



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**O suporte instrumental percebido medeia o efeito de
variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar subjetivo em
adultos mais velhos?**

Andreia Valadas Moura

Orientador(es) | António Moreira Diniz

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**O suporte instrumental percebido medeia o efeito de
variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar subjetivo em
adultos mais velhos?**

Andreia Valadas Moura

Orientador(es) | António Moreira Diniz

Évora 2023



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

Presidente | Constança Biscaia (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Maria Sousa Pereira (Universidade de Évora) (Arguente)
António Moreira Diniz (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Agradecer, em primeiro lugar, ao meu orientador Doutor António Moreira Diniz, pela dedicação e toda a partilha de conhecimento e sabedoria durante esta caminhada. Agradecer pelos momentos de riso que fizeram toda a diferença.

Aos meus pais e ao meu irmão, por todos os sacrifícios que fizeram por mim. Por estarem comigo em todos os momentos, e serem o meu maior incentivo e a minha maior força.

Às Bias e à Mariana, por terem sido o meu braço direito ao longo de toda esta jornada. Por me acalmarem nos momentos de maior angústia e me motivarem a cada palavra. O meu percurso em Évora ficou mais bonito convosco a meu lado.

À Núria, à Ana e ao Mesquita, por me acolherem a cada momentos de desespero, de desmotivação, e por aguentarem as minhas constantes chamadas e mensagens a desabafar. Por terem sido parte ativa deste trabalho e nunca deixarem que me sentisse sozinha.

À Marta, por estar comigo desde a minha entrada na Universidade. Por saber sempre o que dizer e me encher o coração. A quem sou eternamente grata pelo apoio incondicional em tudo, não sendo esta dissertação uma exceção.

A todos os meus amigos e amigas, por estarem sempre presentes e por todas as palavras motivadoras.

Ao Brito, a quem agradeço pela ajuda incansável na recolha de dados.

Aos adultos mais velhos que participaram nesta investigação e que confiaram em mim para abrir os seus corações, e partilhar muitas das suas histórias de vida comigo.

O suporte instrumental percebido medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar subjetivo em adultos mais velhos?

Resumo

Com esta investigação tem-se como objetivo compreender se o suporte instrumental medeia o efeito da idade, género e estado civil sobre os afetos em adultos mais velhos. A amostra em estudo é composta por 773 adultos voluntários, comunitários, católicos, residentes em meio urbano, não-deprimidos e sem compromisso cognitivo. Os adultos mais velhos com 75 ou mais anos davam menos suporte instrumental e recebiam mais e tinham mais afetos negativos do que os adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos. As mulheres davam menos suporte instrumental e recebiam mais e tinham mais afetos negativos do que os homens. Através da ANOVA *one-way* concluiu-se que os indivíduos casados/juntos tinham níveis mais elevados de afetos positivos do que os outros grupos do estado civil. Os resultados indicaram que os adultos mais velhos de 75 ou mais anos, viúvos e mulheres são os grupos mais vulneráveis.

Palavras-chave: envelhecimento, afetos, análise fatorial confirmatória, mediação, suporte instrumental

Does perceived instrumental support mediate the effect of sociodemographic variables on subjective well-being in older adults?

Abstract

The aim of this research is to understand whether instrumental support mediates the effect of age, gender and marital status on affect in older adults. The study sample consisted of 773 volunteer, community-dwelling, Catholic, urban-dwelling, non-depressed adults with no cognitive impairment. Older adults aged 75 and over gave less instrumental support and received more and had more negative affections than older adults aged 65 to 74. Women gave less instrumental support and received more and had more negative affect than men. A one-way ANOVA showed that married/joint individuals had higher levels of positive affect than the other marital status groups. The results indicated that older adults aged 75 and over, widowers and women are the most vulnerable groups.

