- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 205-220. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.205
- Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Roberts, B. W., & Caspi, A. (2003). Personality and self-esteem development across the life span. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, *15*, 163-185. doi: 10.1016/S1566-3124(03)15003-1
- Tumas, V., Rodrigues, G. G. R., Farias, T. L. A., & Crippa, J. A. S. (2008). The accuracy of diagnosis of major depression in patients with parkinson's disease: a comparative study among the UPDRS, the Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, *66*, 152-156.
- Walsh, E. G., Khatutsky, M. S. G., & Johnson, L. (2008). Functional impairment levels in PACE Enrollees. *Health Care Financing Review*, *29*, 91-88.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.219
- 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
- World Health Organization (1948). *Official Records of the World Health Organization. Proceedings and Final Acts of the International Health Conference Held in New York from 19 June to 22 July, 1946.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

World Health Organization (2003). *The world health report 2003: Shaping the future*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Geneve: World Health Organization.