



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

### **O bem-estar subjetivo mitiga a depressão dos idosos? Estudo com uma amostra comunitária**

Rita Isabel Canário Magarça

Orientação | Prof. Doutor António Diniz

**Mestrado em Psicologia**

Área de Especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Mestrado em Psicologia**  
*Especialização em Psicologia Clínica*

**O bem-estar subjetivo mitiga a depressão dos idosos? Estudo com uma  
amostra comunitária**

Rita Isabel Canário Magarça

**Orientador:**

Prof. Doutor António Diniz

Évora, 2018

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Doutor António Diniz, orientador desta dissertação, por toda a disponibilidade prestada e principalmente por partilhar todo o seu vasto conhecimento, que possibilitaram a realização deste trabalho. Obrigado por me apoiar e por me incetivar nesta jornada.

Agradeço à minha família, especialmente à minha mãe, pelo seu apoio incondicional e por estar sempre presente em todas os obstáculos e conquistas da minha vida.

Agradeço ao meu namorado, Cláudio e às minhas “migas”, Inês e Ana Sofia por todo o apoio prestado ao longo destes anos, por aturarem os meus dramas e má disposição, por nunca deixarem de acreditar em mim, por me ajudarem em todos os obstáculos e por festejarem em todas as conquistas. Sem vocês não seria possível.

Agradeço a todos os amigos e restante família que sempre me apoiaram e estiveram presentes.

Por último, agradeço aos colegas que contribuíram para a recolha dos dados e a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta dissertação.

## Resumo

Testou-se, através da modelação de equações estruturais, um modelo de mediação dos afetos na relação de predição entre a idade, o género e a religião sobre a depressão em idosos. A amostra foi constituída por 345 idosos comunitários, maioritariamente na terceira idade (leque etário 65-79; 86%), mulheres (62.3%) e católicos praticantes (51.6%). Os afetos positivos (AP) e negativos (AN) foram operacionalizados através de um instrumento baseado na *PANAS* e a depressão através de uma tradução para português da *GDS-15* (itens relativos ao afeto depressivo geral; ADG). Por problemas de validade estrutural recorreu-se ao emparcelamento dos itens destes construtos. Comparou-se o modelo de mediação dos afetos com um outro de mediação do ADG, que apresentou um melhor ajustamento aos dados. A relação entre a religião e o ADG e os afetos não foi observada. No modelo com os outros preditores as relações só foram observadas com a mediação do ADG.

*Palavras-chave:* envelhecimento, variáveis sociodemográficas, depressão, afetos positivos e negativos, *LISREL*

**Does subjective well-being mitigate the depression of the elderly?  
Study with a community sample**

**Abstract**

A structural equation model of the mediation of affects in the predictive relationships between age, gender and religion over depression in the elderly was tested in this study. The sample includes 345 elderly community members, mainly in the third age (age range 65-79, 86%), women (62.3%) and practicing catholicists (51.6%). The positive affect (PA) and negative affect (NA) were operationalized through an instrument based on *PANAS* and depression through a portuguese translation of the *GDS-15* (items related to general depressive affect; GDA). Because of structural validity problems, the parceling of the items relative to these constructs was employed. The mediation model of affects was compared with another, with the mediation of GDA, which presented a better fit to data. The relationships between religion and both the GDA and the affects was not observed. In the model with the other predictors, the relationships were only observed with the GDA mediation.

*Keywords:* aging, sociodemographic variables, depression, positive and negative affects, *LISREL*

## Introdução e Enquadramento Teórico

Tendo em consideração o envelhecimento demográfico, é essencial referir que se verifica um aumento crescente da proporção de pessoas idosas na Europa. De acordo com os dados disponibilizados pelo Eurostat, observou-se um aumento da população idosa de 17.5% para 18.9% nos países que constituem a União Europeia, sendo que Portugal não é exceção, considerado assim o quarto país com mais idosos. De modo mais particular, Portugal, aumentou a proporção de pessoas idosas de 18.7% para 20.7%, conseqüentemente o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2016).

Apesar do processo de envelhecimento ser visto de forma positiva, Baltes e Mayer (1999) demonstraram uma visão menos positiva e otimista sobre a idade muito avançada. Na terceira idade, a maior parte da população idosa ainda possui autonomia, recursos suficientes, apoio social e especialmente ainda tem um companheiro. Por outro lado, a quarta idade, encontra-se cada vez mais afetada por défices biológicos e orgânicos, como é o caso de doenças somáticas e mentais, verificando-se uma prevalência no declínio e na disfunção em diversos domínios do foro psicológico (Mayer et al., 1999). As conseqüências funcionais destas perturbações na idade muito avançada geram uma diminuição do bem-estar subjetivo (BES), avaliado através da escala de ânimo de Lawton (Smith & Baltes, 1997; Smith & Baltes, 1999).

Os idosos na quarta idade, transição começando nos 75-80 ou 80-85 anos de idade, dependendo do critério populacional considerado, apresentam um declínio em domínios como é o caso da satisfação com a vida, afetos positivos (AP), satisfação com o envelhecimento e solidão (Baltes & Smith, 2003). Ainda sobre as idades em que ocorre esta transição, segundo Laslett (1991) e Neugarten (1974), a terceira idade corresponde aos “idosos mais jovens” (“*young old*”) sendo que a quarta idade corresponde aos “idosos mais velhos” (“*very old age*”). Baltes e Mayer (1999) efetuaram esta distinção, considerando deste modo como idosos na terceira idade os sujeitos entre os 70-84 anos e como idosos na quarta idade os sujeitos com 85 anos ou mais. Para a *World Health Organization* (1999), nos países europeus, os idosos com 80 anos ou mais encontram-se na quarta idade. Acresce que atualmente a Organização Mundial de Saúde mantém o mesmo critério (World Health Organization, 1999).

## **Depressão nos Idosos**

Quando se aborda a temática das doenças mentais, a depressão surge como uma das perturbações mentais com maior complexidade na terceira e quarta idade (Baltes, 1997; Helmchen et al., 1999; Irigaray & Schneider, 2007; Smith & Baltes, 1997). Esta patologia pode estar associada às doenças somáticas, à diminuição das funções cognitivas, ao surgimento de limitações a nível funcional e à presença de acontecimentos de vida adversos (Alcalá, Camacho & Giner, 2007; Beekman, Deeg, Braam, Smit, & van Tilburg, 1997; Irigaray & Schneider, 2007; Kales & Valenstein, 2002; Sable, Dunn & Zisook, 2002).

**Terceira versus quarta idade.** Os sintomas depressivos são mais evidentes nos idosos mais velhos, sendo que esta frequência parece estar associada ao envelhecimento e aos processos subjacentes ao mesmo (e.g., maior incapacidade física; declínio cognitivo) (Blazer, 2000, 2003). Um estudo desenvolvido por Meller, Fichter e Schroppel (1996 citado por Blazer, 2003) demonstrou que a incidência dos sintomas depressivos clinicamente significativos era mais elevada nos idosos mais velhos, com 85 anos ou mais. De acordo com Mirowsky e Reynolds (1992), a prevalência de sintomas depressivos na população geral aumenta ao longo do decurso de vida, atingindo o seu nível mais alto em adultos com 80 anos ou mais. Glaesmer, Riedel-Heller, Braehler, Spangenberg, e Luppá, (2011), no seu estudo verificaram que existem diferenças em termos de idade e sintomas depressivos. Neste estudo, os sintomas depressivos aumentaram nos grupos etários definidos, constatando-se assim uma correlação significativa positiva entre a idade e os sintomas depressivos.

**Género.** Acresce que alguns estudos observaram que a depressão em idosos tem maior prevalência no género feminino (Djernes, 2006; Fiske, Wetherell, & Gatz 2009; Glaesmer et al., 2011). Um estudo desenvolvido por Glaesmer et al. (2011) demonstrou que existem diferenças de género em relação aos sintomas depressivos: o género feminino evidenciou uma prevalência mais elevada de sintomas depressivos em comparação com género masculino.

Outros estudos com idosos (Glaesmer et al., 2011; Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi, & Crepaldi, 2002; Sonnenberg, Beekman, Deeg, & van Tilburg, 2000), evidenciam uma prevalência nos sintomas depressivos no género masculino, na faixa etária dos 75-79 anos. Por seu lado, quanto ao género feminino, diversos estudos

demonstram um aumento contínuo dos sintomas depressivos com o aumento da idade (Glaesmer et al., 2011; Luppá et al., 2012; Murata, Kondo, Hirai, Ichida, & Ojima 2008; Minicuci et al., 2002; Sonnenberg et al., 2000; Veer-Tazelaar et al., 2008).

**Religião.** Entretanto, com o surgimento dos problemas associados ao envelhecimento, como é o caso da mudança e das perdas funcionais relacionadas com a idade, da doença física, da proximidade da morte, a religião assume um papel protetor (Dalby, 2006; Momtaz, Hamid, Ibrahim, Yahaya, & Chai, 2013). A prática religiosa suscita também o envolvimento nas atividades que lhe estão associadas, gerando sistemas de apoio comunitário (Amado & Diniz, 2017). A religiosidade pode ser utilizada como um recurso substituto e tem-se constituído enquanto fator social e psicológico importante na vida e no estado de saúde dos idosos (Chaaya, Sibai, Fayad, & El- Roueiheb, 2007; Momtaz et al., 2013; Zullig, Ward & Horn, 2006).

A filiação religiosa traduz-se em comunidades de apoio, ajudando a reduzir o isolamento e a solidão, e representa uma fonte de poder e domínio sobre a vida numa etapa em que os idosos podem sentir uma diminuição da sua capacidade pessoal (Koenig, 2009). Estudos demonstram que a religiosidade, se encontra associada a menores níveis de depressão (Yoon, 2006). Alguns defendem que existe um efeito positivo da religiosidade na prevalência de depressão em idosos (Parker et al., 2003) e outros estudos defendem uma remissão da depressão associada à religiosidade (Beekman et al., 1997; Koenig, George, & Peterson, 1998)

### **Bem-Estar Subjetivo (BES)**

O BES caracteriza-se enquanto campo de estudos que tem como objetivo compreender as avaliações afetivas e/ou cognitivas que as pessoas fazem sobre as suas vidas, considerando a felicidade e a satisfação como um dos seus alicerces para uma vida saudável e qualidade de vida (Diener, 2000; Diener & Chan, 2011). O BES é composto por diversos fatores tais como, AP e afetos negativos (AN), depressão, e satisfação com a vida (Desmyter & De Raedt, 2012; Diener, 2000; Diener, Scollon, & Lucas, 2003;).