Keywords: aging, affect, confirmatory factor analysis, mediation, instrumental support

Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1. Envelhecimento	1
1.2. Envelhecimento e Suporte Instrumental	3
1.3. Idade, Género e Suporte Instrumental	5
1.5. Estado Civil e Suporte Instrumental	5
1.6. Envelhecimento e Afetos	6
1.7. Idade, Género e Afetos	8
1.9. Estado Civil e Afetos	8
1.10. Suporte Instrumental e Afetos Positivos e Negativos	9
2. Objetivo	10
3. Método	12
3.1. Participantes	12
3.2. Materiais	13
3.2.1. <i>Questionário de Caracterização Sociodemográfica</i>	13
3.2.2. <i>Mini Mental State Examination</i>	13
3.2.3. <i>Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida</i>	14
3.2.4. <i>Escala de Afetos Positivos e Negativos</i>	15
3.2.5. <i>Questionário de Suporte Instrumental e Emocional</i>	15
3.3. Procedimento de Recolha de Dados	16
3.4. Análise de Dados	18
4. Resultados	19
5. Discussão	26
6. Referências	31

Índice de Tabela

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	12
Tabela 2. Índices de Ajustamento do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional	20
Tabela 3. Estrutura Fatorial do Suporte Instrumental Dar e Receber (N = 773)	20
Tabela 4. Índices de Ajustamento da Escala de Afetos Positivos e Negativos	21
Tabela 5. Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Negativos (N = 773)	22
Tabela 6. Índices de Ajustamento dos Modelos de Mediação Testados	23
Tabela 7. Resultado das Relações Significativas Diretas e Indiretas do Modelo com a Variável Estado Civil com Quatro Níveis	23
Tabela 8. Estimativa das Médias e Múltiplas Comparações entre os Níveis do Estado Civil em Função do Critério AP com a Correção de Bonferroni	26

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Mediação do Suporte Emocional no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos mais Velhos: Diagrama Conceptual	11
Figura 2. Teste do Modelo de Mediação do Suporte Instrumental no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos mais Velhos (N = 773)	25

1. Introdução e Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo universal que faz parte da vida de todos os seres humanos (Araújo et al., 2007). É entendido como um processo natural e contínuo que implica, inevitavelmente, inúmeras transformações no indivíduo (Fernandes, 2005).

De acordo com o Eurostat (2020), é expectável um envelhecimento demográfico bastante significativo na União Europeia nas próximas décadas. Embora a estrutura populacional mais envelhecida seja já observável em vários estados-membros da UE-27, espera-se ainda um desenvolvimento e transformação acentuados na pirâmide etária. Esta transformação pode justificar-se pela diminuição das taxas de natalidade e o aumento da esperança média de vida.

Em 2022, Portugal registou a segunda idade média mais elevada entre os 27 estados-membros da União Europeia (Eurostat, 2023). O Eurostat revela um aumento da idade médias na UE entre 2012 e 2022 em todos os estados-membros, exceto na Suécia. Ainda assim, Portugal regista um ritmo acelerado de envelhecimento, sendo a sua média a que mais tem aumentado nos últimos 10 anos entre estes países. Em 2022 o índice de envelhecimento em Portugal foi 183.5 adultos mais velhos por cada 100 jovens, sendo que em 2080 a projeção é de 300 adultos mais velhos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020;2021; PORTADA, 2023).

Importa ressaltar, além do aumento da idade média, o rácio de dependência dos adultos mais velhos, ou seja, o rácio do número de adultos mais velhos (65 anos ou mais) face ao número de indivíduos em idade ativa (15-64 anos) (Eurostat, 2023). À semelhança da idade média, também o rácio de dependência dos adultos mais velhos da União Europeia aumentou em 2022. Portugal regista o terceiro rácio mais elevado entre os 27 estados-membro.

