



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Efeito da idade e do género sobre os afetos em idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?**

**Mónica Correia de Freitas**

Orientação: Prof. 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*

**Efeito da idade e do género sobre os afetos em idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?**

Mónica Correia de Freitas

**Orientador:**

Prof. Doutor António Augusto Pinto Moreira Diniz

março de 2014

À minha mãe...



## **Agradecimentos**

À minha mãe, pela força, entusiasmo, paciência e apoio psicológico prestado ao longo desta etapa. Obrigada por teres sido pai e mãe ao mesmo tempo. Sem ti não teria chegado a esta fase e ao que sou hoje.

Ao meu pai, que não está presente fisicamente mas espiritualmente, agradeço a sua proteção e ajuda divina.

Ao Luís, pela sua paciência, disponibilidade, entusiasmo e apoio psicológico, apesar da distância. Obrigada por fazeres parte da minha vida.

Ao Prof. Doutor António Diniz, pelos seus conhecimentos, pela sua incansável dedicação, disponibilidade e apoio durante esta fase, especialmente nas horas mais difíceis.

A todos os idosos pela simpatia e disponibilidade na colaboração deste estudo.

Às minhas colegas que me acompanharam ao longo desta etapa e que ajudaram na recolha da amostra.

À Ana e ao Marcelo pela disponibilidade e ajuda preciosa na colaboração da recolha da amostra.



Efeito da idade e do gênero sobre os afetos em idosos: mediação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?

### **Resumo**

O objetivo deste estudo foi analisar se o efeito de mediação da capacidade motora percebida (CMP) é mais efetivo do que da competência funcional percebida (CFP) nos efeitos da Idade e do Gênero sobre os Afetos. A amostra foi constituída por 176 idosos, autônomos, não institucionalizados (*Mdn* = 72 anos), controlados para demência e depressão, e utilizando técnicas de amostragem não probabilísticas. Os Questionários CMP e CFP, e uma escala de Afetos Positivos (AP) e Afetos Negativos (AN), serviram para operacionalização dos construtos. Os construtos e o modelo de mediação foram testados através da modelação de equações estruturais. Os resultados indicaram que a CMP e a CFP tinham problemas de validade discriminante, estando intimamente ligadas. O construto unifatorial que os agregava, competência motora básica percebida exerceu efeitos de mediação nas relações entre a Idade e os AP e entre o Gênero e os AN, contudo sem qualquer efeito prático.

Palavras-chave: idosos, competência motora básica percebida, afetos, modelação de equações estruturais, efeitos de mediação



The effect of age and gender on the affects in elders: Mediation of the perceived motor ability or the perceived functional competence?

### **Abstract**

The aim of this study was to analyze if the mediation effect of the perceived motor ability (PMA) was more effective than the perceived functional competence (PFC) in the effects of Age and Gender on Affects. The sample consisted of 176 autonomous elders (*Mdn* = 72 years), non-institutionalized, controlled for dementia and depression, selected using non-probability sampling techniques. The constructs were operationalized through both the PMA and PFC questionnaires, and through a Scale of Positive (PA) and Negative Affects (NA). The constructs and mediation model were tested through a structural equation modeling. The results pointed out that the PFC and PMA had discriminant validity problems. The unifactorial construct that aggregated them, the perceived basic motor competence, had a mediation effect in the relationships between Age and PA and between Gender and NA, but without any practical effect.

Keywords: Elderly, perceived basic motor competence, affects, structural equation modeling, mediation effects



## Índice

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico .....	3
2.1. Envelhecimento.....	3
2.2. Bem-Estar .....	8
2.2.1. Bem-estar subjetivo .....	10
2.2.2. Afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN).....	11
2.2.3. AP e AN: género.....	14
2.2.4. AP e AN: idade.....	15
2.3. Indicadores de Saúde na Velhice .....	16
2.3.1. Capacidade motora percebida (CMP).....	17
2.3.2. Competência funcional percebida (CFP).....	17
3. Formulação do Problema de Investigação .....	21
4. Método.....	25
4.1. Participantes .....	25
4.2. Instrumentos .....	25
4.3. Procedimento .....	27
4.3.1. Recolha de dados.....	27
4.3.2. Análise de dados.....	28
5. Resultados.....	31
5.1. Estudo Preliminar dos Modelos de Medida do QCMP e do QCFP.....	31
5.2. Estudo dos Modelos de Medida do QCMP e do QCFP .....	33
5.3. Estudo do Modelo Integrador do QCMP e do QCFP .....	33
5.4. Validade Estrutural da EAPN.....	33
5.5. Estudo do Modelo Oblíquo EAPN/Competência Motora Básica Percebida (CMBP) .....	34
5.6. Resultados do Modelo de Mediação da CMBP nos Efeitos da Idade e do Género sobre os AP e os AN .....	35
6. Discussão .....	39
7. Conclusão.....	43
Referências .....	45

## Índice de Tabelas

Tabela 1. CMP: Índices de ajustamento	32
Tabela 2. CFP: Índices de ajustamento	32
Tabela 3. CMBP: Estimativas da Solução Não-Estandarizada	34
Tabela 4. EAPN: Índices de ajustamento.	34
Tabela 5. EAPN: Estimativas da Solução Estandarizada	35

## Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de mediação da CMP no efeito do Género e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama concetual	22
Figura 2: Modelo de mediação da CFP no efeito do Género e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama concetual	22
Figura 3: Modelo de mediação da CMBP no efeito do Género e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama concetual	23
Figura 4: Teste do modelo de mediação da CMBP nos efeitos do Género e da Idade sobre os AP e os AN	36

## 1. Introdução

Com o envelhecimento começam a surgir alterações cognitivas, motoras, visuais ou auditivas, as quais podem ser um fator de preocupação crescente ao nível da autonomia e funcionalidade do idoso. Contudo, o envelhecimento é diferencial entre os indivíduos, não significando que todos os idosos têm as mesmas perdas.

Em Portugal verifica-se cada vez mais um aumento da população idosa, particularmente em indivíduos com mais de 80 anos em virtude do aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2007; 2012). Este fenómeno é preocupante por duas razões: na medida que o número de idosos é superior à população jovem, o qual tem tendência a aumentar nos próximos anos, e na medida das dificuldades adjacentes ao envelhecimento nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, as quais duplicam em cada década até aos 84 anos e triplicam entre os 85 e os 94 anos (Mohanty, Gangil, & Kumar, 2012), provocando maior dependência dos outros para executar as atividades.

A entrada na terceira idade é considerada como uma fase de mudanças físicas e psicológicas que envolve grandes níveis de instabilidade, as quais são resultantes de mudanças de papéis e de perdas nas relações, funcionamento físico e no estatuto socioeconómico (Baltes & Mayer, 1999).

O presente estudo tem como objetivo analisar se o efeito de mediação da capacidade motora percebida (CMP) é mais efetivo do que da competência funcional percebida (CFP) nos efeitos da idade (terceira idade versus quarta idade) e do género sobre os afetos positivos (AP) e os afetos negativos (AN). Desta forma, pretende-se dar uma breve introdução ao processo de envelhecimento, com as respetivas estimativas demográficas em Portugal. Posteriormente é apresentado os conceitos-chave que são analisados neste estudo, desenvolvendo o conceito de bem-estar (BE) em termos de bem-estar subjetivo (BES) e bem-estar psicológico (BEP). Neste estudo é dado ênfase à dimensão afetiva do BES, os afetos, fazendo menção aos estudos empíricos realizados nesta área.

De acordo com a revisão de literatura, são apresentados diagramas conceptuais dos modelos de mediação da CMP e da CFP nos efeitos da idade e do género sobre os AP e os AN. Entretanto, a CMP e a CFP podem resultar num só construto, competência motora básica percebida (CMBP), uma vez que o desempenho das atividades básicas do quotidiano depende de ambas, existindo desta forma, a hipótese da existência de uma forte correlação entre elas. Por isso foi elaborado um modelo

conceptual que integra a CMBP como mediadora nos efeitos da idade e do género sobre os AP e os AN.

Os resultados indicaram que a CMP e a CFP tinham problemas de validade discriminante e que o construto unifatorial que os agregava, CMBP exerceu efeitos de mediação nas relações entre a idade e os AP e entre o género e os AN, contudo sem qualquer efeito prático.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida do indivíduo, iniciando-se antes do nascimento (World Health Organization, 2007). Contudo, uma característica importante do envelhecimento da sociedade refere-se ao envelhecimento da população idosa, com o aumento da esperança média de vida (Kinsella & He, 2009).

De acordo com Squire (2005), “a experiência de envelhecer é única – um processo multifacetado, dependente de um amplo espectro de fatores fisiológicos, sociais e psicológicos” (p.15). Estes aspetos variam entre os indivíduos e também não ocorrem em simultâneo em todos os indivíduos, nem estão necessariamente relacionados com a idade. O mesmo autor refere, ainda, que estes aspetos não ocorrem de forma isolada, e pode haver uma combinação de diversos fatores que permitem influenciar o futuro estado de saúde do idoso.

O envelhecimento é um fenómeno biológico e diferencial entre os indivíduos. Com o envelhecimento começam a surgir limitações cognitivas, motoras, visuais ou auditivas, as quais podem ser um fator de preocupação crescente no que se refere ao nível de autonomia e funcionalidade do idoso. Desta forma, torna-se emergente promover o envelhecimento bem-sucedido através de estratégias de seleção, otimização e compensação (SOC) para a promover o bem-estar. Estas estratégias, elaboradas na década de 80 do séc. XX, surgiram com o intuito de maximizar os ganhos e minimizar as perdas, de forma que o idoso tenha uma melhor adaptação às limitações do processo de envelhecimento (Baltes & Smith, 2003).

Existem alguns fatores que determinam o envelhecimento, dentro dos quais podemos destacar os fatores biológicos e os fatores psicológicos (World Health Organization, 2002). Os primeiros influenciam a forma como o indivíduo envelhece através de um conjunto de processos biológicos, os quais são geneticamente determinados. Gray (conforme referido em World Health Organization, 2002) refere que a principal razão dos idosos adoecerem com mais frequência do que os indivíduos mais novos, é devido à exposição a fatores externos, comportamentais e ambientais durante as suas vidas. Nos fatores psicológicos podemos incluir a inteligência e a capacidade cognitiva para resolver problemas ou de adaptação às diversas circunstâncias, os quais são fortes preditores do envelhecimento ativo e da longevidade (Smits et al., cit in World Health Organization, 2002). Segundo a World

Health Organization (2002), com o envelhecimento, o indivíduo começa a perder algumas capacidades cognitivas, tais como a velocidade de aprendizagem e a memória, mas estas perdas podem ser compensadas pelos ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Contudo, de acordo com a mesma entidade, a perda destas capacidades deve-se muitas vezes a doenças, fatores comportamentais, psicológicos e sociais, ao invés do envelhecimento propriamente dito. Acresce que a forma como o indivíduo enfrenta as diversas situações do quotidiano também poderá influenciar o seu envelhecimento.

As capacidades psicológicas adquiridas ao longo da vida, tais como a autoeficácia, o otimismo e o senso de coerência influenciam também o envelhecimento, uma vez que estão relacionados com o bem-estar mental e social (World Health Organization, 2007). A mesma fonte refere ainda que a forma do indivíduo enfrentar as diversas situações do quotidiano, tais como adaptação a transições ou eventos de vida negativos associados com o envelhecimento, têm influência sobre o envelhecimento do indivíduo.

No processo de desenvolvimento do indivíduo ocorrem tanto ganhos como perdas, sendo importante haver um balanço entre estes últimos para um bem-estar psicológico no idoso (Baltes, 1987). Como o mesmo autor refere, a melhor forma de obter ganhos é através da redução das perdas, sendo a sabedoria um exemplo de ganho sob o ponto de vista cognitivo, a qual compensa as perdas do funcionamento cognitivo.

Torna-se relevante distinguir a terceira e a quarta idade, as quais podem ter um ponto de corte diferente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento (Baltes & Smith, 2003). Nos países em desenvolvimento, o ponto de corte entre a terceira e a quarta idade ocorre mais cedo do que nos países desenvolvidos devido à esperança média de vida ser inferior em comparação com os países desenvolvidos. Assim, é possível distinguir a terceira e a quarta idade de duas formas que a seguir se apresentam.

(1) A primeira forma de distinguir a terceira da quarta idade é baseada na população. Assim, a transição da terceira para a quarta idade ocorre quando 50% dos coortes (membros da mesma geração) não estão vivos. Nos países desenvolvidos, a transição da terceira para a quarta idade acontece entre os 75 e os 80 anos (Baltes & Smith, 2003). Mas, por outro lado, os mesmos autores referem que a transição da terceira para a quarta idade ocorre quando apenas 50% dos indivíduos que atingiram os 50 ou 60 anos de idade estão vivos, sendo o ponto de corte considerado nos

países desenvolvidos entre 80-85 anos.