Quando se aborda esta temática, é essencial definir o conceito de felicidade uma vez que ele tem sido reconhecido como fulcral para uma vida saudável e para a definição de bem-estar subjetivo, tendo sido alvo de grande controvérsia desde o tempo dos filósofos (Diener et al., 2003). Um dos primeiros pensadores sobre o tema da

felicidade, foi o filósofo pré-socrático Demócrito, que defendia que a “vida feliz foi agradável, não pelo que a pessoa feliz possuía, mas pela forma como a pessoa feliz reagiu às suas circunstâncias de vida” (Diener et al., 2003, p.2). Outros filósofos, Sócrates, Platão e Aristóteles, numa perspectiva eudaimónica da felicidade, defendiam que a felicidade consistia em possuir os maiores bens disponíveis. Embora não houvesse concordância sobre quais os bens mais elevados, para Aristóteles, consistiam nos bens que proporcionavam a realização do seu potencial máximo (Diener et al., 2003; Fiquer 2006; Tatarkiewicz, 1976; Waterman, 1990). Esta visão eudaimónica da felicidade definia-a de acordo com padrões objetivos, onde o prazer não era considerado enquanto aspeto fulcral. Em contraste, Aristippus definiu a felicidade hedónica, onde a felicidade, consistia na soma de momentos agradáveis e de maximização de momentos prazerosos (Diener et al., 2003; Tatarkiewicz, 1976).

A natureza da felicidade não foi definida de forma uniforme, contudo sabe-se que a felicidade pode significar prazer, satisfação de vida, AP, uma vida significativa, entre outros conceitos (Diener et al., 2003).

Deste modo, é fulcral enaltecer que o bem-estar na área da psicologia tem sido abordado de acordo com duas perspetivas, uma que aborda o estado subjetivo da felicidade também designado de bem-estar hedónico e outra perspetiva que considera o potencial humano ou bem-estar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001).

Segundo a perspetiva hedónica, o bem-estar consiste na felicidade subjetiva e na interpretação das experiências de prazer *versus* desagrado, de forma a incluir todos os juízos sobre os bons e maus elementos da vida (Ryan & Deci, 2001). Para Stone e Mackie, (2013), esta dimensão do bem-estar encontra-se relacionada com o ambiente e com o contexto em que o sujeito vive e pode ser espelhada através dos estados afetivos positivos e negativos. De acordo com esta perspetiva, o BES consiste em três componentes: a satisfação com a vida, a presença de AP e a ausência de AN, que podem ser definidos como felicidade (Diener, 2006; Ryan & Deci, 2001).

Por outro lado, temos a perspetiva eudaimónica, que se refere à perceção das pessoas sobre o significado, o propósito e o valor da sua vida (Steptoe, Deaton, & Stone, 2014; Stone & Mackie, 2013). De acordo com a filosofia da Grécia antiga, as pessoas alcançam a felicidade se experienciarem propósitos de vida, desafios e crescimento (Stone & Mackie, 2013). Ryff e Keyes (1995; Ryan & Deci, 2001)

abordaram assim o conceito de bem-estar psicológico (BEP) como distinto do BES. Este conceito consiste no esforço pelo aperfeiçoamento e por alcançar a realização do próprio potencial, baseia-se na valorização que cada sujeito atribui à situação de acordo com a sua experiência (García, 2015; Ryff, Corey, Keyes, & Shmotkin, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Segundo Ryff (1995), o bem-estar não consiste apenas na obtenção de prazer, mas na “luta pela perfeição que representa a realização do verdadeiro potencial” (Ryff, 1995, p.100). Deste modo, esta perspectiva eudaimónica contempla não só o potencial humano como também o conceito de BEP.

Ainda sobre a temática do BES ou ausência do mesmo, existem indicadores que nos fornecem informações relevantes. Estes indicadores podem ser bastante úteis como forma de avaliar os domínios e as principais preocupações dos indivíduos que vivem em sociedade e permitem realizar uma intervenção que esteja de acordo com as necessidades atuais dos cidadãos. Um dos indicadores do bem-estar subjetivo é a qualidade de vida (Diener, 2006).

A qualidade de vida refere-se ao grau em que a vida de uma pessoa é desejável ou não, muitas vezes determinada por componentes externos, tais como fatores ambientais e rendimentos. Em oposição ao bem-estar subjetivo, que se baseia na experiência subjetiva, a qualidade de vida é muitas vezes expressa como mais "objetiva" e descreve as circunstâncias de vida de uma pessoa, em vez da sua reação a essas circunstâncias. No entanto, a qualidade de vida por vezes é definida de forma mais ampla, e inclui não só as circunstâncias da qualidade de vida, mas também as percepções, pensamentos, sentimentos e reações da pessoa a essas circunstâncias (Diener, 2006).

**A dimensão emocional e cognitiva do BES.** O BES é composto por duas dimensões, sendo uma delas a dimensão cognitiva que se refere à satisfação com a vida. Esta assenta em aspetos racionais e reflete o juízo que o indivíduo faz sobre a sua vida (Amado, 2008; Diener, 2000; García, 2015; Vázquez, 2009). Deste modo, o indivíduo compara as circunstâncias da vida percebidas com um padrão ou um conjunto de padrões autoimpostos e, caso as condições correspondam a esses padrões, a pessoa relata alta satisfação com a vida. Portanto, a satisfação com a vida é um juízo cognitivo consciente da vida (García, 2015; Pavot & Diener, 2009; Vázquez, 2009).

Para avaliar a satisfação com a vida Neugarten, Havighurst e Tobin (1961) desenvolveram o *Life Satisfaction Index-A (LSI-A)*, que tem como objetivo avaliar a

satisfação com a vida (SV) nos adultos idosos. Na sua versão original de 20 itens, o *LSI-A* é constituído por cinco fatores: (1) prazer/entusiasmo *versus* apatia nas atividades do dia-a-dia (Prazer); (2) olhar a vida como fazendo sentido e aceitá-la resolutamente (Sentido e Aceitação); (3) congruência entre os objetivos desejados e atingidos (Congruência); (4) Auto-Conceito Positivo; e, (5) Tonalidade do Humor. Esta prova tem-se mostrado psicometricamente insatisfatória, conduzindo ao teste de várias versões alternativas com um menor número de fatores e de itens (Helmes, Goffin & Chrisjohn, 1998). Helmes et al. (1998) testaram, através da análise fatorial confirmatória (AFC), os diversos modelos multifatoriais e também o modelo unifatorial do *LSI-A*. Contudo, os modelos não apresentaram resultados aceitáveis e os autores desaconselharam a sua utilização. Entretanto, a versão portuguesa da prova, o Índice de Satisfação com a Vida (ISV; Diniz, Amado, & Gouveia, 2011), apresentou problemas similares aos de Helmes, sendo a melhor solução a unifatorial e unicamente constituída por sete itens. Ponderadas todas estas ameaças, e até evidência em contrário, a utilização da prova revela-se insatisfatória.

A outra dimensão que compõe o BES, é a dimensão emocional onde estão contemplados os AP e AN (Amado, 2008; Diener, 2000; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Uma forma de mensurar esta dimensão é através da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988)*, que permite medir a afetividade. Inicialmente as medidas dos AP e AN estavam representadas pelo modelo circunflexo (180°) de Russel (1980), que defendia a bipolaridade dos afetos com base em duas dimensões: a valência (prazer ou desagrado) e ativação (alta ou baixa). Sendo que estas dimensões se encontravam representadas na *PANAS* (Watson et al., 1988) como *Positive Affect* (afeto positivo) e *Negative Affect* (afeto negativo), que levava a assumi-las como pólos opostos. Na *PANAS* os AP consideram-se como estados agradáveis, elevados tanto em valência como em ativação, e os AN como estados desagradáveis, baixos em valência, mas altos em ativação.

Entre os diversos modelos que têm sido propostos, Watson e Tellegen (1985) desenvolveram um modelo circunflexo (90°), que defendia que os AP e os AN eram duas dimensões quase independentes, sendo que o pólo mais elevado de cada dimensão representa um estado afetivo elevado, enquanto que um pólo baixo reflete a ausência relativa da implicação afetiva. Como forma de evitar a designação da bipolaridade, os

autores renomearam os constituintes da *PANAS*, onde os AP designavam-se de *Positive Activation* (ativação positiva) e os AN de *Negative Activation* (ativação negativa). Embora tenham sido efetuadas alterações, ainda existe alguma controvérsia sobre a relação entre os AP e os AN, se na verdade são bipolares ou independentes (Feldman-Barret & Russel, 1998; Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999).

Segundo Watson et al. (1988), o AP refere-se a uma dimensão na qual os níveis altos se caracterizam por energia elevada, concentração total e dedicação agradável; um afeto positivo baixo caracteriza-se por tristeza e apatia. Ainda relativamente ao AP, Diener (2006) refere que este contempla sentimentos e emoções agradáveis (e.g., alegria e carinho). As emoções positivas ou agradáveis fazem parte do BES, uma vez que refletem as reações de uma pessoa aos eventos, fornecendo indicações ao sujeito que a vida está a decorrer de forma desejável (Diener, 2006).