Devido às condições históricas, culturais e muitas outras, existem distintas representações sociais do que é o envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990; Schneider & Irigaray, 2008). Por este motivo, ao longo dos anos surgiram várias tentativas de descrever e classificar o envelhecimento (Araújo et al., 2007; Barreto, 2005; Baltes & Baltes, 1990). Uma destas tentativas distingue o envelhecimento primário/saudável do envelhecimento secundário/patológico. O envelhecimento saudável pode definir-se como um processo normal, gradual e previsível, no qual ocorrem mudanças intrínsecas.

Assume-se, assim, como um processo relativamente semelhante e esperado em todos os indivíduos. Já o envelhecimento secundário diz respeito a um processo derivado de causas e doenças diversas associadas à idade e, por isso, imprevisível em grande parte. Revelando-se, portanto, um processo que varia de indivíduo para indivíduo.

De acordo com o modelo de otimização seletiva com compensação de Baltes & Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido depende de um elevado nível de funcionamento (ganhos) e do evitamento de comportamentos de risco (perdas). Os autores defendem a interação entre a seleção (ajustamento das expectativas que levam à escolha de objetivos prioritários, evitando experiências mais difíceis e menos importantes), a otimização (maximização do desempenho através de recursos internos e externos) e a compensação (estratégias de adaptação para gerir as perdas e limitações que afetem os objetivos), que permite aos adultos mais velhos reconhecer as suas perdas e mudanças psicológicas, biológicas e sociais que decorrem do envelhecimento e reajustar-se de forma adaptativa às mesmas.

Neugarten (1974) diferenciou os adultos mais velhos em dois grupos: os *young-old* (65 até aos 74 anos) e os *old-old* (75 anos ou mais). Os adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos são vistos com características positivas e descritos como os reformados da vida ativa com saúde relativamente boa. Por sua vez, os adultos mais velhos com idade igual ou superior a 75 anos são associados à debilidade e morte, e descritos como os que apresentam os estereótipos negativos da velhice.

Em alternativa e, dada a importância desta diferenciação, Baltes & Smith (2003) surgem com dois critérios que permitem definir a terceira e a quarta idade. O primeiro critério distingue estes dois grupos partindo de um critério populacional. Este critério pressupõe que a transição da terceira para a quarta idade pode ocorrer quando 50% dos coortes já não estão vivos, ou seja, entre os 75 e os 80 anos nos países desenvolvidos. No entanto, quando se excluem indivíduos que faleceram mais cedo, a transição ocorre em torno dos 80/85 anos. O segundo critério define a terceira e a quarta idade com base em critérios individuais, considerando o tempo de vida máximo do indivíduo, excluindo doenças. Adotando esta posição, as transições individuais da terceira para a quarta idade podem começar em idades diferentes para diferentes indivíduos. Para alguns indivíduos a transição pode começar aos 60 anos e aos 90 anos para outros.

Sabemos que o ponto de corte da terceira e quarta idade varia entre autores. Para alguns a terceira idade começa aos 65 anos (e.g., Neugarten, 1974) e para outros começa aos 70 anos (Smith, 2001). Já a quarta idade para alguns autores começa aos 75 anos (e.g., Neugarten, 1974), para outros aos 80 anos (e.g., Amado, 2008), e ainda para outros aos 85 anos (e.g., Fastame & Penna, 2014). A falta de consenso sobre estes limites, bem como sobre os termos terceira e quarta idade levou a que esta forma de categorizar os adultos mais velhos fosse criticada por alguns autores (Kydd et al., 2020). Por este motivo, Kydd et al. (2020) defendem que esta variável deve ser categorizada através do uso de coortes etárias em décadas (sexagenários, septuagenários, octogenários), uma vez que evitaria o estereótipo negativo do idadismo e refletia melhor a heterogeneidade desta população.