(2) A segunda forma de distinguir a terceira da quarta idade é baseada no próprio indivíduo. Ou seja, através da estimação da duração máxima do ciclo-de-vida (entre os 80 e os 120 anos) de um indivíduo ao invés de uma média populacional (Baltes & Smith, 2003). Desta forma, a transição da terceira para a quarta idade não é rígida e pode surgir para cada indivíduo em alturas diferentes (Baltes & Smith, 2003). Contudo, e segundo os mesmos autores, é possível englobar a terceira idade entre os 65 e os 80 anos e a quarta idade a partir dos 80 anos.

Em todo o mundo, o envelhecimento da população tem vindo a aumentar ao longo dos anos, enquanto que a taxa de natalidade está a diminuir. A World Health Organization (2002) estima que em 2025 haverá cerca de 1,2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos, e em 2050 haverá 2 bilhões de idosos, dos quais 80% residem em países em desenvolvimento. Squire (2005) indica que, durante o período 1996-2020, a população mundial de indivíduos com mais de 65 anos irá aumentar exponencialmente. Segundo o mesmo autor, é estimado que em todas as regiões do mundo, a população de idosos com mais de 75 anos irá aumentar a um ritmo elevado, como também a faixa etária dos 80 anos irá crescer mais depressa em comparação com as outras faixas etárias.

Em Portugal, verifica-se cada vez mais um aumento da população idosa, particularmente em indivíduos com mais de 80 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2007; 2012; Kinsella & He, 2009). Estima-se que nos próximos 25 anos o número de idosos duplique o número de jovens. Desta forma, e de acordo com os resultados das projeções de população residente em Portugal 2000-2050, tem vindo a aumentar a esperança média de vida em 79 anos para os homens e 85 anos para as mulheres. A par deste aumento da população idosa existe a diminuição da natalidade e o aumento dos fluxos migratórios (Instituto Nacional de Estatística, 2007), permanecendo a população mais idosa em Portugal. De acordo com Kinsella & He (2009), com o passar dos anos, os demógrafos esperam um crescimento da população centenária. Segundo os mesmos autores, esta população poderá ser uma fonte empírica para os investigadores sobre o processo de envelhecimento, tanto a nível individual como a nível populacional.

Conforme o Instituto Nacional de Estatística (2012) indica, 19% da população residente em Portugal é idosa (igual ou superior a 65 anos), existindo uma preponderância das mulheres (11%) face aos homens (8%). Cerca de 50% desta população tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das seis

atividades de vida diária (AVD) que se seguem: ver, ouvir, andar/subir degraus, memória/concentração, tomar banho/vestir-se e compreender os outros/fazer-se entender. Destas atividades, a maior dificuldade dos idosos é sobretudo andar ou subir degraus, ver (mesmo com óculos) e memorizar. Existe uma probabilidade de 50% dos idosos com idade entre 75 a 79 anos terem dificuldades em realizar pelo menos uma destas AVD. Nas idades mais avançadas, aumenta a incidência das dificuldades relacionadas com o banho, vestir-se sozinho, compreender os outros ou fazer-se entender aos outros. No que se refere ao género, a proporção de mulheres que não conseguem ou têm muitas dificuldades em realizar pelo menos uma das AVD é superior (10%) à proporção de homens.

Segundo Squire (2005), o crescimento da população idosa no mundo pode trazer implicações político-económicas, uma vez que o envelhecimento da população idosa traduz-se numa responsabilidade crescente sobre os cuidados sociais e de saúde, e numa dependência crescente face à população mais jovem. Para o mesmo autor, essas implicações político-económicas surgem porque o envelhecimento reflete-se em pressupostos sobre a saúde dos idosos, em que, com o aumento da idade surge um aumento da fragilidade e da incapacidade, como também o aumento da idade é acompanhado por doenças. O mesmo autor refere, ainda, que sempre houve uma associação entre a idade cronológica e a saúde, em que o envelhecimento vem sempre acompanhado pela deterioração gradual da saúde, pelo aumento de doenças e incapacidades, e pelas exigências de cuidados sociais e de saúde.

Com o aumento da população idosa e de forma a haver um envelhecimento ativo, surge a necessidade da existência de políticas e programas que promovam o envelhecimento ativo (World Health Organization, 2002). Nestes programas, e de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e melhorar a qualidade de vida dos idosos (incluindo os que são frágeis, os que possuem deficiência e os que precisam de cuidados), podem obter-se cuidados na saúde e participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, proporcionando proteção adequada e segurança. Desta forma, estes programas permitem que os indivíduos continuem a trabalhar de acordo com as suas capacidades, bem como permite prevenir ou retardar incapacidades ou doenças crónicas.

Squire (2005) refere que é muito importante promover a saúde, havendo desta forma, uma abordagem positiva em relação aos cuidados de saúde dos idosos, através da gestão da doença na velhice, ao invés de promover um estilo de vida mais saudável para o idoso. Assim, a promoção da saúde pode ser uma abordagem

positiva para os cuidados de saúde do idoso, porém, pode refletir preconceitos e estereótipos. Contudo, as políticas de cuidados e programas que promovam a saúde devem incluir todos indivíduos, ou seja, todas as faixas etárias, de forma a promover cuidados necessários para um envelhecimento saudável, porém, os indivíduos que ainda não chegaram ao estatuto de idoso requererem outro tipo de medidas diferentes das estratégias utilizadas com idosos (Squire, 2005).

Como a definição de saúde referida pela World Health Organization (2002) indica, esta refere-se ao bem-estar físico, mental e social, por isso, o envelhecimento ativo promove também a saúde mental e as relações sociais. Isto torna-se tão fundamental como a promoção do estado físico de saúde, uma vez que uma vida ativa melhora a saúde mental do idoso.

A qualidade de vida é tão importante para um envelhecimento ativo, que é determinada pela capacidade do idoso manter a sua autonomia e independência (World Health Organization, 2002). Contudo, os idosos não são um grupo homogêneo e a sua diversidade individual tende a aumentar com a idade. Se o idoso não adquiriu anteriormente um estilo de vida saudável, torna-se importante adotá-lo com a prática de atividade física, alimentação saudável, entre outros, de forma a prevenir doenças e o declínio funcional, bem como aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida (World Health Organization, 2002).

Estas políticas e programas de envelhecimento ativo devem incentivar e estimular os idosos que têm uma vida sedentária a possuírem uma vida ativa, de forma a obter uma melhor qualidade de vida (World Health Organization, 2002). Contudo, nos países menos desenvolvidos pode acontecer o oposto, uma vez que muitas vezes os indivíduos são expostos a trabalhos físicos pesados, os quais podem acelerar ou agravar deficiência, causar ou agravar lesões causadas pelo trabalho. A mesma fonte indica ainda que os programas de promoção da saúde nestas situações devem proporcionar um alívio nas tarefas físicas rigorosas.

Muitas vezes a saúde psicológica dos idosos reproduz uma imagem negativa de si, devido à perda de memória, confusão ou, na pior das hipóteses, senilidade (Squire, 2005). Por isso, é importante que o idoso tenha um bem-estar emocional que permita sentir-se bem consigo próprio e ter capacidade de lidar com o stress e com a tensão do quotidiano através do sentimento de controlo. Segundo o mesmo autor, se os idosos percecionarem a deterioração física e mental como algo que está além do seu controlo, é provável que reduzam os seus mecanismos de adaptação e desistam das atividades ou diversas situações do quotidiano.

Portanto, surge a importância do idoso ter um propósito e sentido de vida, uma vez que poderá influenciar a sua autoestima, motivação e abordagem perante a vida (Squire, 2005). Por exemplo, se o envelhecimento e a reforma forem vistos pelo idoso como sendo uma ocorrência sem sentido, sem quaisquer objetivos ou finalidades, pode levar com que o idoso tenha um declínio físico, ansiedade, depressão e sentimento de desespero.

Squire (2005) refere que existem certos aspetos que podem agravar os problemas psicológicos nos idosos, tais como, doenças crónicas, mudanças fisiológicas, malnutrição e medicação. Contudo, para alguns idosos, existem certas dificuldades, tais como, dificuldades visuais, auditivas e lentidão, que podem contribuir para a perda de confiança e para o isolamento social, influenciando desta forma, o contacto social dos idosos.

Por fim, a espiritualidade e/ou a religião podem influenciar a forma de lidar com as perdas associadas ao envelhecimento, uma vez que oferece esperança face à morte e confiança de que a vida e a morte têm significado, como também fornece consolo e força em momentos difíceis, proporcionando um guia para o quotidiano do crente, sendo uma fonte de apoio social e de autoestima (World Health Organization, 2007).

## **2.2. Bem-Estar**

O bem-estar (BE) pode ser visto como um estado subjetivo de felicidade, que corresponde ao BE hedónico ou subjetivo, como também pode ser visto como potencial humano, isto é, BE eudaimónico ou psicológico (Ryan & Deci, 2001). A perspetiva hedónica indica que o BE está associado ao prazer ou felicidade, enquanto que a perspetiva eudaimónica menciona que o BE consiste no funcionamento das potencialidades do ser humano, quer na sua capacidade de pensar, usar o raciocínio ou o bom senso (Siqueira & Padovam, 2008).

O BE é constituído por seis dimensões, as quais são importantes para obter um BE elevado: 1) material básico para uma boa qualidade de vida; 2) liberdade e escolha; 3) saúde; 4) boas relações sociais; 5) segurança; e 6) agregações de múltiplas dimensões do BE, sendo o mais importante o índice de desenvolvimento humano, isto é, BE económico, BE da saúde e BE da educação (Hassan, Scholes, & Ash, 2005).

Segundo Abramson, Seligman e Teasdale (conforme referido em Wood, Froh, & Geraghty, 2010), indivíduos que apresentam um BE baixo atribuem os seus sucessos a causas incontrolláveis, de curta duração ou às ações de outrem. No que respeita ao

mal-estar propriamente dito, existem indicadores importantes que o podem predizer, como por exemplo, os estados negativos, tais como a solidão e o desamparo (Diener, 2006). Indivíduos com estes indicadores poderão manifestar depressão, ansiedade e AN (Wood et al., 2010).

Conforme Keyes, Shmotkin e Ryff (2002), o BE elevado, com um elevado bem-estar subjetivo (BES) e um elevado bem-estar psicológico (BEP), deve-se a diversos fatores: 1) idade; 2) nível educacional; e 3) fortes traços disposicionais (e.g. extroversão e conscienciosidade). Pelo contrário, o BE decresce com o neuroticismo, o qual é uma componente negativa da personalidade (Siqueira & Padovam, 2008).

A qualidade de vida (QV) é assente na experiência objetiva e descreve as circunstâncias de vida do indivíduo (Diener, 2006). Pode ser baseada em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível socioeconómico e satisfação. A QV pode estar ainda relacionada com a capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação económica e autoproteção de saúde, estando influenciada pelo estilo de vida de cada indivíduo (Vidmar, Potulski, Sachetti, Silveira, & Wibelinger, 2011).

Contudo, e conforme o referido anteriormente, o BE é operacionalizado através do BEP e do BES, os quais irão ser descritos pormenorizadamente de seguida.

O BEP é construído através de formulações psicológicas sobre o desenvolvimento humano em relação à capacidade para enfrentar os desafios do quotidiano (Siqueira & Padovam, 2008). Desta forma, o BEP é composto pelas seguintes componentes: 1) capacidade do indivíduo ter uma visão positiva de si próprio e da sua vida; 2) ter domínio do ambiente e autonomia; 3) usufruir de relações positivas com os outros; 4) possuir propósito e significado de vida; 5) ter um desenvolvimento continuado na velhice (Irigaray, Trentini, Gomes, & Schneider, 2011); e, por fim, 6) ter autoaceitação e crescimento pessoal (Siqueira & Padovam, 2008).

Portanto, o BEP poderá estar relacionado com o ajustamento social e emocional, devido ao cumprimento de tarefas evolutivas e de expectativas sociais, sendo os seus atributos cognitivos, físicos, afetivos, género e idade. Logo, e de acordo com o referido anteriormente, o BEP constitui a procura de crescimento pessoal, autorrealização e constante aperfeiçoamento para manter o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo. Se o indivíduo adota estas características, significa que tem consciência delas e do deslocamento constante das metas em relação aos objetivos mais elevados, favorecendo o seu ajustamento e a sua maturidade (Irigaray et al., 2011; Keyes et al, 2002; Neri, 2002).

Ryff (conforme referido em Queroz & Neri, 2005) define ainda o BEP em termos de competência do self, estando relacionado com diferentes níveis de satisfação e com os afetos. A mesma autora refere ainda que o BEP é analogamente um conceito eudaimônico, que permite a procura de excelência pessoal (e não de prazer) como motivação central da sua própria existência (Queroz & Neri, 2005). Assim, o BEP é determinado através da interação entre a oportunidade e as condições de vida, através da forma como as pessoas organizam o conhecimento de si e dos outros, e da maneira como respondem à procura pessoal e social (Queroz & Neri, 2005).