O AN reflete um estado emocional que se descreve nos níveis elevados como uma variedade de estados de humor aversivos, que incluem a ira, desprezo, repugnância, culpa, medo e nervosismo (*nervousness*); um baixo estado afetivo negativo indica calma e serenidade (Watson et al., 1988). Entretanto, Diener (2006) defende que este inclui humores e emoções que são desagradáveis, e representam respostas negativas de acordo com a experiência das pessoas em relação às suas vidas, saúde, eventos e circunstâncias. Embora algumas emoções negativas sejam esperadas na vida e podem ser necessárias para um funcionamento eficaz, as emoções negativas frequentes e prolongadas indicam que uma pessoa acredita que sua vida está a correr mal, podendo interferir com o funcionamento afetivo do sujeito, além de tornar a vida desagradável (Diener, 2006).

### **Afetos Positivos e Afetos Negativos nos Idosos**

**Idade.** O BES parece evidenciar diferenças em termos de idade, num estudo desenvolvido por Smith (2001) verificou-se que existem diferenças significativas entre os idosos mais jovens (70-84 anos) e os idosos mais velhos (85-103 anos), no que diz respeito à satisfação com a vida, satisfação com o envelhecimento, experiência de AP e otimismo para o futuro. Contudo não se verificaram diferenças de idade relacionada com os AN.

De acordo com os estudos (Desmyter & De Raedt, 2012; Seo et al., 2015), torna-se possível afirmar que a diminuição da capacidade funcional relacionada com a idade, bem como o aumento da vulnerabilidade e as restrições de saúde limitam a experiência

do indivíduo relativamente aos AP. Ainda segundo o estudo de Isaacowitz e Smith (2003), os idosos mais velhos experienciam um menor nível de AP, não havendo diferenças entre estes e os idosos mais jovens quanto aos AN.

**Género.** Em termos de género, também se verificam diferenças quanto ao expressar das emoções. Desta forma, o género feminino é considerado mais rico emocionalmente e mais expressivo que o género masculino (Alcalá, Camacho, Giner, Giner, & Ibáñez, 2006; Fabes & Martín, 1991; Simon & Nath, 2004). Outros estudos evidenciam que os idosos experienciam mais frequentemente AP do que AN (Smith, 2001), mas as mulheres apresentam níveis mais elevados de AN do que os homens, enquanto que não foram encontradas diferenças para os AP (Smith, 2001; Smith & Baltes, 1998). Os resultados do estudo desenvolvido por Lukaschek, Vanajan, Johar, Weiland e Ladwig, (2017) revelaram que os idosos mais velhos, do género feminino encontravam-se mais propensos a manifestarem um baixo BES em comparação com os idosos mais velhos do género masculino, com um instrumento (*WHO-5*) que avalia tanto a dimensão eudaimónica quanto a hedónica do BES.

**Religião.** Segundo Maslow (1971), a religião é uma necessidade, uma vez que ajuda os sujeitos a dar significado e propósito durante as circunstâncias difíceis da vida (Pargament, 1997; Maslow, 1971), promovendo uma visão positiva, otimista e esperançosa do meio envolvente. Deste modo uma perspetiva religiosa perante a vida contribuirá para um aumento do BES (Maslow, 1971).

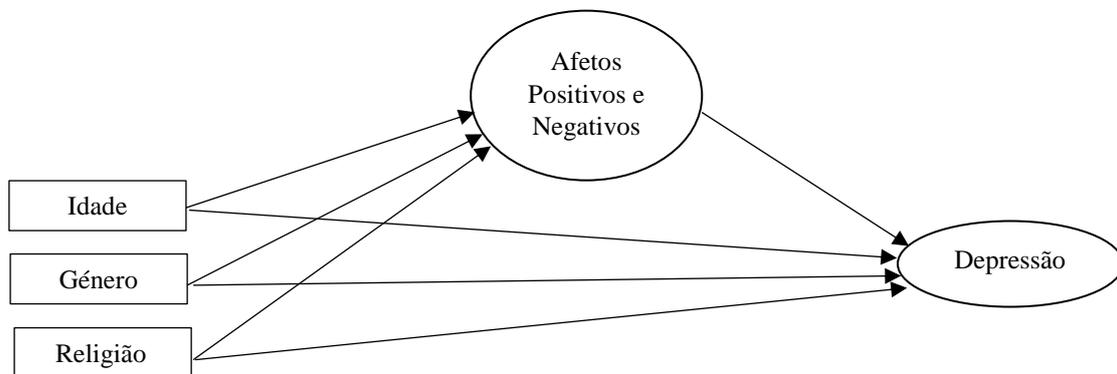
As pessoas mais velhas frequentemente adotam a religião como um mecanismo de *coping* (Amado, 2008; Cox & Hammonds, 1989; Tran, Nguyen, Vu, & Doan, 2016) onde o envolvimento religioso se constitui enquanto alicerce para a felicidade (Brown & Tierney 2009; Tran et al., 2016). Desta forma, a religião promove uma redução dos AN (Maton, 1989) e um aumento dos AP (Holt, et al., 2011; Jackson & Bergeman, 2011).

**Depressão.** O estudo de Seo, Jeon, Chong e Na (2015), que avalia os AP e AN, e o de Lukaschek et al. (2017) que avalia as dimensões eudaimónica e hedónica do BES demonstram que a depressão é um fator que influencia um nível baixo BES nos adultos idosos (mais de 65 anos). Verificou-se também nos estudos de Seo et al. (2015) e de Desmyter e De Raedt (2012) que a depressão se encontra relacionada com uma diminuição dos AP e um aumento dos AN.

## O Presente Estudo

Baseado na revisão de literatura é possível deduzir que certas características sociodemográficas podem ser consideradas preditoras dos afetos e da depressão nos idosos. A relação entre a idade, os afetos e a depressão demonstra que os idosos mais velhos experienciam um menor nível de AP (e.g., Isaacowitz & Smith, 2003) e sintomas depressivos mais evidentes (e.g., Blazer, 2003). Relativamente ao género, o género feminino tem sido associado a uma experiência mais frequente de AN (e.g., Smith, 2001) bem como a uma prevalência de sintomas depressivos (e.g., Glaesmer et al., 2011). Relativamente aos afetos e a depressão, verifica-se que a religião se encontra associada e um aumento dos AP (e.g., Holt et al., 2011) e a menores níveis de depressão (e.g., Yoon, 2006). Por último, a relação entre a depressão e os afetos revela que a depressão está associada a uma diminuição dos AP (e.g., Seo et al., 2015).

Estas relações, que se encontram diagramaticamente representadas na Figura 1, apresentam-se com a particularidade de os afetos assumirem um estatuto de mediador entre as supracitadas variáveis sociodemográficas e a depressão.



*Figura 1.* Modelo de mediação dos afetos positivos e negativos na relação de predição da idade, género e religião sobre a depressão em idosos: Diagrama concetual.

Contudo, certos estudos tomam a depressão como mediadora da relação de predição entre a vinculação insegura e sintomas físicos sobre o BEP (Goh, Kim & Jeon, 2017) e outros a depressão como mediadora da relação de predição entre o assédio moral e a satisfação com a vida (Yavuzer & Civilidag, 2014), tomando, portanto, a relação de mediação no sentido inverso ao do apresentado na Figura 1. Por analogia com estes estudos, e sendo desejável efetuar o teste de modelos de mediação

alternativos para que se possa tomar uma decisão quanto ao mais adequado para responder aos problemas em análise (Iacobucci, Saldanha & Deng, 2007), também se testou o modelo representado na Figura 2.

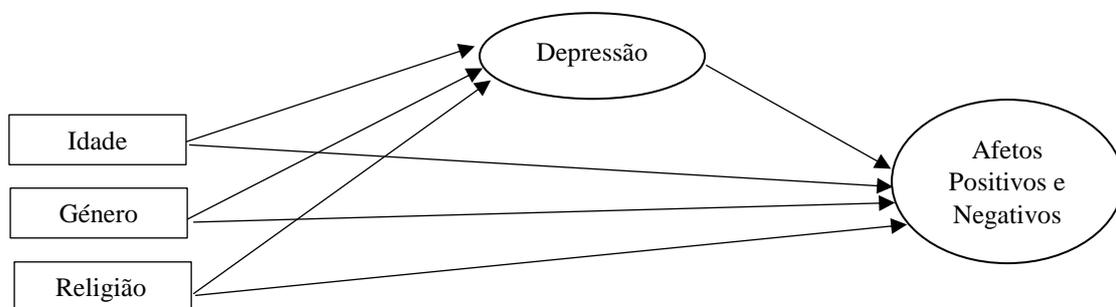


Figura 2. Modelo de mediação da depressão na relação de predição da idade, género e religião sobre a afetos positivos e negativos em idosos: Diagrama conceitual.

## Método

### Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 345 idosos comunitários sem compromisso cognitivo e sem diagnóstico de depressão (leque etário = 65-90 anos, *Mdn* = 72), maioritariamente na terceira idade (leque etário 65-79; 85.8%) e mulheres (62.3%). Os participantes eram católicos praticantes na sua maioria (51.6 %) e minoritariamente ateus/agnósticos (10.1%). Relativamente às habilitações literárias, o número de anos de escolaridade variou entre zero e 22 anos (*Mdn* = 4), sendo que 8.1% eram analfabetos, 61.2% frequentaram o primeiro ciclo, 18.6% o segundo e/ ou terceiro ciclo, 6.1% o ensino secundário e os restantes 6.1% o ensino superior ou mais.

### Materiais

**Questionário sociodemográfico.** O questionário sociodemográfico foi utilizado para descrever as características da amostra e para operacionalizar as variáveis predictoras do modelo. Para a idade foi utilizada a notação um para os idosos com idade entre 65 e 79 e dois para idosos com 80 anos de idade ou mais, para o género foi utilizada a notação um para o feminino e dois para o masculino, e no caso da religião foi utilizada a notação um para ateu, agnóstico e católico não praticante e dois para católico praticante.