Os adultos mais velhos, devido ao processo de envelhecimento, experimentam um declínio das respostas fisiológicas, das experiências emocionais negativas e, em contrapartida, um aumento/potencial de melhoria de autorrelatos de intensidade emocional, experiências emocionais positivas, autorregulação emocional, relação com os familiares (Carstensen, 1995; Löckenhoff & Carstensen, 2004). Através da Teoria da Seletividade Socioemocional (TSE) explica-se que a interação social é essencial para a sobrevivência e que os seres humanos são seres capazes de se autorregular. As redes e as relações sociais alteram com o avanço da idade e a TSE descreve esta alteração através da existência de dois objetivos sociais: a manutenção de uma relação íntima satisfatória e a procura de novas experiências íntimas. Quando o indivíduo prioriza a manutenção de uma relação íntima satisfatória e percebe o tempo como limitado, os objetivos emocionais são priorizados. Nestes casos, a rede social do indivíduo torna-se mais curta, uma vez que o foco do indivíduo é estabelecer e manter relações significativas. Além disso, o foco é no presente, satisfazendo as necessidades emocionais presentes e priorizando atividades que sejam significativas ou agradáveis. O facto do adulto mais velho ser mais seletivo no que diz respeito à sua rede social leva a que este interaja com indivíduos que conhece bem, priorizando experiências positivas e relações significativas, o que permite que este consiga evitar respostas emocionais negativas e otimizar as positivas.

1.2. Envelhecimento e Suporte Instrumental

O suporte social (SS) é um fator importante e com efeitos no bem-estar em qualquer faixa etária, especialmente em adultos mais velhos que encontram desafios ao

envelhecer. Brown et al. (2003) defendem que dar SS é essencial para as relações interpessoais e com um grande impacto na saúde dos indivíduos, podendo promover a longevidade. Diversos aspetos do SS acabam por ter impacto nos indivíduos e nos grupos, assumindo-se como um recurso fundamental no decorrer do envelhecimento (Brown et al., 2003; Fernández-Ballesteros, 2002; Maia et al., 2016; Mohd et al., 2019; Ribeiro, 1999).

Apresentando-se como um construto complexo e multidimensional, o SS é entendido como a informação que conduz o indivíduo a acreditar que é amado, apreciado e valorizado, que outros indivíduos se preocupam com ele, e que pertence a uma rede de comunicação com obrigações mútuas (Ribeiro, 1999; Santos et al., 2003).

O SS abrange tanto características estruturais das redes sociais dos indivíduos (contexto social onde decorrem as interações e trocas sociais) como aspetos funcionais das relações sociais entre indivíduos do grupo (SS que é dado e recebido) (Fernández-Ballesteros, 2002). Pode distinguir-se em dois tipos de fontes: formal e informal (Ribeiro, 1999). O SS formal diz respeito às organizações sociais formais e profissionais que provêm assistência necessária ao indivíduo. Já o SS informal refere-se aos indivíduos e grupos sociais que podem fornecer apoio nas atividades diárias.

Outra dimensão do SS relaciona-se com o tipo de suporte: emocional, informacional e instrumental (Morelli et al., 2015; Thoits, 2011). O suporte emocional envolve manifestações de cuidado, compromisso e carinho do provedor, bem como preocupação e envolvimento nas angústias e sofrimento do recetor. O suporte informacional, por sua vez, compreende informações recebidas e que sirvam de apoio para a resolução de problemas ou tomada de decisões. O suporte instrumental (SI) consiste em dar apoio comportamental ou material a outra pessoa, referindo-se, portanto, à disponibilização de ajuda em tarefas e cuidados pessoais. Alguns exemplos de SI são ajudas nas tarefas domésticas, ajudas em tarefas complexas que envolvem alto nível de autonomia, providenciar transporte, fazer recados ou compras, entre outras formas de suporte. Brown et al. (2003), num estudo com adultos mais velhos entre os 65 e 96 anos, defendem que principalmente dar SI pode ser um fator protetor para os adultos mais velhos.