Keyes et al. (2002) acreditavam que os constructos BES e BEP estavam conceitualmente relacionados, mas empiricamente separados, e que as suas combinações diferem conforme aspetos sociodemográficos e aspetos da personalidade.

Llewellyn, Lang, Langa, & Huppert (2008) realizaram um estudo longitudinal com 11234 participantes com idade igual ou superior a 50 anos e residentes na comunidade, com o objetivo de verificar se o BEP está associado com níveis de função cognitiva. Foi concluído neste estudo que altos níveis de BEP estão associados com um melhor funcionamento cognitivo do indivíduo.

**2.2.1. Bem-estar subjetivo.** Nos últimos anos tem havido muitos estudos dirigidos à população idosa os quais têm dado ênfase ao BES. O BES refere-se a todo o tipo de avaliação, tanto positiva quanto negativa, que os indivíduos fazem das suas vidas, resultando nas dimensões cognitiva e afetiva, que correspondem ao nível hedónico do BE. A dimensão cognitiva reporta-se à avaliação cognitiva que o indivíduo faz da sua vida e de domínios importantes da vida, em termos de satisfação com a vida (SV), a qual é realizada através do ânimo do sujeito perante os acontecimentos adversos. A dimensão afetiva diz respeito aos estados emocionais e sentimentos que incluem o equilíbrio entre os afetos positivos (AP) e os afetos negativos (AN) (Barrett & Russell, 1999; Diener, 2000, 2006, 2009; Diener, Oishi, & Lucas, 2003a; Keyes et al., 2002; Siqueira & Padovam, 2008; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Contudo, tanto a satisfação global como a felicidade global estão presentes em ambas as componentes do BES (Ambrosi-Randić & Plavšić, 2011).

Segundo Veenhoven (conforme referido em Diener, 2009) o BES é o grau em que o indivíduo considera a sua QV como um todo, de forma favorável. O mesmo autor realça ainda que, para o indivíduo avaliar a sua vida, utiliza as componentes dos afetos e dos pensamentos.

Todavia, Diener (1984) considera a existência de três características do BES,

referindo que é subjetiva (i.e. por residir no interior da experiência do indivíduo), surge apenas na ausência de fatores negativos (incluindo os fatores positivos), e inclui uma avaliação global da vida do indivíduo (e não apenas de um domínio da vida).

Contudo, o BES tornou-se um indicador importante de QV do indivíduo, o qual só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo, não sendo, desta forma, adequado fazer uma avaliação através de indicadores externos (Diener & Lucas, 2000). Cada indivíduo avalia a sua vida através de concepções subjetivas, ou seja, através das suas expectativas, valores, emoções e experiências prévias, as quais estão organizadas em pensamentos e sentimentos (Diener & Lucas, 2000).

Os estudos realizados sobre o BES procuram compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas (Siqueira & Padovam, 2008) através da satisfação global com a vida e de outros domínios específicos, transversalmente com a felicidade (Diener, Scollon, & Lucas, 2003b), permitindo desta forma a análise pessoal da frequência da expressão das emoções positivas e negativas (Siqueira & Padovam, 2008). Assim, para um bom BES é necessário o reconhecimento da SV, o aumento de experiências emocionais positivas e a diminuição das experiências emocionais negativas (Siqueira & Padovam, 2008).

Outros estudos indicam que o BES é mais positivo quando os indivíduos referem ter bom estado de saúde, fazem exercício físico regular, têm traços de personalidade que envolvem uma elevada extroversão e uma elevada estabilidade emocional, têm desejo de desenvolvimento pessoal e de interesse no BE dos outros, possuem sabedoria e compreensão social, têm fé ou crença religiosa, sentem controlo do ambiente, são independentes, têm sentimento de pertença numa rede de apoio social, e têm qualidade e maior número de relações sociais (Ambrosi-Randić & Plavšić, 2011).

Contudo, um indivíduo pode ter um BES elevado se este tiver SV e alegria frequente, sendo raramente experienciado emoções desagradáveis (e.g. raiva e tristeza) (Mohanty et al., 2012).

**2.2.2. Afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN).** O estudo dos afetos é importante para os vários domínios da psicologia, uma vez que faz parte do quotidiano dos indivíduos. Através da perspetiva clínica, o estudo dos afetos é importante por duas razões: na medida em que os extremos do humor definem condições psicopatológicas (mania, depressão e pânico) e na medida em que serve para aceder ao afeto traço, de forma a se aproximar do estudo dos aspetos da personalidade (Stone, 1997).

A definição dos afetos surge muitas vezes associada às emoções. Contudo, humor, afeto e emoções têm significados diferentes consoante quem define (Stone, 1997). O mesmo autor salienta ainda que o termo afeto está associado aos estados emocionais mais curtos, enquanto que o termo humor está associado a estados emocionais mais duradouros, havendo desta forma uma distinção entre estes dois termos. Stone (1997) menciona ainda que o afeto encontra-se dividido em três grandes domínios de análise baseados na sua dimensão temporal, nomeadamente o afeto estado (i.e. estudos sobre o BE dos indivíduos e sobre as emoções positivas e negativas), humor (i.e. estudos sobre a ansiedade e a depressão) e afeto traço (i.e. estudos sobre os fatores da personalidade).

Watson e Tellegen (conforme referido em Barrett & Russell, 1999; Diener, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a, Sadín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, & Valiente, 1999; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) publicaram em 1985 um artigo titulado "Toward a consensual structure of mood", indicando que a estrutura dos afetos é bidimensional e formada por duas dimensões independentes entre si, os AP e os AN, os quais são considerados quase-independentes entre si. Os mesmos autores referem que um aumento dos AP não implica uma diminuição dos AN, podendo os níveis elevados de AP e de AN ocorrerem em simultâneo - modelo ortogonal. Atualmente ainda são realizados estudos em torno dos afetos, com o intuito de responder às questões da sua estrutura e dimensionalidade. Existem estudos que confirmam os resultados obtidos por Watson e Tellegen, como também existem outros estudos que contrariam esses mesmos resultados: os AP e os AN são distintos entre si, representando correlações moderadas entre os mesmos constructos (Crawford & Henry, 2004), ou então, que o modelo dos afetos é multidimensional, apresentando vários subfactores (Killgore, cit in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Esta estrutura afetiva tem sido interpretada de formas diferentes por vários autores, cada um com o seu próprio modelo de medição, quadro conceptual, e literatura (Barret & Russell, 1999).

Watson e Tellegen (conforme referido em Sadín et al., 1999) referiram ainda que as dimensões deste modelo bifactorial estão correlacionadas por serem duas dimensões independentes do afeto, apesar da denominação poder indicar elevada correlação negativa. Estas duas dimensões têm sido caracterizadas como bipolares ou inversamente correlacionadas (i.e. aumento dos AN implica um decréscimo dos AP), mas no entanto unipolares em que o polo alto de cada dimensão representa um alto afeto e o polo baixo representa a ausência afetiva (Sadín et al., 1999).

No que diz respeito aos AP, estes indicam estados de espírito e emoções agradáveis (tais como alegria e afeto) que permitem o indivíduo pensar que a vida é procedida de forma desejada, permitindo o entusiasmo, estado de alerta, energia e participação gratificante. Por estas razões é que fazem parte do BES (Crawford & Henry, 2004; Diener, 2006; Sadín et al., 1999), uma vez que os AP têm uma forte relação com a visão hedônica da felicidade (Keyes, et al., 2002).

Quanto aos AN, estes incluem estados de espírito e emoções desagradáveis, representam respostas negativas, experiências pessoais negativas (e.g. de saúde, eventos ou outras circunstâncias), e podem incluir manifestações de estados emocionais aversivos, tais como, desgosto, ira, culpa, medo e nervosismo (Diener, 2006; Sadín et al., 1999). A frequência e prolongamento das emoções negativas podem interferir com o funcionamento afetivo do indivíduo, bem como tornar a vida deste desagradável (Diener, 2006), contribuindo para uma variabilidade de estados emocionais aversivos (Sandín et al., 1999; Stahl & Patrick, 2011) e também para a diminuição do BE.

Assim, os AP e os AN são definidos como uma ativação positiva e negativa da valência dos afetos, em que as extremidades inferiores de cada dimensão são caracterizadas pela sua ausência (Crawford & Henry, 2004). Dito por outras palavras, um indivíduo que tenha um AN elevado tem um sofrimento subjetivo e um envolvimento desagradável, enquanto que se o indivíduo tiver um AN baixo, este tem ausência desses sentimentos. Pelo contrário, um AP elevado manifesta entusiasmo e estado de alerta, ao passo que a letargia e tristeza são caracterizadas por um AP baixo (Crawford & Henry, 2004).

Por serem duas dimensões de afetividade separadas, Watson, Clark, & Tellegen (1988) acharam importante construir uma escala breve e de fácil administração, denominada *Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)*, de forma a poder avaliar os afetos. Esta escala é constituída por vinte itens, e tem sido utilizada em diversos fins, principalmente no campo da psicopatologia (Sadín et al., 1999), através da associação com ansiedade e depressão – modelo tripartido (Crawford & Henry, 2004). Este modelo requer o fator comum de afetividade negativa e de componentes específicos para a ansiedade e depressão, permitindo desta forma, a diferenciação entre estes últimos (Crawford & Henry, 2004). Contudo, a *PANAS* é uma escala que fornece medidas independentes de AP e AN (Crawford & Henry, 2004), facilitando a diferenciação entre a ansiedade e a depressão, e o estudo dos afetos independentes entre si.

Durante a década de 80 deu-se muito ênfase aos afetos como traços afetivos que se aproximavam de determinados traços de personalidade, em que os AP eram vistos como uma dimensão positiva (i.e. extroversão) e os AN eram encarados como uma dimensão negativa (i.e. neuroticismo). Por isso, os investigadores que utilizavam a *PANAS* procuravam relacionar o conceito de BE a diferentes indicadores de doenças mentais, tais como a depressão, ansiedade e stress (Siqueira & Padovam, 2008)

A *PANAS* encontra-se limitada, uma vez que foi construída para medir uma conceção específica do BE e mal-estar emocional, avaliando alguns estados que normalmente não são considerados sentimentos, como por exemplo, "forte", "alerta", "ativa" e "determinada", mas, no entanto, a escala não mede alguns sentimentos positivos e negativos que são importantes para o BE, não refletindo a diferença de sentimentos em diferentes contextos e culturas (Diener, Biswas-Diener, Tov, Kim-Prieto, Choi, & Oishi, 2009).

Os afetos têm sido relacionados com o funcionamento mental e físico do indivíduo (Stahl & Patrick, 2011). Um sujeito que tenha um AP alto e um AN baixo tem menos sintomas depressivos, maior AVD e melhor QV física e mental (Hu & Gruber, 2008). Os AP estão associados a um autorrelato positivo de saúde e BE, menor declínio da saúde física e a estratégias de coping, servindo como um recurso para os indivíduos lidarem com o início da doença crónica e com as mudanças físicas do processo de envelhecimento. Por outro lado, os AN estão relacionados com queixas e problemas de saúde, atenção e foco, limitando a capacidade dos indivíduos para superar a doença, através da sua associação com a ansiedade, raiva e tensão (Stahl & Patrick, 2011).

**2.2.3. AP e AN: género.** Existem diferenças entre géneros no que respeita aos afetos, pois a mulher é emocionalmente mais conhecedora, sensível e habilidosa do que o homem, havendo uma forte associação entre os AP e os AN (Bagozzi; Wong, & Yi, 1999). No mesmo estudo, com estudantes universitários, os mesmos autores também verificaram que o género e a cultura têm influência sobre os afetos.

De acordo com um estudo realizado anteriormente por Fujita, Diener, & Sandvik (1991), com uma amostra de 136 estudantes universitários (34 homens e 66 mulheres), com a utilização da *Affect Intensity Measure*, indicou que as mulheres têm experiências emocionais mais intensas e têm mais AN do que os homens. Quanto aos AP, os homens manifestam mais do que as mulheres.

De acordo com Smith, Fleeson, Geiselman, Settersen, & Kunzman (1999), o Estudo de Berlim revela que as mulheres apresentam mais AN do que os homens em

todos os grupos de idosos estudados, como também as mulheres têm um BES inferior aos homens.

Segundo Andrews e Robinson, Diener e Diener, e Thomas e Diener (conforme referido em Siqueira & Padovam, 2008) os indivíduos relatam mais emoções positivas do que negativas. Por outro lado, há estudos que indicam que os indivíduos que vivem fortes emoções positivas são os que tendem a ter fortes experiências emocionais negativas (Diener & Lucas, 2000). No entanto, a análise do BE está mais relacionada com a frequência das emoções positivas do que com a sua intensidade (Diener & Lucas, 2000).