**Minimal State Examination (MMSE).** O MMSE foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e é utilizado com o intuito de detetar alterações

cognitivas, sobretudo em idosos, já que tem como vantagens a sua fácil e rápida aplicação. A prova foi adaptada para a população portuguesa por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins (2009) sendo que esta versão é constituída por 30 questões divididas por seis áreas de avaliação específica: orientação, retenção mnésica, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. A cotação dos resultados varia entre zero e 30 pontos e os pontos de corte para a demência dependem do nível de escolaridade. Na versão portuguesa (Morgado et al., 2009) considera-se a presença de demência para uma pontuação inferior a 27 pontos, para pessoas com sete ou mais anos de escolaridade, igual ou inferior a 24 pontos, para pessoas com escolaridade entre os três e os seis anos e, quando a pontuação é igual ou inferior a 22 pontos, para pessoas com um máximo de dois anos de escolaridade.

**Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15).** A *Geriatric Depression Scale (GDS)* foi desenvolvida por Yesavage et. al., (1983), e possuía 30 itens. A escala foi posteriormente reduzida com base nos itens que se correlacionavam mais fortemente com os sintomas depressivos, com o intuito de a tornar menos exaustiva (Sheikh & Yesavage, 1986), demonstrando-se altamente correlacionada com a versão padrão ( $r = .84, p < .001$ ). Esta versão reduzida, a *GDS-15* (Sheikh & Yesavage, 1986), foi traduzida para português (EDG-15; Diniz, 2007a) e contém 15 questões fechadas, de fácil entendimento e de resposta sim/não, que evitam a esfera das queixas somáticas (Irigaray & Schneider, 2007).

Segundo Brown, Woods e Storandt (2007), a *GDS-15* é constituída por 10 itens que se referem ao Afeto Depressivo Geral (ADG), por exemplo: item 3 “Sente que a sua vida é vazia?”; item 8 “Sente-se muitas vezes abandonado(a)?”. Os restantes itens referem-se à Satisfação com a Vida, por exemplo: item 1 “Está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?”; item 7 “Sente-se feliz a maior parte do tempo?”. Para operacionalizar a Depressão no presente estudo serão apenas considerados os itens pertencentes ao ADG.

Tomada enquanto prova de rastreio, pontuações superiores a cinco na *GDS-15* revelam a presença de sintomas depressivos, sendo a sua gravidade gradativa consoante o aumento do resultado obtido, estando entre cinco e oito relacionadas com depressão ligeira, nove e 11 depressão moderada e acima de doze com depressão grave (Kurlowicz & Greenberg, 2007). No estudo de Tumas, Rodrigues, Farias e Cripa (2008) com a

versão brasileira da *GDS-15*, o ponto de corte para o diagnóstico de depressão foi de 10/11, com especificidade de 97% e valor preditivo positivo de 88%.

Esta prova foi utilizada como prova de rastreio de casos de depressão grave através do ponto de corte 10/11, mas também dela se considerou o fator ADG (Brown et al., 2007) para o teste dos modelos das Figuras 1 e 2.

**Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (EAPAN).** A *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988)* é constituída por duas subescalas, cada uma com 10 itens, desenvolvidos para medir a afetividade negativa (AN), por exemplo: item 4 “chateado(a)” e item 8 “hostil”, e a afetividade positiva (AP), por exemplo: item 3 “animado(a)” e item 14 “inspirado(a)”. Os 20 itens são pontuados num formato tipo-Likert de um (muito pouco ou nada) a cinco (muitíssimo), e a *PANAS* apresenta boas propriedades psicométricas: alpha de Cronbach aceitavelmente elevado para o AP varia entre .86 e .90 e para o AN varia entre .84 e .87, e uma correlação entre as escalas AN e AP que varia entre -.12 e -.23, as escalas compartilham aproximadamente 1 % a 5 % da sua variância, que revela uma quase independência entre os fatores (Watson et al., 1988). Para além disto ela tem como vantagens ser de fácil e breve aplicação. Existem duas formas de aplicação da *PANAS*, de acordo com referente temporal utilizado na administração, “no momento presente” para estados de humor e “normalmente” para traços emocionais ou afetos (Watson et al., 1988). Neste trabalho foi utilizada a EAPAN (Diniz, 2007b), uma escala em português baseada na *PANAS* e foi solicitado que cada participante respondesse de acordo com a modalidade de instrução “normalmente”.

## **Procedimento**

### **Recolha de dados**

Para o presente estudo foram considerados 240 participantes de um ficheiro anterior resultante dos trabalhos desenvolvidos no Instituto Superior de Psicologia Aplicada nos anos 2008/2009, no âmbito da linha de investigação “Transições na Vida Adulta: Dinâmicas Adaptativas do Adulto Idoso”, coordenada pelo Orientador do presente estudo. A este ficheiro acrescentaram-se 105 entrevistas, de entre os quais 51 pela autora e os outros 54 do estudo de Macau (2018).

A amostra do presente estudo foi selecionada a partir de um processo de amostragem não probabilística, de conveniência, de tipo bola-de-neve e via informantes

privilegiados em Centros de Dia. A recolha dos dados foi realizada sob a forma de entrevista, prevalentemente da parte da manhã (Li, Hasher, Jonas, Rahhal, & May, 1998), tendo em consideração aspetos de ordem instrumental e ético-deontológica para otimizar o processo (Diniz & Amado, 2014). Entre estes aspetos é possível destacar a questão da funcionalidade, nomeadamente idosos com falta de visão, dificuldade de controlo da motricidade fina e o analfabetismo (Carr-Hill, 2008), sendo a entrevista vantajosa pois possibilita a participação de idosos com estas dificuldades. De realçar ainda, o facto de o entrevistador estar com o participante algum tempo antes da aplicação para que fosse possível estabelecer alguma aproximação e informar o mesmo que as questões seriam colocadas no fim da aplicação, como forma de não prejudicar a coleta de dados (evitar deseabilidade social; Diniz & Amado, 2014).

Os participantes foram informados sobre qual o objetivo do presente estudo e foi-lhes fornecido um consentimento informado para se proceder à recolha de dados.

Foi utilizada uma bateria de quatro provas de avaliação psicológica administradas em sequências aleatorizadas, para além, e depois das de rastreio e do questionário sociodemográfico. Destas quatro provas fazia parte a EAPAN. Primeiramente aplicou-se um questionário sociodemográfico com o intuito de descrever a amostra. Posteriormente foi aplicado o *MMSE* seguindo os pontos de corte de Morgado et al., (2009) com o intuito de identificar e excluir do presente estudo sujeitos com demência. Em seguida, foi aplicada a EDG-15. Este instrumento foi utilizado com o intuito de rastrear e excluir os idosos com depressão, baseado no ponto de corte de Tumas et al., (2008), o que levou à não inclusão de cinco participantes na amostra.

### **Análise de Dados**

Foi utilizado o *IBM SPSS Statistics (version 24.0 for Windows)* para efetuar a descrição das características da amostra. Recorreu-se ao *LISREL 8.80* (Jöreskog & Sörbom, 2006) para testar os modelos em apreciação neste estudo através da linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993a). Dada a métrica categorial das variáveis, recorreu-se à abordagem bivariada normal latente (Jöreskog, 2005). Para isso, calculou-se no *PRELIS2* (Jöreskog & Sörbom, 1993b) a matriz das correlações policóricas das distribuições latentes contínuas e normais das variáveis observadas, seccionadas por o número de limites distribucionais iguais a  $m - 1$  ( $m$  = número de categorias das variáveis observadas). Também se calculou a respetiva matriz de covariância assintótica para

ajudar à estimação dos modelos através do método de máxima verosimilhança (MV), com recurso ao *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ( $SB\chi^2$ : Satorra & Bentler, 1994) que corrige os erros-padrão de medida e os valores dos índices de ajustamento. Optou-se também por este método por ser adequado para trabalhar dados com problemas de (multi)normalidade, mesmo em amostras de pequena dimensão ( $N = 200$ ; Curran, West, & Finch, 1996).

Seguindo Anderson e Gerbing, (1988), a estrutura fatorial dos modelos foi testada através da análise fatorial confirmatória (AFC) para analisar a validade estrutural dos modelos de medida antes de testar os modelos de mediação em apreciação no estudo que os incluem (Figuras 1 e 2). Para haver um efeito de mediação, ou efeito indireto, é necessário que ele seja estatisticamente significativo bem como os efeitos diretos que o compõem (Iacobucci et al., 2007).

Na especificação dos modelos de medida procedeu-se à fixação da trajetória entre os construtos latentes (adiante fatores) e um dos seus itens igual a um. O ajustamento dos modelos foi examinado com base nos índices de ajustamento *Root Mean Square Error of Approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), *Comparative Fit Index* (*CFI*; Bentler, 1990) e *Standardized Root Mean Square Residual* (*SRMR*; versão estandardizada do RMR de Jöreskog & Sörbom, 1981). Para além destes índices de ajustamento prático, também se observaram os resultados obtidos para o  $SB\chi^2$  e os respetivos graus de liberdade. Para se afirmar o bom ajustamento de um modelo, o *RMSEA* deve ser igual ou menor do que .06, o *CFI* deve ser igual ou maior do que .95 e o *SRMR* deve ser próximo ou menor do que .08 (Hu & Bentler, 1998).

Foram seguidos os critérios de Fornell e Larcker, (1981) para a análise da validade convergente (VC; variância média extraída dos itens pelo fator), que deve ser superior a .50, e da fiabilidade compósita, que deve ser pelo menos de .80 para a comparação entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994). Procurou-se assegurar, ainda, a validade discriminante (VD), ou variância partilhada entre fatores (quadrado da correlação desatenuada:  $\phi^2$ ), que deve ser inferior ao resultado da VC dos fatores.

Quando não estão garantidas as condições para aceitar a validade estrutural dos fatores, uma estratégia para ultrapassar esse problema é a de proceder ao emparcelamento dos itens que as compõe (Little, Cunningham, & Shahar, 2002; Matsunaga, 2008).