1.3. Idade, Género e Suporte Instrumental

Os adultos mais velhos experienciam um declínio no estado de saúde derivado do envelhecimento, isto leva a que o adulto mais velho pela diminuição da autonomia funcional e das suas capacidades careça de SS (Smith et al., 2002). Num estudo com adultos mais velhos portugueses dos 65 aos 79 anos e dos 80 anos ou mais, foram evidentes as diferenças entre dar e receber SI (Feijão, 2008). Os adultos mais velhos de 80 anos ou mais receberam mais SI e deram menos em comparação com os adultos mais velhos dos 65 aos 79 anos. Considerando que a saúde diminuiu à medida que a idade aumenta, então a necessidade de receber suporte e a dificuldade de dar suporte aumenta também com a idade.

O SI que os adultos mais velhos dão e recebem varia de acordo com o género. Smith & Baltes (1998), num estudo com indivíduos alemães entre os 70 e 103 anos, mostraram que os homens relatam dar mais SI, enquanto as mulheres relatam receber mais. Krause & Shaw (2002), defendem que as práticas de socialização têm um impacto enorme no papel do homem e da mulher que, conseqüentemente, se reflete nas relações e trocas sociais. Os homens são ensinados desde novos a direcionarem o seu foco para os objetivos e competição, em contrapartida as mulheres são desde cedo orientadas para a criação de laços emocionais e para o cuidado e atenção das necessidades dos indivíduos pertencentes à sua rede social. Quando envelhecem, as mulheres apresentam melhores competências sociais e maior facilidade em pedir ajuda do que os homens. Percebe-se, desta forma, como estas práticas se refletem na forma como os homens e as mulheres dão e recebem SI.

1.5. Estado Civil e Suporte Instrumental

Brown et al. (2003) revelam que o SS que é dado e recebido entre os casais influencia positivamente o bem-estar dos mesmos. Num estudo com indivíduos de nacionalidade sueca, dinamarquesa, alemã, holandesa, belga, francesa, espanhola, italiana e grega, com idade igual ou superior a 50 anos (Lestari et al., 2020), verificou-se que indivíduos solteiros e divorciados tendem a dar mais SI a amigos, vizinhos ou colegas de trabalho do que indivíduos casados, com parceiros ou viúvos.

Viver sozinho está associado a um menor SS (Chan et al., 2020; Stahl et al., 2016). Num estudo com indivíduos do estado de Massachusetts entre os 70 e os 103 anos (Chan et al., 2020), observou-se que adultos mais velhos que vivem sozinhos recebem menos

SI, como levar ao médico, ajuda em tarefas diárias, do que adultos mais velhos que vivem acompanhados. Além disso, estudos com indivíduos chineses com idade igual ou superior a 60 anos (Chou et al., 2006) revelaram que adultos mais velhos do género feminino que vivem sozinhos recebem menos SI. O isolamento social é algo que deriva do facto de viver sozinho. O estudo de Stahl et al. (2016) com indivíduos de Pittsburgh, do estado da Pensilvânia, com idades entre os 55 e os 98 anos revelou que adultos mais velhos socialmente isolados recebem menos SI que os adultos mais velhos que não estão socialmente isolados. O estudo mostrou, ainda, que os vizinhos podem melhorar e aumentar o SI dos adultos mais velhos que não vivem acompanhados, prestando SI entre si.

Ainda que as mudanças no estado civil ocorram maioritariamente durante a vida jovem ou adulta, também ocorrem mudanças durante a velhice, nomeadamente a perda do cônjuge. Estas mudanças implicam alterações nas redes sociais dos adultos mais velhos, bem como no SS (Lestari et al., 2020).

1.6. Envelhecimento e Afetos

O bem-estar subjetivo (BES) apresenta-se como um dos componentes centrais do processo de envelhecimento saudável (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Enquanto construto de natureza multidimensional, o BES é definido como o campo de estudos que visa perceber as avaliações das pessoas sobre as suas vidas, englobando uma componente cognitiva e afetiva (Diener et al., 2003).