**2.2.4. AP e AN: idade.** Pinquart (2001a) realizou um estudo meta-análise com resultados de 125 estudos sobre as diferenças de idade sobre os AP, os AN e o balanço dos afetos, através de bases de dados eletrónicas. Foi encontrado um pequeno declínio dos AP e do balanço dos afetos associado à idade, e um pequeno aumento associado à idade dos AN. Na quarta idade existe uma baixa acentuada dos AP e aumento salientado dos AN. Também existe um declínio de sentimentos positivos e negativos que estão relacionados com os afetos de alta ativação (e.g. sentir-se animado ou chateado) e um aumento de sentimentos positivos e negativos relacionados com os afetos de baixa ativação (e.g. sentir-se relaxado ou deprimido) (Pinquart, 2001a).

Assim sendo, existe diferenças relativamente à idade dos indivíduos no que respeita aos AP e aos AN, uma vez que, com o aumento da idade ocorre um aumento das perdas (i.e. viuvez, diminuição dos papéis sociais devido à reforma, diminuição das atividades sociais) e uma diminuição dos ganhos, isto é, os idosos tendem a ter uma diminuição dos AP e um aumento dos AN (Keyes et al., 2002; Pinquart, 2001a).

A este respeito, Diener, Sandvik, e Larsen (1985) mencionam a hipótese da maturidade emocional nos indivíduos mais velhos. Os idosos tendem a ter maiores níveis de controlo emocional internos devido às experiências de vida (i.e. a vida ensinou-os a moderar os sentimentos positivos e negativos). Por outro lado, os idosos também têm tendência para evitar situações e reações emocionais, na tentativa de manterem-se neutros, evitando desta forma emoções externas (Diener, Sandvik e Larsen, 1985).

Pinquart (2001a) refere ainda que alguns idosos tendem a criar ambientes sociais que lhes permitem ter experiências positivas, de forma a evitar os AN. A regulação das atividades permite que os idosos possuam uma maior regulação das suas habilidades, possibilitando desta forma o aumento dos AP e a diminuição dos

AN.

Também existe o pressuposto de que os idosos não apresentam diferenças significativas entre os AP e os AN (Mrozek & Kolarz, 1998). Contudo, o aumento associado à idade da capacidade de adaptação às diversas circunstâncias, poderá aumentar a estabilidade do BES devido à capacidade de regulação das emoções (Brandtstädter & Greve, 1994). Segundo os mesmos autores, os idosos com esta maturidade emocional são capazes de lidar com as perdas.

### **2.3. Indicadores de Saúde na Velhice**

Os idosos percebem a sua saúde através da sua (in)capacidade funcional, ou seja, no que se refere à existência ou não de limitações para executar as atividades básicas do quotidiano de forma autónoma (Hoeymans, Feskens, Kromhout, & Van Den Bos, 1997b; Pinguart, 2001). Esta (in)capacidade funcional pode ser avaliada de forma objetiva ou subjetiva, contudo, a avaliação subjetiva tem mais vantagens relativamente à avaliação objetiva, podendo ser operacionalizada tanto em termos molares (i.e. competência funcional percebida), quanto em termos elementares (i.e. capacidade motora e sensorial percebida) (Pimentel & Diniz, 2012).

Portanto, a (in)capacidade funcional pode ser avaliada através de dois domínios: (1) AVD ou atividades de autocuidado do indivíduo (e.g. alimentar-se, higiene, vestir-se) e (2) através das atividades instrumentais da vida diária ou habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente, as quais englobam tarefas mais complexas, muitas vezes relacionadas com a participação social do sujeito para realizar compras, atender o telefone ou utilizar meios de transporte (Baltes & Mayer, 1999, Baltes & Smith, 2003). Com o aumento da idade, a capacidade funcional diminui, por isso é importante avaliar a saúde subjetiva dos idosos (Hoeymans et al, 1997b).

Assim sendo, e com base na importância que as capacidades funcionais possam ter na manutenção da autonomia e na gestão das AVD, Baltes, Maas, Wilms, Borchelt, & Little (1999) elaboraram um modelo de competência diária que distingue dois tipos de habilidades: (1) nível de competência básica (BaCo), que está relacionado com atividades básicas de manutenção da vida diária e de autocuidado necessárias para a sobrevivência do indivíduo, as quais estão independentes dos fatores socioculturais e psicossociais e dependentes de fatores de saúde, e (2) nível de competência expandida (ExCo), que engloba atividades baseadas em preferências individuais, habilidades específicas, motivações e interesses, sendo influenciadas por fatores psicossociais e necessárias para uma vida responsável e satisfatória. Este

modelo foi testado numa amostra probabilística de 516 participantes, com idades compreendidas entre os 70 e os 103 anos, residentes na comunidade e institucionalizados. Para a recolha dos dados foi realizado uma entrevista sobre a perceção das dificuldades nas atividades realizadas no dia anterior. Posteriormente foi feita uma avaliação subjetiva do grau de ajuda necessária para execução de atividades básicas com o Índice de Barthel e com a *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* de Lawton e Brody. Por fim, foi avaliado o nível de participação nas atividades “fora de casa”. Os resultados referiram que ExCo e BaCo só eram afetados através do equilíbrio/marcha, como também existia uma tendência dos idosos com idade igual ou superior a 85 anos e idosos institucionalizados mostrarem um baixo nível de atividade e maior dificuldade na execução das tarefas. Os autores indicaram ainda que o envelhecimento por si só não era responsável pelo declínio do BaCo e ExCo, uma vez que a saúde e os fatores psicossociais podiam ter um impacto significativo nesse declínio.

**2.3.1. Capacidade motora percebida (CMP).** A saúde funcional pode ser vista de forma subjetiva como objetiva. A saúde funcional subjetiva pode ser definida pelas suas componentes motoras (CMP) e sensoriais (capacidade de perceção sensorial) percecionadas pelo indivíduo (Pimentel & Diniz, 2012). Quanto à saúde objetiva, esta é o principal preditor da saúde percebida pelo indivíduo, podendo ser diferenciada entre saúde física (i.e. presença ou ausência de doença aguda ou crónica), saúde funcional (i.e. limitações no dia-a-dia devido a problemas de saúde), e saúde mental (i.e. depressão). Embora estas componentes sejam autoavaliadas, são consideradas como saúde objetiva pelo facto de poderem ser observadas por um observador externo (Pinquart, 2001b).

Os idosos avaliam a sua saúde subjetiva de forma menos positiva em comparação aos adultos (Pinquart, 2001b). As dificuldades dos idosos na gestão das atividades quotidianas devem-se essencialmente às suas limitações nas competências funcionais, ou seja, devem-se às suas dificuldades motoras (Walsh, Khatutsky, & Johnson, 2008; Pimentel & Diniz, 2012). A autoavaliação da saúde pode ser afetada quando há deterioração do estatuto funcional, na medida que após um certo período com o problema, pode ocorrer integração/adaptação das dificuldades no funcionamento diário do idoso (Hoeymans et al., 1997b).

**2.3.2. Competência funcional percebida (CFP).** O estatuto funcional é um indicador objetivo, mencionando ou não dificuldades na realização das AVD, enquanto que a autoavaliação da saúde é um indicador subjetivo em que o indivíduo perceciona

e avalia a sua própria saúde com base na interpretação, nas expectativas e nas comparações do estatuto funcional, ou seja, com base na interpretação da saúde física e mental (Hoeymans et al., 1997b). Portanto, o estatuto funcional tem influência sobre a saúde subjetiva do idoso (Hoeymans et al., 1997b; Pinguart, 2001b). De acordo com Paúl e Fonseca (conforme referido em Pimentel & Diniz, 2012), os idosos percebem a sua saúde como resultado das suas limitações nas AVD consideradas importantes e de acordo com a sua capacidade em executar de forma autónoma essas atividades. Desta forma, a capacidade funcional é importante para assegurar a autonomia e gestão do quotidiano (Pimentel & Diniz, 2012).

As AVD acarretam responsabilidades e deveres básicos que compõem o funcionamento diário do indivíduo, desde o tomar banho, vestir, comer, ir à casa de banho e caminhar, as quais são consideradas essenciais para o autocuidado do indivíduo, como por exemplo, locomoção e alimentação. Quando existem dificuldades nas AVD, estas podem afetar a vida do idoso e o seu BE físico e psicológico. Em caso de dificuldade, o idoso fica mais dependente dos outros, acontecendo com mais prevalência em idosos com idade igual ou superior a 85 anos (Mohanty et al., 2012). As habilidades funcionais e as AVD diminuem com a idade (Mohanty et al., 2012) e o declínio no estatuto funcional diminui o BES (Neri, 2002). Com o envelhecimento, o número de idosos que necessitam de apoio de outrem, duplica em cada década até aos 84 anos e triplica entre os 85 e os 94 anos (Mohanty et al., 2012).

O estatuto funcional pode ser um determinante da autoavaliação da saúde do indivíduo. Existem estudos empíricos que mostram que o estatuto funcional e a autoavaliação da saúde estão interrelacionados. Em indivíduos com má autoavaliação da saúde, estes têm uma maior probabilidade de ficarem doentes (Hoeymans et al., 1997b). Todavia, segundo o mesmo autor, não existe evidência de que a relação entre o estatuto funcional e a autoavaliação da saúde possa manter-se na velhice, uma vez que estes indicadores evoluem de forma diferente com o avançar da idade: o estatuto funcional deteriora-se com a idade e a autoavaliação mantém-se estável após uma certa idade. Por outro lado, Pinguart (2001b) indica que há um declínio da saúde subjetiva com o aumento da idade.

Se o estatuto funcional diminui, o indivíduo tem mais dificuldades em realizar as AVD de forma independente. Portanto, a autoavaliação da saúde indica como o indivíduo percebe a sua saúde, constituindo um indicador de BE ou de QV. O declínio do estatuto funcional e da autoavaliação da saúde são observados sobretudo nos idosos com idade superior a 80 anos (Hoeymans, Feskens, Van Den Bos, &

Kromhout, 1997a). Contudo, os mesmos autores indicam que existem estudos que referem que este declínio não é verificado tanto na velhice, havendo melhores avaliações da saúde entre os idosos. Porém, os idosos podem ter diferentes interpretações e expectativas distintas no que concerne aos cuidados de saúde, avaliando de forma diferente o seu estado de saúde (Hoeymans et al., 1997a).



### 3. Formulação do Problema de Investigação

De acordo com a literatura revista, os Afetos têm sido relacionados com o funcionamento mental e físico do indivíduo, em que os AP estão associados a um autorrelato positivo da saúde e do BE e associado a estratégias de coping para lidar com o envelhecimento, enquanto que os AN estão relacionados com queixas e problemas de saúde, limitando a capacidade de superar a doença (Stahl & Patrick, 2011). No que respeita ao Género, existe diferenças entre homens e mulheres, em que as mulheres apresentam mais AP do que AN, do que os homens (Bagozzi, Wong, & Yi, 1999). Contudo, os indivíduos tendem a relatar mais emoções positivas do que negativas (Andrews & Robinson, cit in Siqueira & Padovam, 2008; Diener & Diener, cit in Siqueira & Padovam, 2008; Thomas & Diener, cit in Siqueira & Padovam, 2008). Com o aumento da Idade existe um declínio dos AP e um aumento dos AN devido ao aumento das perdas e diminuição dos ganhos (Pinquart, 2001a).

Não foram encontrados estudos que analisam o efeito de mediação da CMP ou da CFP nos efeitos da idade e do género sobre os AP ou os AN. Por isso, um dos objetivos deste presente estudo é analisar se o efeito de mediação da CMP é mais efetivo do que o da CFP nos efeitos da Idade (terceira idade versus quarta idade) e do Género sobre os Afetos (AP e AN). Os modelos alternativos que representam estas relações são apresentadas na Figura 1 e na Figura 2.

Os desafios diários do idoso não ficam restritos apenas às AVD descritas na escada de *IADL* de Lawton e Brody, sendo também tidos em consideração a competência que o idoso tem para executar tais AVD no quotidiano e as capacidades básicas de manutenção da vida diária, tais como o autocuidado e a alimentação regular, aptidões instrumentais do dia-a-dia, o comportamento social e o comportamento em relação ao lazer (Baltes & Smith, 2003). Como o desempenho das atividades básicas do quotidiano (i.e. tomar banho, vestir-se, utilizar a casa de banho, transferir-se de posição, higiene e comer) dependem da capacidade e da competência do indivíduo, existe a hipótese da existência de uma forte correlação entre estas duas variáveis. Assim, a CMP e a CFP podem resultar num só modelo: Competências Motoras Básicas Percebidas (CMBP).