O emparcelamento consiste em agregar itens individuais em uma ou mais “parcelas” e utilizar essas parcelas, em vez de itens, como os indicadores da construção latente alvo (Cattell & Burdsal, 1975; Kishton & Widaman, 1994). O emparcelamento permite mitigar violações da normalidade, em particular quando os itens são medidos por um número limitado de categorias de resposta, reduzindo os requisitos de tamanho da amostra, o erro sistemático dos itens na estimação do modelo, obtendo-se uma melhor fiabilidade e permitindo um melhor ajustamento do modelo aos dados empíricos (Little et al., 2002; Yang, Nay, & Hoyle, 2010). Existem várias modalidades de proceder ao emparcelamento, sendo uma delas a agregação aleatória de itens em parcelas derivadas da adição dos seus resultados (Little et al., 2002; Rogers & Schmitt, 2004).

### Resultados

O teste do modelo do ADG mostrou que o seu ajustamento era bom ( $MV-SB\chi^2 = 71.56$ ,  $gl = 35$ ;  $RMSEA [IC 90\%] = .06 [.04; .07]$ ;  $CFI = .98$ ;  $SRMR = .08$ ) mas o item 6, “Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer?”, era um péssimo representante do fator uma vez que a variância do seu erro (sistemático e aleatório) era igual a 1.00 ( $\beta = -.05$ ,  $R^2 = .00$ ).

Foi então testado o modelo sem o item 6 e ele também estava bem ajustado ( $MV-SB\chi^2 = 56.22$ ,  $gl = 27$ ;  $RMSEA [IC 90\%] = .06 [.04; .08]$ ;  $CFI = .99$ ;  $SRMR = .07$ ), apresentando uma VC bastante inferior ao desejável e uma boa fiabilidade (Tabela 1).

Tabela 1. *Estrutura Fatorial do Afeto Depressivo Geral*

Itens	$\beta$	$R^2$
Item 2. Afastou-se de muitas das suas atividades e interesses?	.35	.13
Item 3. Sente que a sua vida é vazia?	.66	.44
Item 4. Sente-se muitas vezes desinteressado(a)?	.60	.35
Item 8. Sente-se muitas vezes abandonado(a)?	.81	.65
Item 9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	.37	.14
Item 10. Sente que tem mais problemas de memória do que a maior parte das pessoas?	.66	.44
Item 12. Sente que não tem valor no estado em que agora se encontra?	.81	.65

(continua)

Tabela 1. *Estrutura Fatorial do Afeto Depressivo Geral* (continuação)

Itens	$\beta$	$R^2$
Item 14. Sente que não há esperança para a sua situação?	.64	.42
Item 15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que o Sr.(a)?	.63	.39
Variância Média Extraída	.40	
Fiabilidade Compósita	.85	

*Nota.*  $\beta$  = peso fatorial estandardizado ( $p < .001$ );  $R^2$  (comunalidade) =  $1 - \varepsilon$  (variância do resíduo estandardizada).

Como existiram problemas de validade estrutural, nomeadamente de VC, foi efetuado o emparcelamento aleatório dos 9 itens pertencentes ao ADG: a primeira seleção foi constituída pelos itens 2, 8 e 14; a segunda foi constituída pelos itens 3,4 e 10; e, a última pelos itens 9, 12 e 15.

O teste do modelo da EAPAN mostrou que ele estava bem ajustado ( $MV-SB\chi^2 = 354.67$ ,  $gl= 169$ ;  $RMSEA$  [IC 90%] = .06 [.05; .06];  $CFI = .96$ ;  $SRMR = .08$ ), mas a VC dos AP e dos AN era inferior ao desejável (Tabela 2), ainda que fiabilidade dos AP e dos AN fosse adequada (Tabela 2). Quanto à VD dos fatores, ela foi de .01, indicando independência entre os mesmos.

Tabela 2. *Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos*

Itens (Fator)	$\beta$	$R^2$
Item 1. Interessado(a) (Afetos Positivos)	.62	.38
Item 3. Animado(a)	.69	.48
Item 5. Forte	.57	.32
Item 9. Entusiasmado(a)	.76	.58
Item 10. Orgulhoso(a)	.47	.22
Item 12. Atento(a)	.37	.14
Item 14. Inspirado(a)	.56	.31
Item 16. Decidido(a)	.65	.42
Item 17. Atencioso(a)	.56	.31
Item 19. Ativo(a)	.70	.49

(continua)

Tabela 2. *Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos* (continuação)

Itens (Fator)	$\beta$	$R^2$
Variância Média Extraída	.36	
Fiabilidade Compósita	.85	
Item 2. Angustiado(a) (Afetos Negativos)	.69	.48
Item 4. Chateado(a)	.66	.43
Item 6. Culpado(a)	.50	.25
Item 7. Amedrontado(a)	.56	.31
Item 8. Hostil	.38	.15
Item 11. Irritável	.79	.63
Item 13. Envergonhado(a)	.42	.18
Item 15. Nervoso(a)	.74	.55
Item 18. Agitado(a)	.66	.43
Item 20. Receoso(a)	.68	.46
Variância Média Extraída	.39	
Fiabilidade Compósita	.86	
$\phi$ Afetos Positivos -Afetos Negativos	-.11	

*Nota.*  $\beta$  = peso fatorial estandardizado ( $p < .001$ );  $R^2$  (comunalidade) =  $1 - \varepsilon$  (variância do resíduo estandardizada);  $\phi$  = correlações desatenuadas.

Tal como no caso do ADG, os problemas de VC levaram ao emparcelamento aleatório dos itens. Nos AP a primeira seleção foi constituída pelos itens 1, 5, 10 e 12; a segunda foi constituída pelos itens 9, 14 e 17; e, a última pelos itens 3, 16 e 19. Nos AN, a primeira seleção foi constituída pelos itens 2, 7, 13 e 15; a segunda foi constituída pelos itens 8, 11 e 18; e, a última pelos itens 4, 6 e 20.

O teste do modelo trifatorial oblíquo dos fatores ADG, AP e AN com o emparcelamento dos itens mostrou que ele estava bem ajustado ( $MV-SB\chi^2 = 47.73$ ,  $gl = 24$ ;  $RMSEA$  [IC 90%] = .05 [.03; .08];  $CFI = .98$ ;  $SRMR = .06$ ). Na Tabela 3 apresentam-se os dados psicométricos do modelo, fazendo-se notar a existência de VD entre os fatores.

Tabela 3. *Modelo Trifatorial Oblíquo dos Fatores ADG, AP e AN com emparcelamento dos itens: Dados psicométricos*

Itens emparcelados (Fator)	$\beta$	$R^2$
Itens 2, 8 e 14 (Afeto Depressivo Geral)	.65	.42
Itens 3, 4 e 10	.84	.71
Itens 9, 12 e 15	.66	.44
Variância Média Extraída	.52	
Fiabilidade Compósita	.76	
Itens 1, 5, 10 e 12 (Afetos Positivos)	.69	.47
Itens 9, 14 e 17	.77	.59
Itens 3, 16 e 19	.88	.77
Variância Média Extraída	.61	
Fiabilidade Compósita	.82	
Itens 2, 7, 13 e 15 (Afetos Negativos)	.79	.62
Itens 8, 11 e 18	.75	.56
Itens 4, 6 e 20	.80	.64
Variância Média Extraída	.61	
Fiabilidade Compósita	.82	
$\phi$ Afeto Depressivo Geral-Afetos Positivos	-.33	
$\phi$ Afeto Depressivo Geral-Afetos Negativos	.41	
$\phi$ Afetos Positivo-Afetos Negativos	-.10	

*Nota.*  $\beta$  = peso fatorial estandardizado ( $p < .001$ );  $R^2$  (comunalidade) =  $1 - \epsilon$  (variância do resíduo estandardizada);  $\phi$  = correlações desatenuadas.

Após estarem garantidos o ajustamento e as propriedades psicométricas do modelo de medida que subjaz aos modelos das Figuras 1 e 2, os resultados obtidos no seu teste indicaram que o modelo da Figura 2 era o que apresentava um melhor ajustamento (Tabela 4). Foi este o modelo selecionado para realizar as futuras análises.

Tabela 4. Índices de Ajustamento dos Modelos das Figuras 1 e 2

Modelo	MV-SB $\chi^2$ (gl)	RMSEA [IC 90%]	CFI	SRMR
Figura 1	79.33 (43)	.050 [.032; .067]	.976	.061
Figura 2	76.64 (43)	.048 [.030; .065]	.978	.055

Nota. MV = máxima verosimilhança; SB =Satorra-Bentler; RMSEA= root mean square error of approximation; CFI = comparative fit index; SRMR = standardized root mean square residual.

Na Figura 3 apresentam-se os resultados substantivos do teste do modelo da Figura 2.