A felicidade é um conceito subjacente ao bem-estar subjetivo e, por isso, importante de referir. Além de essencial a uma vida saudável, é igualmente importante para definir o BES (Diener et al., 2003). Enquanto construto empírico, existe uma vasta multiplicidade de significados levando a que exista uma grande controvérsia em torno do conceito felicidade (Diener et al., 2003; Freire et al., 2013). Ainda assim, é um conceito fundamental quando se trata de bem-estar subjetivo. O estudo de Diener et al. (2003) revela que o pré-socrático Demócrito foi um dos primeiros pensadores sobre a felicidade, defendendo que para os indivíduos a vida era agradável pela forma como estes reagiam aos acontecimentos da vida e não pelo que possuíam.

Surgem, assim, ao abordar este conceito, duas perspetivas distintas da felicidade: a perspetiva hedónica e a perspetiva eudaimónica (Diener et al., 2003; Freire et al., 2013; Ryan & Deci, 2001). Na visão hedónica, Aristotélica, defende-se que o bem-estar consiste

na felicidade subjetiva e nas experiências de prazer *versus* desprazer, na qual a felicidade corresponde à soma dos momentos de prazer que o indivíduo tem ao longo da vida, surgindo associado a ela, o conceito de bem-estar subjetivo. Por sua vez, a perspectiva eudaimônica, defendida por Platão, não considera o prazer essencial para a felicidade do indivíduo, assumindo que a felicidade consiste em possuir os maiores bens disponíveis. Relacionado a esta perspectiva surge o conceito de bem-estar psicológico, entendido como o esforço que os indivíduos fazem para aperfeiçoar e conseguir alcançar a realização do próprio potencial (García, 2015; Keyes & Ryff, 2002).

O bem-estar subjetivo consiste nas avaliações, positivas ou negativas, que as pessoas fazem acerca delas e dos acontecimentos das suas vidas (Diener, 2006; Siqueira & Padovam, 2008). O BES contempla a dimensão cognitiva que se refere à satisfação com a vida, ou seja, diz respeito aos domínios específicos da vida do indivíduo e à satisfação global com a mesma (atual, passada e futura), bem como com a visão que os indivíduos significativos têm da sua vida. Contempla, ainda, a dimensão emocional que compreende os afetos positivos (AP) e os afetos negativos (AN).

O modelo circumplexo do afeto desenvolvido por Russel (1980), propunha que os estados afetivos surgiam de dois sistemas neurofisiológicos independentes, assumindo a bipolaridade dos afetos num modelo composto por estes dois sistemas: a valência (positivo ou negativo) e a ativação (alta ou baixa) (Posner et al., 2005). Desta forma, o modelo circumplexo do afeto explica que qualquer experiência afetiva resultava da combinação linear destes dois sistemas independentes em que, por exemplo, o medo era visto como um estado neurofisiológico consequente de uma valência negativa e de uma ativação elevada. Watson & Tellegen (1985), com base no modelo circumplexo de Russel, desenvolveram um modelo circumplexo no qual o afeto podia ser representado por duas dimensões independentes que representavam sistemas gerais de ativação afetiva: o AP e o AN.

Os AN são considerados uma dimensão geral de angústia subjetiva, que engloba diversos estados de humor aversivos (Watson et al., 1988). Representam respostas negativas como reação aos acontecimentos que o indivíduo experimenta. Níveis elevados de AN incluem raiva, culpa, vergonha, desprezo, medo (Watson et al., 1988). Baixos níveis de AN indicam calma e serenidade. Por sua vez, os AP demonstram o entusiasmo que o indivíduo sente e o quanto este se sente ativo e alerta. Os AP mostram as reações

dos indivíduos aos acontecimentos, revelando ao mesmo que a vida ocorre de maneira desejável (Diener, 2006). Altos níveis de AP refletem estados de energia elevada, concentração total e envolvimento prazeroso, enquanto baixos níveis de AP refletem tristeza e letargia (Watson et al., 1988).