Contudo, neste estudo é esperado que existam efeitos da Idade e do Género sobre os AP e os AN, como também é esperado que os construtos mediadores (i.e. CMP, CFP ou CMBP) tenham influência sobre os efeitos da Idade e do Género sobre os AP e os AN (Figuras 1, 2 e 3).

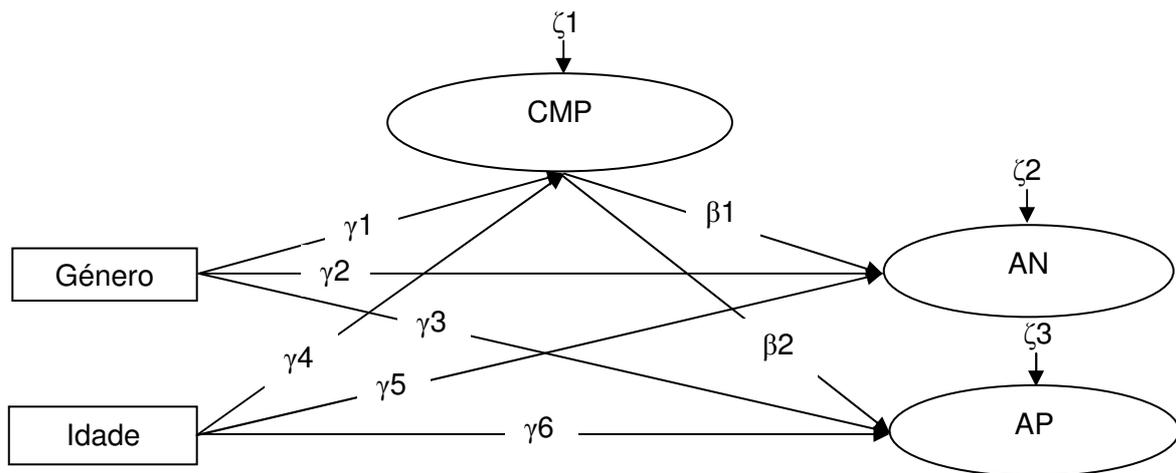


Figura 1: Modelo de mediação da CMP no efeito do Gênero e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama conceitual.  $\gamma_i$  = efeitos diretos das variáveis observadas exógenas Gênero e Idade ou preditores observados sobre as variáveis latentes endógenas ou critérios latentes CMP, AP e AN;  $\beta_i$  = efeitos diretos entre os três critérios latentes CMP, AP e AN;  $\zeta_i$  (resíduo estrutural) = quantidade de variância dos critérios latentes não capturada pelos respectivos preditores.

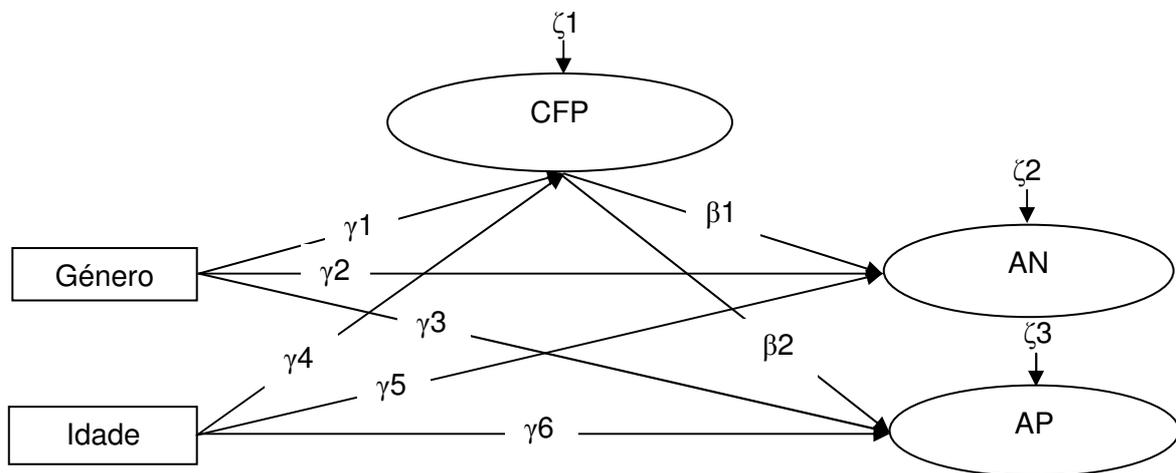


Figura 2: Modelo de mediação da CFP no efeito do Gênero e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama conceitual. Ver símbolos estatísticos na Figura 1.

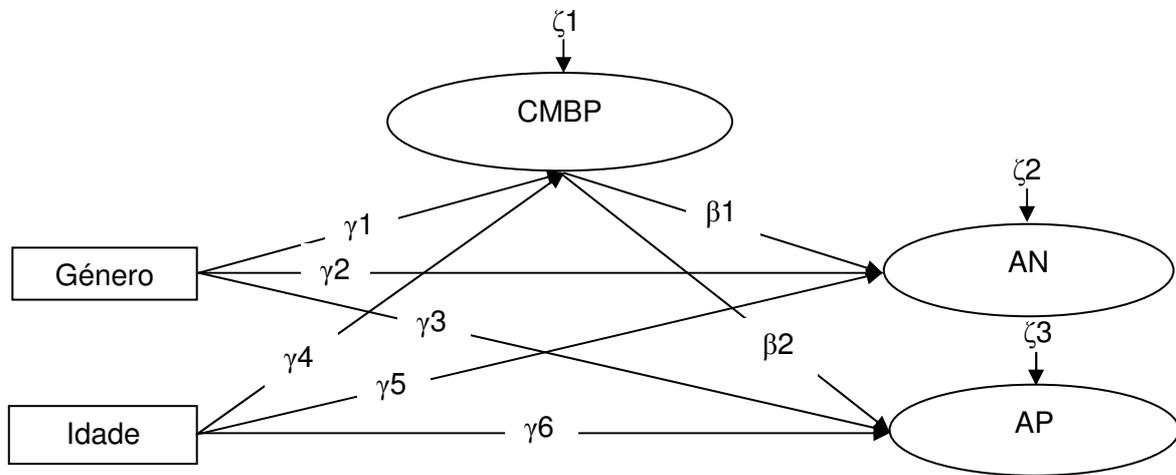


Figura 3: Modelo de mediação da CMBP no efeito do Género e da Idade sobre os AP e os AN: diagrama conceitual. Ver símbolos estatísticos na Figura 1.



## 4. Método

### 4.1. Participantes

No presente estudo participaram um total de 176 idosos portugueses voluntários, autónomos e não institucionalizados, controlados para demência, através da versão portuguesa do *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994), e depressão, através de uma versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale – short form (GDS-15)* (Diniz, 2007b; Sheikh & Yesavage, 1986). O leque etário da amostra foi de 65-92 anos (*Mdn* = 72 anos). Os participantes, residentes em meio urbano, foram maioritariamente do género feminino (50.6%) e não viviam sós (76.1%). No que se refere ao estado civil, 60.8% dos idosos eram casados ou viviam em união de facto, 26.1% eram viúvos, 8% eram divorciados ou separados, e 5.1% eram solteiros. Quanto às habilitações literárias verificou-se que a maioria dos participantes (70.4%) frequentou apenas o 1º ciclo, 9.1% frequentaram o 2º ou 3º ciclo, 3.4% frequentaram o ensino secundário e 5.7% frequentaram o ensino superior. Verificou-se ainda que 11.4% dos idosos não tinham qualquer nível de escolaridade.

### 4.2. Instrumentos

**Mini-Mental State Examination (MMSE).** A versão portuguesa do *MMSE* (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1993) tem como objetivo avaliar o estado mental dos participantes. É constituída por onze perguntas relacionadas com cinco áreas da função cognitiva, nomeadamente, duas questões de orientação, uma questão de inscrição, uma questão sobre a atenção e cálculo, uma questão sobre memória, e por fim, seis questões de linguagem (Pimentel & Diniz, 2012). As pontuações referentes a esta escala variam entre zero e 30 pontos, sendo o ponto de corte para o défice cognitivo realizado de acordo com o nível de escolaridade: participantes analfabetos  $\leq 15$  pontos, participantes com até 11 anos de escolaridade  $\leq 22$  pontos, e por último para participantes com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  pontos. No presente estudo, esta prova permitiu fazer rastreio de défice cognitivo (demência).

**Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15).** A EDG-15 (Diniz, 2007b) é uma versão reduzida da versão portuguesa da *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986) que tem como objetivo avaliar os sintomas de depressão dos idosos. Esta escala é constituída por 15 itens pontuados numa escala dicotómica: “Sim” para presença de

sinto-mas e “Não” para ausência de sintomas. Para os itens 1, 5, 7, 11 e 13 será necessário fazer a recodificação, uma vez que estes itens indicam sintomas de depressão quando respondido “Não” (Pimentel & Diniz, 2012). A pontuação desta escala varia entre zero e 15 pontos, sendo o ponto de corte realizado em casos com pontuação  $\geq 10$ . Contudo, pontuações superiores a cinco pontos são sempre indicadoras de sintomas de depressão, pelo que deve ser sugerido uma avaliação e/ou acompanhamento. Porém, existe apenas necessidade de avaliação mais profunda e/ou apoio quando os participantes têm valores  $\geq 10$ . No presente estudo, esta escala permitiu fazer rastreio de depressão, com ponto de corte utilizado quando os participantes tinham pontuação  $\geq 10$ , eliminando todos os participantes que tiveram esta pontuação.

**Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN).** A EAPN (Diniz, 2007a) é uma adaptação portuguesa construída com base na escala *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* (Watson et al., 1988), tendo como objetivo avaliar os afetos. É constituída por duas subescalas, sendo cada uma delas constituída por 10 itens referentes aos AP e 10 itens relativos aos AN. Cada item é classificado fazendo utilização de uma escala de Likert (1 = muito pouco ou nada; 2 = um pouco; 3 = assim, assim; 4 = bastante; 5 = muitíssimo) em função da maneira como o testado pensa sentir-se normalmente.

**Questionário de Capacidade Motora Percebida (QCMP).** O QCMP (Diniz, 2008; Pimentel & Diniz, 2012) tem como objetivo avaliar a capacidade percebida pelos idosos para realizar tarefas motoras básicas, as quais estão envolvidas no desempenho das AVD. É um questionário unidimensional, classificável por seis itens segundo uma escala de tipo-Likert, que é constituída por sete pontos (0 = Péssima; 1 = Muito má; 2 = Má; 3 = Nem boa nem má; 4 = Boa; 5 = Muito boa; 6 = Perfeita). Este instrumento foi estruturalmente validado, com sucesso, em estudos anteriores (Gaspar, 2013; Pimentel & Diniz, 2012).

**Questionário de Competência Funcional Percebida (QCFP).** O QCFP (Diniz, 2012) permite avaliar o grau percecionado pelo idoso no que se refere à sua competência funcional (estatuto funcional) perante a execução de tarefas diárias importantes. É um questionário unidimensional, classificável por seis itens segundo uma escala de tipo-Likert, que é constituída por sete pontos (0 = Péssima; 1 = Muito má; 2 = Má; 3 = Nem boa nem má; 4 = Boa; 5 = Muito boa; 6 = Perfeita).

### 4.3. Procedimento

**4.3.1. Recolha de dados.** A seleção dos participantes foi realizada através de um processo de amostragem não probabilística (conveniência, intencional tipo bola-de-neve), sendo a amostragem mais utilizada a de conveniência (73.3%). A autora deste trabalho contribuiu com a recolha de informação junto de 50 idosos. Como o objetivo para a recolha de dados era obter idosos residentes na comunidade, a amostra foi selecionada em locais públicos frequentados habitualmente pelos idosos, por ser considerado um acesso mais facilitado e uma localização geográfica mais favorável (amostragem de conveniência): jardins, cafés, explanadas, praças, ruas. Nos casos em que os idosos indicaram outros idosos que pudessem participar no estudo, por vezes foi realizada a recolha de dados nas suas habitações (amostragem tipo bola-de-neve). A todos os participantes foi apresentado um modelo de consentimento informado, ainda que a larga maioria não o tenha assinado.

Antes de iniciar o processo de recolha de dados, que foi realizado sobre a forma de entrevista, houve treino prévio dos entrevistadores de forma a evitar riscos de enviesamento no processo, e permitir atender às respostas emocionais do entrevistado, proporcionando um contexto seguro para que os idosos respondessem com mais sinceridade (Diniz & Amado, in press). Por razões de carácter instrumental e ético-deontológico, a recolha dos dados foi feita sob a forma de entrevista individual para ultrapassar dificuldades inerentes aos participantes: não alfabetização, falta de familiaridade com a situação de teste; e, problemas referentes à saúde funcional, quer fraca visão, quer controlo motor fino prejudicado ou outro tipo de problemas que impossibilitassem o idoso responder às questões por escrito (Diniz & Amado, in press).