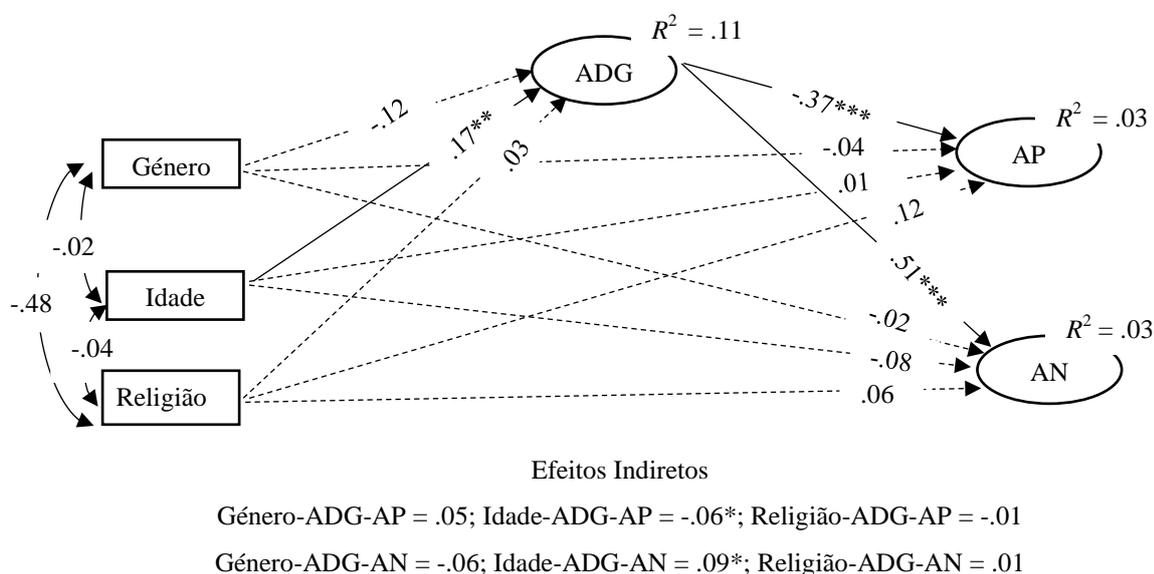
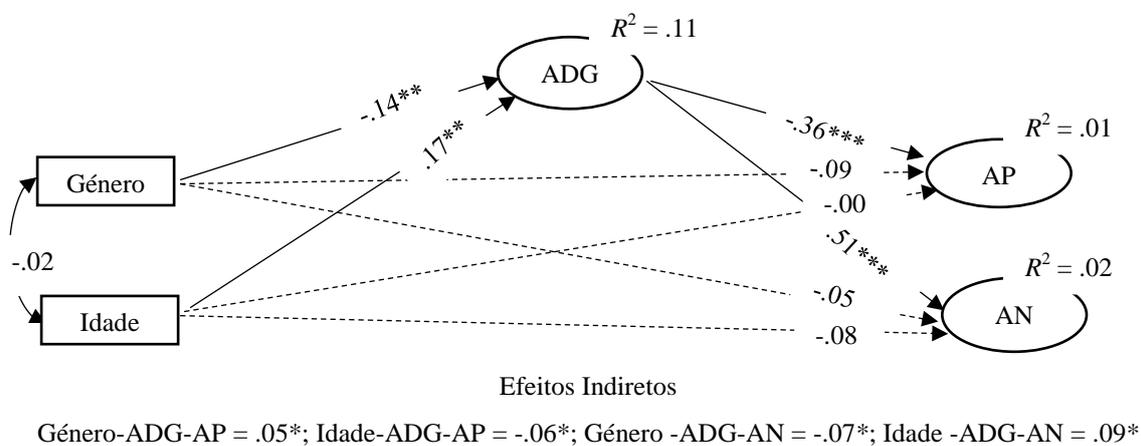


Figura 3. Teste do modelo da Figura 2: Resultados da solução não estandardizada. Género (1 = mulheres, 2 = homens); Idade (1 = 65-79 anos; 2 = 80 ou mais anos); Religião (1 = ateu, agnóstico e católicos não praticantes; 2 = católicos praticantes); ADG = Afeto Depressivo Geral; AP = Afetos Positivos; AN = Afetos Negativos. \*p<.05. \*\* p<.01. \*\*\*p<.001.

Conforme pode observar-se na figura, as relações entre os preditores eram fracas ou moderada (género-religião), de acordo com os valores de referência de Cohen (1988) para correlações, conforme o desejável, e a religião não foi um bom preditor do ADG e dos AP e AN. Isto conduziu à sua eliminação do modelo e a um novo teste do mesmo.

Este modelo (Figura 4) estava bem ajustado ( $MV-SB\chi^2 = 74.89$ ,  $gl = 37$ ;  $RMSEA$  [IC 90%] = .05 [.04; .07];  $CFI = .97$ ;  $SRMR = .06$ ) e ambos os preditores só apresentaram relações estatisticamente significativas com os AP e AN através da mediação do ADG.



*Figura 4.* Teste do modelo da Figura 2 sem o preditor religião: Resultados da solução não estandardizada. Género (1 = mulheres, 2 = homens); Idade (1 = 65-79 anos; 2 = 80 ou mais anos). Ver Figura 3 para abreviaturas.

\* $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Quanto aos efeitos diretos que compõem o efeito de mediação, o efeito do género sobre o ADG indica que as mulheres apresentaram maiores níveis de ADG do que os homens. O efeito da idade sobre o ADG indica que os idosos mais velhos apresentam maiores níveis de ADG do que os idosos mais jovens. Os efeitos do ADG sobre os AP e os AN indicam que maiores níveis de ADG predizem menores níveis de AP e maiores níveis de AN.

Quanto à mediação do ADG, os efeitos indiretos do género sobre os AP e os AN indicam que os homens apresentaram maiores níveis de AP e menores de AN do que as mulheres. Os efeitos indiretos da idade sobre os AP e os AN indicam que os idosos mais velhos apresentam menores níveis de AP e maiores níveis de AN do que os idosos mais jovens. Constata-se ainda que foram as relações ADG-AP e ADG-AN que mais contribuíram para estes efeitos indiretos.

Entretanto, a quantidade de variância do ADG extraída pelos preditores ( $R^2$ ) foi moderada e a dos AP e dos AN foi fraca, de acordo com os valores de referência de Cohen (1988) para a regressão multivariada.

### **Discussão**

A presente dissertação tem como título, “O bem-estar subjetivo mitiga a depressão dos idosos? Estudo com uma amostra comunitária”. A resposta a esta questão foi perseguida através do teste dos dois modelos alternativos apresentados nas Figuras 1 e 2. Através deste teste observou-se que o modelo em que o ADG mediava a relação entre os preditores e os afetos apresentou um melhor ajustamento aos dados empíricos face ao modelo em que os afetos mediavam a relação entre os preditores e o ADG.

Para chegar a este resultado, antes de se efetuar o teste dos modelos de mediação, foi avaliada a validade estrutural dos construtos que os compõem (ADG, AP e AN), através da AFC. A AFC indicou que apesar do teste do modelo do ADG ter um bom ajustamento, o item 6, “Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer?”, era um péssimo representante do fator. Isto terá acontecido porque o item, contrariamente aos outros, apresenta-se como um indicador de uma situação de catástrofe (intensamente negativa). Contudo, só através da replicação do instrumento numa outra amostra esta inferência poderá ser devidamente sustentada. Assim se saberá se este fenómeno resulta da ocorrência de erro sistemático (fator específico do item) ou de erro aleatório (idiosincrasias da amostra). Também o item 2 “Afastou-se de muitas das suas atividades e interesses?” e o item 9 “Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?”, do ADG demonstraram uma carga fatorial insuficientemente satisfatória, tal como aconteceu em estudos anteriores (e.g., Jang, Small, & Haley, 2001; Pinho, Custódio, Makdisse, & Carvalho, 2009). Estes itens poderão apelar à anomia como uma forma mais evidente de medir a sintomatologia depressiva e podem originar diferentes formas de entendimento sobre a depressão consoante a cultura e a amostra utilizada (Jang et al., 2001). Assim, na amostra do presente estudo, bem como nas amostras de estudos anteriores, os idosos podem preferir sair de casa e continuar com as suas tarefas como uma estratégia adaptativa de se distanciarem do humor depressivo (Jang et al., 2001).

Deste modo, foi testado o modelo sem o item 6 e este também estava bem ajustado, contudo apresentava problemas de validade estrutural, nomeadamente de VC.

Também no teste do modelo da EAPAN, e apesar do seu bom ajustamento, a VC dos AP e dos AN era inferior ao desejável. Quanto à VD dos fatores AP e AN, o resultado obtido foi concordante com o de Watson et al. (1988), revelando uma quase independência entre os mesmos.

Contudo, como não estavam garantidas as condições para aceitar a validade estrutural dos fatores (Anderson & Gerbing, 1988), procedeu-se ao emparcelamento dos itens que os compõem (Little et al., 2002; Matsunaga, 2008; Yang et al., 2010). Foi efetuado o emparcelamento tanto dos itens do ADG como da EAPAN, emparcelamento esse que permitiu mitigar violações da normalidade, reduzindo o erro sistemático dos itens individuais na estimação do modelo, obtendo-se uma melhor fiabilidade e um melhor ajustamento dos modelos.

A razão principal que levou à realização do emparcelamento, tanto no ADG como EAPAN, foi o facto de neste estudo a dimensão da amostra utilizada ser inferior à desejável para se obter confiança nos resultados. Especificando, através da análise do tamanho da amostra *à priori* foi possível concluir que, para uma potência estatística de 80% e um nível de probabilidade de .05 para a ADG (uma variável latente; 10 variáveis observadas) e para a EAPAN (duas variáveis latentes; 20 variáveis observadas), seria necessária uma amostra de 1600 participantes (Soper, 2017). Por outro lado, em virtude do emparcelamento, para a mesma potência estatística e nível de probabilidade, para a ADG (uma variável latente; 3 variáveis observadas) e para a EAPAN (duas variáveis latentes; 6 variáveis observadas), seria necessária uma amostra de 200 participantes, número inferior ao da amostra do presente estudo, o que permite obter confiança nos resultados.

Outro aspeto que levou ao emparcelamento poderá estar relacionado com as características da amostra do presente estudo, nomeadamente as habilitações literárias (69.3% frequentaram apenas o primeiro ciclo ou menos), que poderá ter originado alguma incapacidade de compreensão e de delimitação do significado dos itens por parte dos participantes. Torna-se necessário replicar o estudo noutras amostras, ou ainda com mais habilitações literárias para aferir este fenómeno.

No caso do ADG, o emparcelamento é ainda mais virtuoso porque existe um número limitado a duas categorias de resposta (sim ou não). Relativamente à EAPAN, para além do número limitado de categorias de resposta (cinco níveis), o que poderá ter

originado os problemas de VC e conseqüentemente o emparcelamento é o facto de a escala contemplar afetos de alta ativação (Watson, et al., 1988). Por hipótese, este aspeto poderá ter condicionado as respostas dos participantes, uma vez que as circunstâncias de vida dos idosos e as suas respostas às mesmas estão condicionadas pelos seus níveis de funcionalidade. Para esclarecer esta conjectura, em estudos futuros será desejável utilizar uma prova que avalie também afetos de baixa ativação, como por exemplo a *Activation and Deactivation Adjective Check List* (AD ACL: Ekkekakis, 2013).