1.7. Idade, Gênero e Afetos

O bem-estar subjetivo tende a diminuir na velhice, uma vez que com o envelhecimento há o aumento da fragilidade física, condições de saúde debilitantes, perdas pessoais e funcionais (Smith, 2001). No estudo de Baltes & Smith (2003) com adultos mais velhos de nacionalidade sueca, dinamarquesa, alemã, holandesa, belga, francesa, espanhola, italiana e grega entre os 70 e os 103 anos, observou-se que os AP diminuem significativamente com o aumento da idade.

O gênero é um dos determinantes do processo de envelhecimento derivado da influência do estatuto social das mulheres e dos homens que afeta o bem-estar e a saúde de ambos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002). É sabido que as crenças culturais sobre as emoções, bem como os diferentes papéis sociais exercem uma grande influência na forma como homens e mulheres sentem e expressam os afetos (Pavot & Diener, 2004; Simon & Nath, 2004). Quatro estudos, um com indivíduos alemães entre os 70 e mais de 100 anos (Isaacowitz & Smith, 2003), outro com indivíduos dos Estados Unidos, Canadá, Japão, China, Índia, Rússia, Alemanha, França e Brasil, com idades entre os 18 e 94 anos (Pavot & Diener, 2004), outro com indivíduos alemães entre os 70 e os 100 anos (Smith, 2001) e outro com indivíduos de nacionalidade sueca entre os 70 e 103 anos (Smith & Baltes, 1998), revelaram que as mulheres têm níveis mais elevados de AN em comparação com os homens.

1.9. Estado Civil e Afetos

Os relacionamentos íntimos são fundamentais ao bem-estar subjetivo dos indivíduos e promovem AP, reduzindo os AN (Grundström et al., 2021; Woyciekoski et al., 2012). Num estudo com indivíduos alemães entre os 70 e os 100 anos (Smith, 2001), observou-se que os indivíduos casados apresentam mais AP em comparação com indivíduos solteiros, viúvos e divorciados (Woyciekoski et al., 2012). Além disso, outro estudo com os indivíduos coreanos com idades compreendidas entre os 60 e os 99 anos (Bae, 2019) revelou que indivíduos casados têm níveis mais elevados de afeto, amor e simpatia do que os indivíduos que não têm parceiro.

Relativamente à coabitação, um estudo com indivíduos chineses com idade igual ou superior a 60 anos (Chou et al., 2006), revelou que viver sozinho pode ser um fator de risco para a depressão em adultos mais velhos e tem um impacto negativo maior nos adultos mais velhos do género feminino, apresentando níveis mais elevados de sintomas depressivos. O estudo de Bae (2019) e de Stahl et al. (2016) mostrou que indivíduos que vivem sozinhos apresentam mais sintomas depressivos do que adultos mais velhos que vivem acompanhados.

Embora o estado civil possa ter impacto nos afetos dos adultos mais velhos, é essencial ter em conta a qualidade do relacionamento, uma vez que esta pode moderar a relação do estado civil e dos afetos (Carr et al., 2014; Grundström et al., 2021). O estudo de Carr et al. (2014) com indivíduos dos Estados Unidos entre os 51 e 94 anos, revelou que quando os indivíduos casados estão felizes com o casamento, há um aumento no bem-estar dos mesmos. Contudo, quando os indivíduos não estão felizes no casamento, o bem-estar reduz.

1.10. Suporte Instrumental e Afetos Positivos e Negativos

O SS que o adulto mais velho dá e recebe, bem como a densidade das relações do mesmo e o grau de interação que mantém com outros indivíduos revelam grande importância na saúde e no bem-estar subjetivo do adulto mais velho (Fernández-Ballesteros, 2002).