A recolha de dados foi realizada, sempre que possível, durante o período da manhã devido aos efeitos dos ritmos circadianos e também tendo em conta os horários das instituições frequentadas pelos idosos (Diniz & Amado, in press). Tendo em conta os efeitos que as épocas festivas têm sobre os idosos, não foram realizadas entrevistas uma semana antes e uma semana depois destes períodos (i.e. Natal, Fim de Ano e Páscoa); também não foram realizadas entrevistas em datas especiais, tais como aniversário do idoso ou aniversário da morte de pessoas significativas (Diniz & Amado, in press). Em caso de perda do conjugue ou de um familiar próximo recentemente (menos de seis meses) também não era administrado a entrevista, tendo em conta o impacto da perda no BE do idoso (Peters & Liefbroer, 1997).

Antes de iniciar a recolha de dados junto dos participantes, estes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato e

confidencialidade das respostas e o caráter voluntário da participação, havendo a possibilidade de desistência a qualquer momento da entrevista. As entrevistas começaram com a apresentação de um termo de consentimento informado e com a recolha de dados sociodemográficos. Posteriormente foram administrados os instrumentos referentes ao rastreio de demência e depressão (*MMSE* e *EDG-15*). Se algum destes dois instrumentos os idosos atingissem o ponto de corte (para a *EDG-15*, pontuação  $\geq 10$ ), a entrevista era interrompida de forma não abrupta e se possível, ser feita uma sinalização junto dos cuidadores, ou aconselhando acompanhamento médico do caso. Em caso de não atingir o ponto de corte das dificuldades em cada uma destas escalas, continuou-se com a administração dos restantes instrumentos. Depois foram aleatoriamente aplicados os questionários relativos às variáveis de interesse no estudo, de forma a evitar efeitos de halo.

Durante a entrevista, o entrevistador tinha que ler os itens e os formatos de resposta em voz alta, e se necessário reler os mesmos (em caso de não compreensão ou presença de redução da acuidade auditiva). No caso das respostas a formatos Likert e tipo-Likert, o entrevistador deveria perguntar se a resposta do idoso se situava no polo concordante ou discordante, sendo posteriormente pedido para o idoso referir a pontuação exata. O entrevistador também devia evitar a indução de respostas e minimizar as interações durante a aplicação da entrevista. Em caso do idoso querer comentar ou fazer perguntas, tinha que ser lembrado para adiar a discussão para o final da entrevista (Diniz & Amado, in press).

**4.3.2. Análise de dados.** Em primeiro lugar, os dados foram inseridos na matriz de *SPSS for Windows* (v. 20.0 SPSS Inc., Chicago, IL) de forma a descrever as características da amostra.

De acordo com o critério de Baltes e Smith (2003), as variáveis Género e Idade (variáveis dicotómicas nominais) foram operacionalizadas com notação “1” para o Género feminino e notação “2” para o Género masculino. Para a variável Idade foi utilizada notação “1” para Idades compreendidas entre 65 e 79 anos (terceira-idade) e notação “2” para idosos com Idade  $\geq 80$  anos.

Posteriormente, com recurso ao *PRELIS 2* (Jöreskog & Sörbom, 1996), e considerando a métrica ordinal dos itens, foi calculada a matriz de covariância assintótica das correlações policóricas dos dados. Estas matrizes foram seguidamente lidas e trabalhadas através do programa de modelação de equações estruturais, *LISREL*, com recurso à linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993).

Foi testada a estrutura fatorial dos modelos de medida que operacionalizaram os

fatores CMP, CFP, CMBP, AP e AN, através da análise fatorial confirmatória (AFC), utilizando o robusto Satorra-Bentler *scaled chi-square* ( $S-B\chi^2$ ; Satorra & Bentler, 1994). Esta técnica foi utilizada por ser considerada apropriada para testar modelos com variáveis não-normais em amostras pequenas ( $N \leq 200$ ) (Curran, West, & Finch, 1996).

Para o tratamento dos resultados foi utilizado um processo bietápico (Anderson & Gerbing, 1988; Jöreskog & Sörbom, 1993). Durante a realização dos testes de validade estrutural dos modelos de medida, foi tido em consideração os resultados da solução estandardizada. Posteriormente foi testado o modelo de mediação, usando os resultados da solução não estandardizada. No que se refere às modificações realizadas nos modelos de medida, foi tido em consideração a quantidade de variância do item capturada pelo respetivo fator ( $R^2$ ), a qual deveria ser  $> .16$  (i.e. ligeiramente superior ao valor moderado  $.13$ ; Cohen, 1988). Quando tal não acontecia para um dado item, ele era eliminado.

De forma a apreciar a validade estrutural dos modelos de medida, foi utilizado a AFC. Posteriormente foi apreciado a validade convergente (VC), a fiabilidade compósita (FC) e a validade discriminante (VD). O cálculo da VD foi realizado através do quadrado da correlação desatenuada ( $\phi$ ) entre os fatores (i.e. variância partilhada), a qual deve ser inferior à variância média extraída (VME) de pelo menos um dos fatores em estudo. A VC foi apreciada através da VME, a qual deve apresentar valores  $\geq 50\%$  (Fornell & Larcker, 1981). A fiabilidade deve apresentar valores  $\geq 70\%$  ou valores  $\geq 80\%$  para comparação de grupos ou valores  $\geq 90\%$  para diagnóstico individual (Nunnally & Bernstein, 1994).

De forma a avaliar o ajustamento dos modelos, foram considerados os seguintes valores para um bom ajustamento: qui-quadrado relativo ( $\chi^2/df$ )  $< 3.00$  (Kline, 2005); *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990) que deve ser próximo ou superior de  $.95$  (Hu & Bentler, 1998); *root mean square error of approximation* (RMSEA; Steiger, 1990) próximo ou inferior a  $.08$  para indicar ajustamento aceitável e valores próximos ou inferiores  $.05$  para indicar bom ajustamento (Browne & Cudeck, 1992); *expected cross-validation index* (ECVI; Browne & Cudeck, 1992) para comparar modelos concorrentes, era selecionado o modelo que apresentasse um valor de ECVI mais baixo; e o *standardized root mean square residual* (SRMR) deve ter valores próximos ou inferiores a  $.08$  (Hu & Bentler, 1998).

Para examinar as relações estruturais do modelo de mediação foi utilizado os resultados da solução não estandardizada. Para a existência de efeito de mediação

(i.e. efeito indireto), é necessário que cada efeito direto que o compõe e que o efeito indireto propriamente dito, sejam estatisticamente significativos. De forma a apreciar os efeitos de mediação dos construtos em estudo, CMP, CFP ou CMBP, nas relações de predição entre o Género e a Idade e os AN e os AP, foi utilizada a expressão  $\Delta z = (\gamma_{(7)} - \gamma_{(5)})/\text{raiz quadrada} [(EP_{(7)}^2 + EP_{(5)}^2)/2]$ . Exemplificando esta expressão no modelo da Figura 1 e considerando o preditor Idade:  $\gamma_{(7)}$  = efeito total (indireto mais direto) não estandardizado da Idade sobre os AN;  $\gamma_{(5)}$  = efeito direto não estandardizado da Idade sobre os AN; e,  $EP_{(7)}$  e  $EP_{(5)}$  como respetivos erros padrão. Um valor do teste estatístico  $\Delta z > 1.96$ , significa que os efeitos em comparação diferem a um nível de significância de  $p < .05$ .

## 5. Resultados

### 5.1. Estudo Preliminar dos Modelos de Medida do QCMP e do QCFP

No início deste estudo, a amostra era constituída por 271 idosos. Contudo, no início do teste dos modelos, foi verificada existência de problemas de ajustamento do modelo do QCMP (Tabela 1; M1), o que não tinha acontecido em estudos realizados anteriormente com este Questionário (Gaspar, 2013; Pimentel & Diniz, 2012), com diferentes amostras. Dado este resultado, foi deduzido que teria havido problemas na recolha dos dados. Assim, a hipótese que surgiu foi a existência de erro aleatório pelo facto da amostra deste estudo ser maioritariamente jovem. Desta forma, foram excluídos primeiramente os idosos que tinham idade inferior a 70 anos e posteriormente excluídos os idosos com idade inferior a 75 anos. Os resultados revelaram a permanência dos problemas de ajustamento (Tabela 1; M2 e M3). Isto conduziu à hipótese de ter havido erro sistemático (i.e. ao conteúdo dos itens).

Para examinar esta hipótese, foi também testado o modelo de medida do QCFP com o intuito de apreciar o seu ajustamento. Os resultados desse teste revelaram, tal como tinha acontecido para o QCMP, um mau ajustamento do modelo (Tabela 2; M1, M2 e M3). Os problemas de ajustamento dos modelos apontaram mais para a existência de erro aleatório e não de erro sistemático. No entanto, o erro aleatório não era relativo às características etárias da amostra.

Foi então ponderada outra hipótese. Teriam havido problemas referentes aos entrevistadores, isto é, devido ao erro aleatório, mas causado pelo procedimento de recolha de dados. Assim, foram testados novamente os modelos dos Questionários CMP e CFP em sete fases, retirando em cada uma delas os idosos referentes à amostra recolhida por um entrevistador. Os resultados dos modelos continuaram a não indicar um bom ajustamento (Tabelas 1 e 2; M4 a M9), mas foram verificados melhores resultados em dois modelos, nomeadamente no *ECVI* (Tabelas 1 e 2; M7 e M8). No que se refere ao modelo do QCFP essa diferença era mais mitigada (Tabela 2; M7 face a M5). Assim, foram eliminados da amostra os idosos entrevistados pelos entrevistadores quatro e cinco, uma vez que os resultados do ajustamento dos modelos agravavam o seu ajustamento (Tabelas 1 e 2; M7 e M8). Após eliminar estes participantes, melhorou o ajustamento dos modelos (Tabelas 1 e 2; M10), apesar de ele não ser ainda aceitável.

Procedeu-se então aos testes dos modelos de medida do QCMP e do QCFP com a amostra descrita no método.

Tabela 1. *CMP: Índices de Ajustamento*

Modelo	S-B $\chi^2/gf$	Ratio ( $\chi^2/gf$ )	CFI	RMSEA	SRMR	ECVI
M1	55.83/9	6.20	.95	.14	.07	.30
M2	41.31/9	4.59	.95	.14	.07	.35
M3	31.38/9	3.48	.95	.14	.07	.45
M4	54.48/9	6.15	.95	.15	.07	.31
M5	44.90/9	5.21	.95	.14	.07	.32
M6	48.33/9	6.16	.95	.15	.08	.34
M7	43.59/9	4.62	.96	.12	.06	.26
M8	36.75/9	4.21	.96	.12	.06	.28
M9	58.76/9	6.03	.95	.15	.07	.34
M10	26.26/9	2.91	.97	.10	.05	.28

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

Tabela 2. *CFP: Índices de Ajustamento*

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

*Nota.* Ver abreviaturas na Tabela 1.

## 5.2. Estudo dos Modelos de Medida do QCMP e do QCFP

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

## 5.3. Estudo do Modelo Integrador do QCMP e do QCFP

Os resultados referentes ao modelo oblíquo com 12 itens, o qual integra os dois modelos de medida (QCMP e QCFP), revelaram um ajustamento aceitável ( $S-B\chi^2/df = 112.65/53$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.13;  $CFI = .98$ ;  $RMSEA = .08$ ;  $SRMR = .08$ ;  $ECVI = .93$ ). Contudo, foi verificado a existência de uma elevadíssima correlação entre os dois fatores (CMP-CFP,  $\phi = .96$ ). Desta forma, justificava-se a fusão destes dois fatores num único fator (CMBP). Ao testar o modelo unifatorial entretanto formado, os resultados (nomeadamente do  $ECVI$ ) revelaram um melhor ajustamento em comparação com o modelo oblíquo ( $S-B\chi^2/df = 113.49/54$ ; Ratio ( $\chi^2/df$ ) = 2.10;  $CFI = .98$ ;  $RMSEA = .08$ ;  $SRMR = .08$ ;  $ECVI = .92$ ). Note-se que este fator apresentou uma boa VME e uma excelente FC (Tabela 3).

## 5.4. Validade Estrutural da EAPN

Foi testado o modelo da EAPN, verificando-se que o item sete da prova não representava bem o fator AN ( $R^2 = .05$ ), por isso, este item foi eliminado e testou-se novamente o modelo, que estava razoavelmente ajustado (Tabela 4; M1). Contudo, os itens 2 e 20 do fator AN também não atingiram valores de  $R^2$  desejáveis ( $>.16$ ) (Tabela 5; M1). O modelo assim especificado apresentou um melhor ajustamento (Tabela 4; M2), bem como uma VME mais elevada para o fator AN, ainda que ligeiramente inferior à desejada (.50), e uma boa FC (Tabela 5; M2). Já o fator AP apresentou problemas de VME (Tabela 5; M2). Entretanto, não existiram problemas de VD no modelo, uma vez que a variância partilhada entre AP e AN foi muito baixa ( $\phi = .01$ ), indicando independência entre os fatores. Note-se que a correlação desatenuada entre os fatores foi positiva ( $\phi = .11$ ).