Após o emparcelamento foi testado o modelo trifatorial oblíquo dos fatores ADG, AP e AN, o qual apresentou um bom ajustamento e boas propriedades psicométricas, o que permitiu o teste dos modelos de mediação (Anderson & Gerbing, 1988) em apreciação neste estudo. Neste teste observou-se que foi o modelo em que o ADG mediava a relação entre os preditores e os afetos o que apresentou um melhor ajustamento aos dados empíricos.

O teste do modelo com a mediação do ADG demonstrou que a religião não foi um bom preditor do ADG e dos AP e AN, uma vez que não apresentava relações estatisticamente significativas com qualquer um destes critérios, conduzindo à sua eliminação do modelo e a um novo teste do mesmo. Um aspeto que poderá ter condicionado a relação da religião com as outras variáveis foi a operacionalização desta variável. Fez-se uma fusão de categorias, tornando-a dicotómica através da discriminação entre católicos praticantes e outros (ateus/agnósticos/católicos não praticantes), valorizando a prática religiosa dos idosos enquanto geradora de participação e apoio comunitário (Amado & Diniz, 2017). Acresce que a proporção de ateus/agnósticos na amostra deste estudo era muito baixa para considerar este grupo diferencialmente face aos grupos de católicos praticantes e não praticantes. Esta dúvida quanto às conseqüências da operacionalização efetuada permanecerá por esclarecer até que se possa replicar este estudo noutra amostra com características semelhantes às da deste estudo. Observando-se os mesmos resultados só a replicação numa amostra com proporções semelhantes entre ateus/agnósticos e católicos não praticantes e praticantes, de forma a criar três níveis nesta variável, se poderá descortinar se foi por causa da operacionalização efetuada que se obteve esses resultados.

Por outro lado, isto poderá ter acontecido pelo facto de a religião não ter sido avaliada através de instrumentos de avaliação da religiosidade. Um estudo desenvolvido por Yoon (2006), demonstrou que a religiosidade se encontra associada a menores níveis de depressão. Neste estudo (Yoon, 2006), foi utilizado o *Brief Multidimensional Measures of Religiousness/Spirituality (BMMRS*; Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999), que permite medir diversos domínios da religiosidade e espiritualidade. Deste modo, torna-se necessário a replicação do presente estudo utilizando um instrumento que possibilite uma avaliação mais abrangente da religião, como por exemplo o *Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire (SCSRFQ)-Brief Version* (Amado & Diniz, 2017), que permite avaliar a fé religiosa, a experiência e o significado.

O teste do novo modelo sem a religião demonstrou que ele estava bem ajustado e ambos os preditores só apresentavam relações estatisticamente significativas com os afetos através da mediação do ADG: não houve relações diretas, só indiretas (mediação completa; Iacobucci et al., 2007).

Relativamente ao ADG e aos AP e os AN, o presente estudo indicou que maiores níveis de ADG predizem menores níveis de AP e maiores níveis de AN. Este resultado encontra-se em concordância com a literatura analisada, já que a depressão se encontra relacionada com uma diminuição dos AP e um aumento dos AN (Desmyter & De Raedt, 2012; Seo et al., 2015).

Observou-se que os idosos mais velhos apresentavam maiores níveis de ADG que os idosos mais jovens. Este resultado encontra-se em consonância com outros estudos, nos quais se verifica que os idosos mais velhos demonstram sintomas depressivos mais evidentes que os idosos mais jovens (Blazer, 2000, 2003). Sendo que esta frequência parece estar associada ao envelhecimento e a todo o processo subjacente ao mesmo (Blazer, 2000, 2003). Observou-se também que as mulheres apresentaram maiores níveis de ADG do que os homens. Tendo em consideração a literatura, o género feminino tem sido associado a uma prevalência mais elevada de sintomas depressivos do que o género masculino (Djernes, 2006; Fiske et al., 2009; Glaesmer et al., 2011).

Quanto às relações entre os preditores e os afetos, mediadas pelo ADG, no que se refere à idade, neste estudo os idosos mais velhos apresentaram menores níveis de AP e maiores níveis de AN do que os idosos mais jovens. Estes resultados são

parcialmente análogos aos de outros estudos, onde os idosos mais velhos experienciaram menores níveis de AP em comparação com os idosos mais jovens (Isaacowitz & Smith, 2003; Smith, 2001), contudo, não havendo diferenças em termos de AN (Isaacowitz & Smith, 2003).

Quanto ao género, os homens apresentaram maiores níveis de AP e menores de AN do que as mulheres. Este resultado no que respeita aos AN encontra-se sustentado na literatura, mas tal não acontece para os AP. Segundo Smith (2001; Smith & Baltes, 1998), não foram encontradas diferenças entre géneros para os AP, mas as mulheres apresentaram níveis mais elevados de AN do que os homens.

Entretanto, a fraca magnitude do efeito quer da idade, quer do género, sobre os afetos leva a crer que os resultados significativos deste estudo devem ser olhados com prudência. As diferenças encontradas entre os grupos, apesar de terem alguma sustentação na literatura, nomeadamente quanto às relações idade-AP e género-AN, poderão não ser observadas noutras amostras.

Em termos de limitações gerais do presente estudo, destaca-se o facto de a amostragem ser não probabilística tornando-se necessário replicar o estudo numa outra amostra, idealmente probabilística. De mencionar ainda, a aplicação hetero administrada dos instrumentos que poderá colocar a questão da desejabilidade social.

Como vantagens do presente estudo, é possível enunciar o facto de se ter procurado garantir a validade interna, recorrendo à recolha da informação sob a forma de entrevista, que permitiu a inclusão na amostra de idosos com falta de visão, dificuldade de controlo da motricidade fina e analfabetos (Carr-Hill, 2008). Recorreu-se também à aleatorização da sequência de apresentação dos instrumentos participante-a-participante, com o intuito de evitar efeitos de *halo*. O presente estudo teve ainda como vantagem o facto de a amostra ter sido recolhida em diferentes zonas do país (e.g., Lisboa; Alentejo), possibilitando uma amostra mais abrangente em termos de diferentes meios existentes (e.g., rural e urbano). Mais ainda neste estudo recorreu-se à modelação de equações estruturais, o que permite o afiançar de resultados quer relativos à validade estrutural dos instrumentos em jogo nos estudos quer ao teste de relações com e entre fatores, expurgados de erros de mensuração, em vez de utilizar variáveis observáveis resultantes de operações realizadas sobre as respostas aos itens dos instrumentos, que contemplam o erro de mensuração (Fornell, 1982).

## Referências

- Alcalá, V., Camacho, M., & Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema, 19*(1), 49 -56.  
Retirado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3327>
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., & Ibáñez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema, 18*(1), 143-148. Retirado de <http://www.psicothema.asp?id=3189>
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nova de Lisboa e Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Amado, N., & Diniz, A. M. (2017). Strength of religious faith in the portuguese catholic elderly: Effects of aging, gender, education, and religious participation. *Archive for the Psychology of Religion, 39*, 82-98. doi:10.1163/15736121-12341333
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin, 103*, 411-423. doi:10.1037/0033-2909.103.3.411
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380. doi:10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (1999). *The berlin aging study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135. doi:10.1159/000067946
- Beekman, A. T., Deeg, D. J., Braam, A. W., Smit, J. H., & van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life: A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine, 27*, 1397-1409.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238-246. doi:10.1037/0033-2909.107.2.238
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the oldest old. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1915-1924. doi:10.1176/appi.ajp.157.12.1915

- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58, 249-65. doi:10.1093/gerona/58.3.M249
- Brown, P. H., & Tierney, B. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 310-319. doi:10.1016/j.socec.2008.07.014
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item geriatric depression scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, 22, 372-379. doi:10.1037/0882-7974.22.2.372
- Carr-Hill, R. (2008). *International literacy statistics: Review of concepts, methodology and current data* (Report). Montreal, Canada: Institute for Statistics, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Retirado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001628/162808e.pdf>
- Cattell, R. B., & Burdsal, C. A. Jr. (1975). The radial parcel double factoring design: A solution to the item-vs.-parcel controversy. *Multivariate Behavioral Research*, 10, 165-179. doi:10.1207/s15327906mbr1002\_3
- Chaaya, A., Sibai, A., Fayad, R., & El-Roueiheb, Z. (2007). Religiosity and depression in older people: Evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon. *Aging & Mental Health*, 11, 37-44. doi:10.1080/13607860600735812
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cox, H., & Hammonds, A. (1989). Religiosity, aging, and life satisfaction. *Journal of Religion and Aging*, 5, 1-21. doi:10.1300/J491v05n01\_01
- 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
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Aging & Mental Health*, 10, 4-12. doi:10.1080/13607860500307969

- Desmyter, F., & De Raedt, R. (2012). Time perspective and well-being of older adults: The relationship between time perspective and subjective well-being of older adults. *Psychologica Belgica*, *52*, 19-38. doi:10.5334/pb-52-1-19
- 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., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health And Well-Being*, *3*, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- 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:10.1007/978-90-481-2354-4\_4
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2007b). *Escala de Afectos Positivos e Negativos*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *27*, 491-497. doi:10.1590/1678-7153.201427309
- Diniz, A. M., Amado, N., & Gouveia, J. (2011). Índice de Satisfação com a Vida (ISV). In C. Machado, M. Gonçalves, L. Almeida, & M. R. Simões (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 45-65). Coimbra: Almedina.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 372-387. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Ekkekakis, P. (2013) *The measurement of affect, mood and emotion: A guide for health-behavioral research*. New York, NY: Cambridge University Press.