### 5.5. Estudo do Modelo Oblíquo EAPN/Competência Motora Básica Percebida (CMBP)

Foi realizado o teste do modelo oblíquo EAPN/CMBP, que estava bem ajustado ( $S-B\chi^2/gl = 648.75/374$ ; Ratio ( $\chi^2/gl$ ) = 1.73;  $CFI = .96$ ;  $RMSEA = .065$ ;  $SRMR = .09$ ;  $ECVI = 4.40$ ). Verificou-se ainda, que as correlações desatenuadas entre os fatores foram de fracas a moderadas (AP-AN,  $\varphi = .07$ ; CMBP-AN,  $\varphi = .27$ ; CMBP-AP,  $\varphi = .49$ ), não havendo, pois, problemas de VD, considerando os resultados obtidos para a VME de cada fator, apresentados nos pontos 5.3. e 5.4..

Tabela 3. CMBP: Estimativas da Solução Não-Estandarizada

Item	$\beta$	$R^2$
1. Mastigar	.55	.30
2. Equilíbrio	.62	.39
3. Locomoção	.40	.16
4. Motricidade fina	.82	.67
5. Equilíbrio parado	.82	.68
6. Força nas mãos	.79	.62
7. Banho	.81	.66
8. Caminhar	.64	.41
9. Transferir	.76	.57
10. Vestir	.84	.71
11. Comer	.82	.68
12. Sanita	.91	.82
-----		
VME		.56
FC		.94

Nota. VME = variância média extraída (validade convergente); FC= fiabilidade compósita;  $\beta$  = peso fatorial estandardizado ( $p < .001$ );  $R^2$  (coeficiente de comunalidade dos itens).

Tabela 4. EAPN: Índices de Ajustamento

Modelo	$S-B\chi^2/gl$	Ratio ( $\chi^2/gl$ )	$CFI$	$RMSEA$	$SRMR$	$ECVI$
M1	271.12	1.79	.95	.067	.11	1.99
M2	199.33	1.68	.96	.063	.10	1.54

Nota. Ver abreviaturas na Tabela 1.

Tabela 5. EAPN: Estimativas da Solução Estandarizada

Item (Fator)	M1		M2	
	$\beta$	R <sup>2</sup>	$\beta$	R <sup>2</sup>
1 (AP)	.69	.48	.69	.48
3 (AP)	.77	.59	.77	.59
5 (AP)	.47	.22	.47	.22
9 (AP)	.80	.64	.80	.64
10 (AP)	.50	.25	.50	.25
12 (AP)	.60	.36	.60	.36
14 (AP)	.60	.35	.60	.35
16 (AP)	.65	.43	.65	.43
17 (AP)	.51	.26	.50	.25
19 (AP)	.63	.40	.63	.40
-----				
VME		.40		.40
FC		.87		.86
-----				
2 (AN)	.44	.20	---	---
4 (AN)	.76	.57	.77	.59
6 (AN)	.66	.43	.66	.43
8 (AN)	.47	.22	.48	.23
11 (AN)	.58	.34	.60	.36
13 (AN)	.49	.24	.51	.26
15 (AN)	.70	.49	.65	.42
18 (AN)	.67	.45	.69	.47
20 (AN)	.40	.16	---	---
-----				
VME		.41		.46
FC		.88		.88

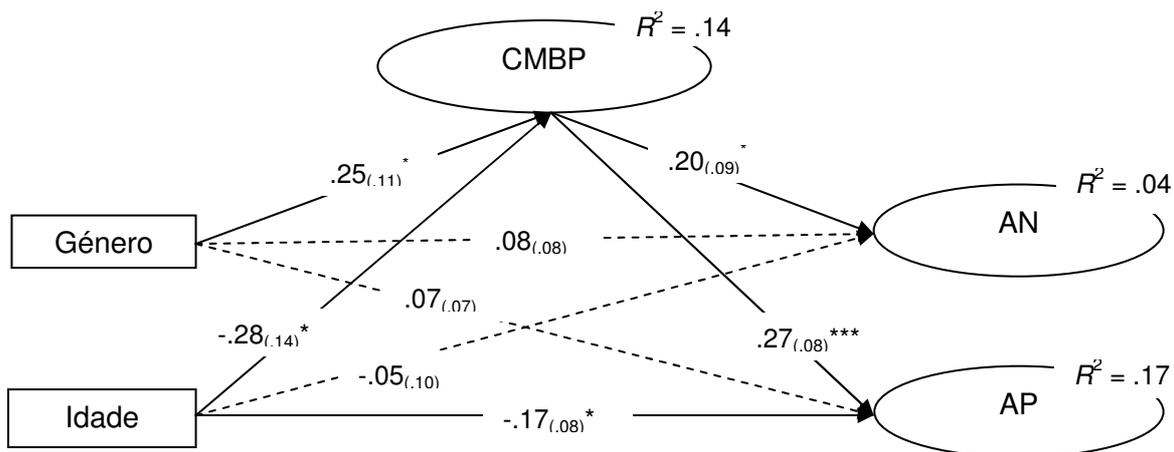
Nota. Ver abreviaturas na Tabela 3.

### 5.6. Resultados do Modelo de Mediação da CMBP nos Efeitos da Idade e do Género sobre os AP e os AN

Na Figura 4 apresenta-se o resultado do teste do modelo de mediação da CMBP nos efeitos diretos da Idade e do Género sobre os AP e os AN, que estava bem ajustado.

Como é mostrado na Figura 4, verificamos a existência dos seguintes efeitos diretos estatisticamente significativos: (1) efeito da Idade e do Género sobre a CMBP,

significando que os idosos que se situam na terceira Idade apresentam mais CMBP do que os idosos da quarta Idade, como também o Género masculino apresenta mais CMBP do que o Género feminino; (2) efeito da CMBP e da Idade sobre os AP, significando que quanto mais os idosos têm CMBP, mais têm AP, como também os idosos da terceira Idade têm mais AP do que os idosos que se situam na quarta Idade; e (3) efeito da CMBP sobre os AN, significando que quanto mais os idosos têm CMBP, mais têm AN.



Efeito indireto Género-CMBP-AP =  $.07_{(.03)}$ ,  $z = 2.08^*$

Efeito total Género-AP =  $.14_{(.07)}$ ,  $z = 1.97^*$

Efeito indireto Género-CMBP-AN =  $.05_{(.03)}$ ,  $z = 1.70^\dagger$

Efeito total Género-AN =  $.13_{(.08)}$ ,  $z = 1.53$ ,  $p = ns$

Efeito indireto Idade-CMBP-AP =  $-.08_{(.03)}$ ,  $z = -2.15^*$

Efeito total Idade-AP =  $-.25_{(.09)}$ ,  $z = 2.81^{**}$

Efeito indireto Idade-CMBP-AN =  $-.06_{(.03)}$ ,  $z = -1.74^\dagger$

Efeito total Idade-AN =  $-.10_{(.10)}$ ,  $z = -1.09$ ,  $p = ns$

Figura 4: Teste do modelo de mediação da CMBP nos efeitos do Género e da Idade sobre os AP e os AN: estimativas da solução estandardizada. Índices de ajustamento:  $S-B\chi^2/gl = 728.28/427$ ;  $Ratio(\chi^2/gl) = 1.70$ ;  $CFI = .96$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .10$ . Para outras abreviaturas ver Figura 1.

$^\dagger p < .10$ ;  $*p < .05$ ;  $**p < .01$ ;  $***p < .001$

No que se refere aos efeitos indiretos (i.e. efeitos de mediação; Tabela 4), foi verificado que o efeito do Género sobre os AN só existiu quando mediado pela CMBP: o Género masculino apresenta mais AN. Outro efeito indireto verificado refere-se ao efeito da Idade sobre os AP, que acresce ao efeito direto, contudo, este efeito não

contribuiu significativamente para o efeito total Idade-AP ( $\Delta z = -.94$ ,  $p = ns$ ). Neste último caso, foi o efeito direto aquele que mais contribuiu para o efeito total.

Por último, a quantidade de variância da CMBP e dos AP extraída pelos seus preditores ( $R^2$ ) foi superior ao valor tido por moderado por Cohen (1988). Contudo, tal não foi verificado para os AN, que apresentou um coeficiente de determinação ( $R^2$ ) baixo (ligeiramente superior a .02, valor tido como baixo por Cohen, 1988).



## 6. Discussão

O modelo de medida CMP tinha sido trabalhado anteriormente em dois estudos, com amostras diferentes de idosos institucionalizados e não institucionalizados, os quais revelaram que a prova não apresentava problemas de validade estrutural (Gaspar, 2013; Pimentel & Diniz, 2012). Este facto constatou-se igualmente neste estudo, porque os problemas de ajustamento dos modelos (CMP e CFP) não foram causados por erro sistemático, mas sim por erro aleatório. Este erro aleatório deveu-se a questões relativas ao Género de um dos entrevistadores e a questões fonéticas de outro entrevistador. Excluindo os participantes destes entrevistadores, tais problemas de ajustamento dos modelos foram minimizados. O facto da maioria dos entrevistadores terem sido do Género feminino e haver apenas um entrevistador do Género masculino influenciou as respostas dos participantes. Segundo Fenton, Johnson, McManus e Erens (2001), os indivíduos tendem a expor informações íntimas a entrevistadores do sexo feminino, porém, as mulheres são mais propensas a não relatar certos comportamentos aos entrevistadores do sexo masculino (Delamater cit in Fenton et al., 2001). Já quanto à questão fonética, os entrevistadores podem conduzir a entrevista de forma explícita, com definições claras, mas se o entrevistador tem uma pronúncia mais acentuada, isso poderá ser um elemento distrator, fazendo com que os entrevistados fiquem mais focados na sua fonética do que nos próprios conteúdos da entrevista.

Depois da exclusão desses participantes, foram novamente testados os modelos de medida CMP e CFP verificando-se que não tinham um bom ajustamento.

Posteriormente foram correlacionados os dois modelos de medida entre si (CMP e CFP) através do teste de um modelo oblíquo, devido ao conhecimento prévio de que a CMP está intimamente ligada à CFP (Baltes et al., 1999), verificando-se uma elevadíssima correlação entre os dois fatores, o que justificou a sua fusão num único fator (CMBP). Este modelo unifatorial apresentou um ajustamento aceitável, uma boa VC e uma excelente FC.

Foi, depois, testada a validade estrutural da EAPN, revelando o modelo bifatorial representado pela prova um ajustamento aceitável. Porém, no fator AN, o item 2 (angustiado), o item 7 (amedrontado) e o item 20 (receoso) foram eliminados por não atingirem valores de  $R^2$  desejáveis (i.e. apresentavam baixa precisão para representar o fator). O modelo da prova sem estes itens apresentou um melhor ajustamento. Foi verificado ainda neste modelo a existência de VD entre AP e AN, indicando tal como

em estudos anteriores (Barrett & Russell, 1999; Diener, 2000; Sadín et al., 1999; Watson et al., 1988; e Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b) a independência entre os dois sistemas de afetos e remetendo para um modelo bidimensional e ortogonal, o qual foi proposto por Watson et al. (1988). Os valores da VD (VME) foram baixos para ambos os fatores e os resultados da FC revelaram-se elevados.

Entretanto foi realizado o estudo do modelo oblíquo CMBP-EAPN. Os valores das correlações desatenuadas revelaram que existe VD entre os três fatores (CMBP, AP e AN). Dado a não existência de problemas neste modelo, o próximo passo foi testar o modelo de mediação da CMBP nos efeitos da Idade e do Género sobre os AN e AP.

Os resultados do teste do modelo de influência da CMBP no efeito do Género e da Idade sobre os AP e os AN indicaram que os idosos que se situam na terceira Idade apresentam mais CMBP do que os idosos que se situam na quarta Idade, significando que quanto mais Idade menos CMBP. Estes resultados vão ao encontro do que foi referido por Baltes e Mayer (1999), Baltes e Smith (2003), Hoeymans et al. (1997a, 1997b), Perrig-Chiello, Perrig, Uebelbacher, e Stahelin (2006), e Pinguart (2001b) uma vez que a autonomia funcional, a saúde subjetiva e a saúde objetiva são variáveis que sofrem declínio consoante o aumento da Idade.

No que respeita ao Género, os homens apresentaram mais CMBP do que as mulheres, indo ao encontro dos resultados do estudo de Smith e Baltes (1998). Este facto pode dever-se às mulheres apresentarem mais morbilidade do que os homens (e.g. doenças músculo-esqueléticas que reduzem a mobilidade), uma vez que a taxa de mortalidade para os homens é maior, havendo a probabilidade dos homens terem fatores de seleção natural mais positivos (i.e. apresentam melhores condições físicas e de vida).

Outro aspeto encontrado neste estudo foi que quanto mais os idosos têm CMBP, mais têm AP e AN. O resultado para o AN justifica-se pela utilização de uma escala de afetos ativados (EAPN), uma vez que os afetos ativados dependem da condição fisiológica e motora dos idosos (Pinguart, 2001a). No que respeita ao aumento dos AP, ele é congruente com o apresentado na revisão de literatura, uma vez que se os idosos conseguem desempenhar as AVD, isso indica que eles possuem capacidade funcional para executar tais atividades (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 2003) e, portanto terão mais AP (Stahl & Patrick, 2011).

Também se constatou que os idosos que se situam na terceira Idade têm mais AP e AN do que os idosos da quarta Idade, como também os homens têm mais AP e

AN do que as mulheres, como constatado noutros estudos (Fujita et al., 1991; Keyes et al., 2002; Pinquart; 2001a).

O Género só se relacionou com os AN quando mediado pela CMBP, contudo, esse efeito indireto não tem qualquer efeito prático, uma vez que a quantidade de variância dos AN capturada nesta relação foi fraca (Cohen, 1988). Por seu lado, a Idade teve um efeito indireto sobre os AP, mas esse efeito nada acrescentou em termos significância estatística ao efeito direto Idade-AP. Assim, parece que a CMBP enquanto mediadora nestas relações não desempenha qualquer papel relevante para uma intervenção sobre esta variável como consequências para os AN e os AP.



## 7. Conclusão

O presente estudo proporcionou um contacto próximo com a população idosa, permitindo a expansão dos conhecimentos sobre esta população no que se refere à saúde funcional e à sua relação com os afetos. Por ser a faixa etária de maior crescimento em Portugal, com um aumento da esperança média de vida, torna-se importante na nossa sociedade a existência de programas que permitam o desenvolvimento de estratégias políticas de envelhecimento e de saúde para a promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, de forma que todos os idosos tenham uma melhor qualidade de vida, tanto física, como mental e social.

O processo de recolha de dados foi realizado por meio de entrevistas individuais, permitindo atender a respostas emocionais e proporcionando um contexto seguro para os idosos. No entanto, no decorrer do estudo surgiram problemas relativos ao processo de recolha de dados, nomeadamente devidos à existência de erro aleatório: problema no que respeita ao Género de um dos entrevistadores e à fonética de outro entrevistador que conduziu à exclusão dos participantes por eles selecionados.

Os resultados deste estudo levam a crer que a CMBP, enquanto mediadora das relações entre a idade e o género e os afetos, não desempenha qualquer papel relevante para uma intervenção sobre esta variável, por parte dos cuidadores dos idosos, com consequências para os AP e os AN.

Como limitações deste estudo temos o processo de recolha da amostra, uma vez que se recorreu a métodos de amostragem não probabilística. Em futuros estudos sugere-se que seja utilizado um método de amostragem probabilística. Também a hétero-administração das provas pode ter enviesado os resultados obtidos, devido à deseabilidade social. Todavia, este procedimento permitiu melhor apreciar o nível de compreensão dos entrevistados, bem como os seus níveis de cansaço e, ainda, ultrapassar dificuldades no que se refere à não alfabetização, à falta de familiaridade com a situação de teste e a problemas referentes à saúde funcional (e.g. fraca visão, controlo motor fino prejudicado) ou outro tipo de problemas que impossibilitassem o idoso responder às questões por escrito (Diniz & Amado, in press).

Contudo, deve notar-se que os modelos em apreço foram analisados em termos da sua precisão preditiva dentro do domínio de onde os dados foram recolhidos (i.e. precisão preditiva interpolativa; Forster, 2002). Assim sendo, há limites para a extrapolação dos resultados obtidos no presente estudo, bem como para a sua generalização. Estes modelos deverão ser sujeitos a um processo de validação mais

alargado, replicando-o noutras amostras (e.g. com idosos do meio rural, com maior número de idosos pertencentes à quarta idade e com mais escolaridade e, ainda com idosos institucionalizados).

## Referências

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, *103*, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Ambrosi-Randić, N., & Plavšić, M. (2011). Strategies for goal-achievement in older people with different levels of well-being. *Studia Psychologica*, *53*, 97-106
- Bagozzi, R., Wong, N., & Yi, Y. (1999). The role of culture and gender in the relationship between positive and negative affect. *Cognition and Emotion*, *13*, 641-672. doi:10.1080/026999399379023
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *23*, 611-626. doi:10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H., Borchelt, M., & Little, T. D. (1999). Everyday competence in old and very old age: theoretical considerations and empirical findings. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 384-402). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology*, *49*, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Barrett, L., & Russell, J. (1999). The structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *Current Directions in Psychological Science*, *8*, 10-13. doi:10.1111/1467-8721.00003
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, *107*, 238-246. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, *14*, 52–80. Retrived from [http://www.soec.uni-jena.de/fileadmin/soec/media/GSBC/Veranstaltungen/brandtstaedter\\_\\_\\_\\_greve\\_1994\\_DevRev.pdf](http://www.soec.uni-jena.de/fileadmin/soec/media/GSBC/Veranstaltungen/brandtstaedter____greve_1994_DevRev.pdf)
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. In K. Bollen, & J. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). doi:10.1177/0049124192021002005
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ:

Lawrence Erlbaum Associates.

- Crawford, J., & Henry, J. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 245-265. doi:10.1348/0144665031752934
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*, 16-29. doi:10.1037/1082-989X.1.1.16
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575. Retrieved from [https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site\\_id=24](https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?site_id=24)
- 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. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied Research in Quality of Life, 1*, 151-157. doi:10.1007/s11482-006-9007-x
- Diener, E. (2009). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener*, 39, 25-65. New York, NY:Springer. doi:10.1007/978-90-481-2354-4
- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.325-337). New York, NY: Guilford Press.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403-425. doi:10.1146/annurev.54.101601.145056
- Diener, E., Sandvik, E., & R. J. Larsen. (1985). Age and sex differences for emotional intensity. *Developmental Psychology, 21*, 542-546. doi:10.1037/0012-1649.21.3.542
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The involving concept of subjective well being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219. doi:10.1016/S1566-3124(03)15003-1
- Diener, E., Wirtz, D., Biswas-Diener, R., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., & Oishi, S. (2009). New measures of well-being. In E., Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 246-266). New York, NY: Springer.
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala de Afectos Positivos e Negativos (EAPN)*. Instrumento

- não publicado.
- Diniz, A. M. (2007b). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2008). *Questionário de Capacidade Motora Percebida*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2012). *Questionário de Competência Funcional Percebida*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (in press). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica/Psychology*.
- Fenton, F. A., Johnson, A. M., McManus, S., & Erens, B. (2001). Measuring sexual behavior: Methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections Journal*, 77, 84-92. doi:10.1136/sti.77.2.84
- 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 Retrieved from <http://faculty-gsb.stanford.edu/larcker/PDF/6%20Unobservable%20Variables.pdf>
- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 427-434. Retrieved from [https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request\\_article&site\\_id=24&article\\_id=472](https://internal.psychology.illinois.edu/reprints/index.php?page=request_article&site_id=24&article_id=472)
- 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. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69, S124-S134. doi:10.1086/341840
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 23, 209-218. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a11.pdf>
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23, 219-227. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a12.pdf>
- Gaspar, A. O. (2013). *O efeito das estratégias de seleção, otimização e compensação*

- sobre a satisfação com a vida em idosos: Interveniência da autoestima? (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- 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.
- Hassan, R., Scholes, R., & Ash, N. (2005). *Ecosystems and human well-being: Current state and trends*. Washington, DC: Island Press.
- Hoeymans, N., Feskens, E. J., Van Den Bos, G. A., & Kromhout, D. (1997a). Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *American Journal of Public Health*, 87, 1620-1625. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381123/>
- Hoeymans, N., Feskens, E. J., Kromhout, D., & Van Den Bos, G. A. (1997b). Ageing in the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Social Science & Medicine*, 45, 1527-1536. Retrived from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9351142>
- 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, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators among older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 895-911. doi:10.1080/01612840802182938
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Dia internacional das pessoas com deficiência: Saúde e incapacidades*. Retirado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=149162513&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=149162513&DESTAQUESmodo=2)
- Irigaray, T. Q., Trentini, C. M., Gomes, I., & Schneider, R. H. (2011). Funções cognitivas e bem-estar psicológico em idosos saudáveis. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 16, 215-227. Retirado de <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/18613/15438>
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago, IL: Scientific Software International.

- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 1007-1022. doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Kinsella, K. & He, W. (2009). *An aging world: 2008. International population reports*. Washington, DC: U.S. Census Bureau. Retrived from <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling*. New York, NY: Guilford Press.
- Llewellyn, D. J., Lang, J., Langa, K., & Huppert, F. A. (2008). Cognitive function and psychological well-being: Findings from a population-based cohort. *Age and Ageing, 37*, 685-689. doi:10.1093/ageing/afn194
- Mohanty, S., Gangil, O. P., & Kumar, S. (2012). Instrumental activities of daily living and subjective wellbeing in elderly persons living in community. *Indian Journal of Gerontology, 26*, 193-206. Retrived from <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=d200c312-d39c-4403-ac35-9e60076e25f7%40sessionmgr10&vid=1&hid=11&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=a9h&AN=76320722>
- Mrozek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998) The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1333–1349. Retrived from [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gx6zmFER5wwJ:www.researchgate.net/publication/13422300\\_The\\_effect\\_of\\_age\\_on\\_positive\\_and\\_negative\\_affect\\_a\\_developmental\\_perspective\\_on\\_happiness/file/79e415086e6f17f925.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=pt](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gx6zmFER5wwJ:www.researchgate.net/publication/13422300_The_effect_of_age_on_positive_and_negative_affect_a_developmental_perspective_on_happiness/file/79e415086e6f17f925.pdf+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=pt)
- Neri, A. L. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva en américa latina. *Revista Latinoamericana de Psicología, 34*, 55-74. Retrived from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534205>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stahelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*, 470-482. Retrived from <http://www.psy.unibe.ch/unibe/philhuman/psy/entwicklung/content/e5108/e5113>

/e6181/e6217/files6218/Impactofphysical.pdf

- Peters, A., & Liefbroer, A. (1997). Beyond marital status: Partner history and wellbeing in old age. *Journal of Marriage and the Family*, *59*, 687-699. Retrived from <http://www.jstor.org/discover/10.2307/353954?uid=3738880&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21102298418521>
- Pimentel, F., & Diniz, A. M. (2012). Perceived motor ability and selection, optimization, and compensation: Effects of age and institutionalization. *PsicoUSF*, *17*, 357-368.
- Pinquart, M. (2001a). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, *2*, 375-405. doi:10.1023/A:1013938001116
- Pinquart, M. (2001b). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, *16*, 414-426. doi:10.1037//0882-7974.16.3.41
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*, 292-299. doi:10.1590/S0102-79722005000200018
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M., & Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51. Retrived from <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=229>
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis: Applications to developmental research* (pp. 399-419). Retrived from <http://www.econ.upf.edu/~satorra/CourseSEMVVienna2010/SatorraBentler1994.pdf>
- 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
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Theoretical basis of subjective well-being, psychological well-being and well-being at work. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *24*, 201-209. Retrived from <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>
- Smith, J., & Baltes, M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning

- and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, *13*, 676-695. doi:10.1037/0882-7974.13.4.676
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersen, R. A., & Kunzman, U. (1999). Sources of well-being in very old age. In P. Baltes, & K. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100* (pp. 450-471). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stahl, S., & Patrick, J. (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. Retrived from <http://www.nspb.net/index.php/nspb/article/viewFile/173/260>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, *25*, 173-180. doi:10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Stone, A. A. (1997). Measurement of affective response. In S. Cohen, R. Kessler, & L. Gordon (Eds.), *Measuring stress: A guide for health and social scientists* (pp. 148-171). New York, NY: Oxford University Press.
- Vidmar, M. F., Potulski, A. P., Sachetti, A., Silveira, M. M., & Wibelinger, L. M. (2011). Atividade física e qualidade de vida em idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*, *3*, 417-424. Retirado de <http://www.unicesumar.edu.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewFile/1714/1394>
- Walsh, E. G., Khatutsky, G., & Johnson, L. (2008). Functional impairment levels in PACE enrollees. *Health Care Financing Review*, *29*, 81-88. Retrived from <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Sys-tems/Research/HealthCareFinancingReview/downloads/2008Summerpg81.pdf>
- 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
- Wood, A. M., Froh, J., & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, *30*, 890-905. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.005
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. Retrived from

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)

World Health Organization (2007). *Women, ageing and health: A framework for action*.

Retrieved from [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/women\\_ageing.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/women_ageing.pdf)