- Fabes, R. A., & Martín, C.L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*, 532-540.  
doi:10.1177/0146167291175008
- Feldman-Barret, L., & Russel, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 967-984.  
doi:10.1037/0022-3514.74.4.967
- Fetzer Institute/National Institute on Aging (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/ National Institute on Aging working group*. Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute.
- Fiquer, J. T. (2006). *Bem-estar subjetivo: influência de variáveis pessoais e situacionais em autorrelato de afetos positivos e negativos* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-14092006-175006/pt-br.php>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 363-369.  
doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- 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
- Fornell, C. (1982). A second generation of multivariate analysis: An overview. In C. Fornell (Ed.), *A second generation of multivariate analysis: An overview* (Vol. 1, pp. 1-21). New York: Praeger Publishers.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, *18*(1), 39-50.
- García, A. C. F. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, *25*, 319-341.  
doi:10.7179/PSRI\_2015.25.14

- Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., & Luppá, M. (2011). Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: A population-based study. *International Psychogeriatrics*, *23*, 1294-1300. doi:10.1017/S1041610211000780
- Goh, E. K., Kim, O. Y., & Jeon, H. J. (2017). Depression is a mediator for the relationship between physical symptom and psychological well-being in obese people. *Clinical Nutrition Research*, *6*, 89-98. doi:10.7762/cnr.2017.6.2.89pISSN 2287-3732·eISSN 2287-3740
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M., Wernicke, T., & Wilms, H. (1999). Psychiatric illnesses in old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 167-196). New York: Cambridge University Press.
- Helmes, E., Goffin, R. D., & Chrisjohn, R. D. (1998). Confirmatory factor analysis of the Life Satisfaction Index. *Social Indicators Research*, *45*, 371-390. doi:10.1023/A:1006966419159
- Holt, C. L., Wang, M. Q., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V., & Southward, V. L. (2011). Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: Testing a mediational model. *Journal of Behavioral Medicine*, *34*, 437-448. doi:10.1007/s10865-010-9310-8
- 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
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, *17*, 139-153. doi:10.1016/S1057-7408(07)70020-7
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas Demográficas de 2015*. Lisboa: INE
- Irigaray, T., & Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da universidade para a terceira idade. *Revista de Psiquiatria*, *29*, 19-27. doi:10.1590/S0101-81082007000100008
- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. The

- Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 143-152. doi:10.1093/geronb/58.3.P143
- Jackson, B. R., & Bergeman, C. S. (2011). How does religiosity enhance well-being? The role of perceived control. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3, 149-161. doi:10.1037/a0021597
- Jang, Y., Small, B., & Haley, W. (2001). Cross-cultural comparability of the Geriatric Depression Scale: comparison between older Koreans and older Americans. *Aging Mental Health*; 5, 31-37. doi:10.1080/13607860020020618
- Jöreskog, K.G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. Retirado de [http:// www.ssicentral. com/lisrel/techdocs](http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs).
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. Chicago: National Educational Resources.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993a). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993b). *PRELIS2: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows* [Computer software]. Chicago, IL: (Scientific Software International).
- Kales, H. C., & Valenstein, M. (2002). Complexity in late-life depression: Impact of confounding factors on diagnosis, treatment and outcomes. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15, 147-55. doi:10.1177/089198870201500306
- Kishton, J. M., & Widaman, K. F. (1994). Unidimensional versus domain representative parceling of questionnaire items: An empirical example. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 757-765. doi:10.1177/0013164494054003022
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291. doi:10.1177/070674370905400502
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 536-542. doi:10.1176/ajp.155.4.536

- Kurlowicz, L., & Greenberg, S. (2007). The Geriatric Depression Scale (GDS). *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 4, 1.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the Third Age*. London: Weidenfeld
- Li, K. Z. H., Hasher, L., Jonas, D., Rahhal, T., & May, C. (1998). Distractibility, circadian arousal, and aging: A boundary condition. *Psychology and Aging*, 13, 574-583. doi:10.1037/0882-7974.13.4.574
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. F. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9, 151-173. doi:10.1207/S15328007SEM0902\_1
- Lukaschek, K., Vanajan, A., Johar, H., Weiland, N., & Ladwig, K. (2017). “In the mood for ageing”: Determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC Geriatrics*, 17, 117-126. doi:10.1186/S12877-017-0513-5
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S.G., (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136, 212–221. doi:10.1016/j.jad.2010.11.033
- Macau, I. (2018). *A autoestima protege os idosos da depressão? Estudo com uma amostra comunitária* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Évora, Évora.
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.
- Maton, K. I. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, 310-323. doi:10.2307/1386742
- Matsunaga, M. (2008). Item parceling in structural equation modeling: A primer. *Communication Methods and Measures*, 2, 260-293. doi:10.1080/19312450802458935
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Baltes, M. M., Borchelt, M., Delius, J., Helmchen, H., Linden, M., Smith, J., Staudinger, U. M., Steinhagen-Thiessen, E., & Wagner, M. (1999). What do we know about old age and aging? Conclusions from the Berlin Aging Study. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin aging*

- study: Aging from 70 to 100* (pp. 475-520). New York: Cambridge University Press.
- Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G., & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: The Veneto Study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 57*, 155-161.  
doi:10.1093/gerona/57.3.M155
- Mirowsky, J., & Reynolds J. R. (2000). Age, depression, and attrition in the National Survey of Families and Households. *Sociological Methods & Research, 28*, 476-504. doi:10.1177/0049124100028004004
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Yahaya, N., & Chai, S. T. (2013). Moderating effect of religiosity on the relationship between social isolation and psychological well-being. *Mental Health, Religion & Culture, 14*, 141-156.  
doi:10.1080/13674676.2010.497963
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse, 9*, 10-16.  
doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x
- Murata, C., Kondo, K., Hirai, H., Ichida, Y., & Ojima, T. (2008). Association between depression and socio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES). *Health Place, 14*(3), 406-414.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 9*, 187-198.  
doi:10.1177/000271627441500114
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*, 134-143. doi:10.1093/geronj/16.2.134
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Parker, M., Lee, R. L., Klemmack, D. L., Koenig, H. G., Baker, P., & Allman, R. M. (2003). Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health, 7*, 390-397. doi:10.1080/1360786031000150667

- Pavot, W., & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. assessing well-being: The collected works of Ed Diener. *Social Indicators Research Series*, 39, 101-117. doi:10.1007/978-90-481-2354-4\_5
- Pinho, M. X., Custódio, O., Makdisse, M., & Carvalho, A. C. C. (2009). Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94, 1-10. doi:10.1590/S0066-782X2010005000032
- Rogers, W. M., & Schmitt, N. (2004). Parameter recovery and model fit using multidimensional composites: A comparison of four empirical parceling algorithms. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 379-412. doi:10.1207/S15327906MBR3903\_1
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178. doi:10.1037/h0077714
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104. doi:10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D., Corey, L. M., Keyes, C. L. M., & Shmotkin, D. (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
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sable, J. A., Dunn, L. B., & Zisook, S. (2002). Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57, 18-9. doi:10.1186/1471-2318-14-77
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Seo, S., Jeon, J., Chong, Y., & Na, J. (2015). The relations among relatedness needs, subjective well-being, and depression of Korean elderly. *Journal of Women & Aging, 27*, 17-34. doi:10.1080/08952841.2014.929406
- 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
- Simon, R.W., & Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: Do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology, 109*(5), 1137-1177
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review, 9*, 461-477. doi:10.1017/S1062798701000424
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging, 12*, 458-472. doi:10.1037/0882-7974.12.3.458
- Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging, 13*, 676-695. doi:10.1037/0882-7974.13.4.676
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1999). Trends and profiles of psychological functioning in very old age. In P. B. Baltes, & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 197-226). New York: Cambridge University Press.
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 286-292. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x
- Soper, D. S. (2017). A-priori sample size calculator for structural equation models [Software]. Retirado de <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research, 25*, 173-180. doi:10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Stephens, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Ageing, 4*, 1-9. doi:10.1016/S0140-6736(13)61489-0
- Stone, A. A., & Mackie, C. (2013). *Subjective well-being: Measuring happiness, suffering, and other dimensions of experience*. Washington DC: The National Academy Press.

- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. Martinus Nijhoff, The Hague: Netherlands.
- Tran, T. Q., Nguyen, T. Q., Vu H. V., & Doan, T. T. (2016). Religiosity and subjective well-being among old people: Evidence from a transitional country. *Applied Research Quality Life*. doi:10.1007/s11482-016-9500-9
- Tumas, V., Rodrigues, G. G. R., Farias, T. L. A., & Cripa, J. A. S. (2008). The accuracy of diagnosis of major depression in patients with parkinson's disease: A comparative study among the UPDRS, the Geriatric Depression Scale and the Beck Depression Inventory. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 66, 152-156. doi:10.1590/S0004-282X2008000200002
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. In C. Vázquez & G. Hervás (Coord.). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva* Madrid: Alianza.
- Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk. H. W. J., Jansen, A. P. D., Rijmen, F., Kostense, P. J., van Oppen, P., van Hout, H. P. J., Stalman, W. A. B., & Beekman, A. T. F. (2008). Depression in old age (75+): the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 106, 295-299. doi:10.1016/j.jad.2007.07.004
- Yang, C., Nay, S., & Hoyle, R. H. (2010). Three approaches to using lengthy ordinal scales in structural equation models: Parceling, latent scoring, and shortening scales. *Applied Psychological Measurement*, 43, 122-142. doi:10.1177/0146621609338592
- Yavuzer, Y., & Civilidag, A. (2014). Mediator role of depression on the relationship between mobbing and life satisfaction of health professionals. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 115-125. doi:10.5350/DAJPN2014270203
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Yoon, D. P. Y. (2006). Factors affecting subjective well-being for rural elderly individuals. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 25, 59-75. doi:10.1300/J377v25n02\_04

- Waterman, A. S. (1990). The relevance of Aristotle's conception of eudaimonia for the psychological study of happiness. *Theoretical & Philosophical Psychology*, *10*, 39-44. doi:10.1037/h0091489
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235. doi:10.1037/0033-2909.98.2.219
- Watson, D., Clark, L., & 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
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*, 820-838. doi:10.1037/0022-3514.76.5.820
- World Health Organization (1999). *Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region* (European Health for All Series, No. 6). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retirado de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf?ua=1)
- Zullig, K. J., Ward, R. M., & Horn, T. (2006). The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: the mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research*, *79*, 255-274. doi:10.1007/s11205-005-4127-5