É de notar que o SS tem influência no bem-estar dos indivíduos (Nezlek & Allen, 2006). Desta forma, indivíduos que recebem SS reagem de forma menos negativa a acontecimentos negativos, apresentando menos AN quando comparados a indivíduos com menos SS. Com o envelhecimento surge o declínio da saúde, nomeadamente o declínio físico e de capacidades motoras, que muitas vezes levam a que o adulto mais velho dependa ou precise de SI de outros indivíduos (Smith & Baltes, 1998). Acontecimentos negativos, bem como a dificuldade em realizar tarefas por exemplo, levam a que os indivíduos procurem SS como forma de obter garantias de que estão bem ou vão ficar bem e têm com quem contar, gerando um maior alívio e maiores níveis de AP nos indivíduos (Nezlek & Allen, 2006).

Estudos com indivíduos ingleses entre os 18 e os 65 anos (Lu & Argyle, 1992) e com indivíduos australianos entre os 18 e os 86 anos (Strazdins & Broom, 2007) revelaram o impacto positivo de dar e receber SS. Quando falamos de adultos mais

velhos, dar SS é muitas vezes necessário e estudos revelam que é gratificante e gerador de AP para o provedor. Contudo, dar suporte pode ter o efeito contrário tanto no provedor do suporte, como no recetor (Inagaki & Orehek, 2017; Lu & Argyle, 1992; Strazdins & Broom, 2007). Dar SS promove AP e bem-estar subjetivo, contudo depende da forma como é percebida pelo provedor (Inagaki & Orehek, 2017). Quando o indivíduo decide por vontade própria dar SS e percebe esse suporte como eficaz, o SS é entendido pelo provedor como algo benéfico e gerador de AP. Lu & Argyle (1992) afirmaram que indivíduos que escolhem livremente dar SS, experimentam maiores níveis de AP e bem-estar do que os indivíduos que não têm escolha e são obrigados a dar SS. O mesmo acontece quando os indivíduos percebem o suporte que dão como eficaz, revelando um aumento de AP no provedor. Relativamente ao impacto negativo de receber SS, quando este sugere incompetência ou incapacidade, diminuição da autonomia do recetor ou impossibilidade do mesmo em retribuir, receber suporte pode gerar AN.

2. Objetivo

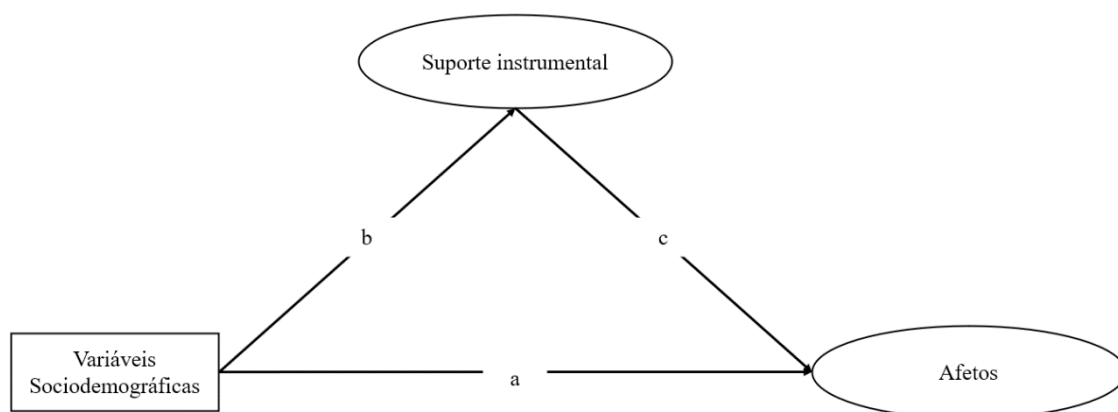
De acordo com a revisão de literatura, é possível afirmar que determinadas variáveis sócio-demográficas podem ser observadas como preditoras dos afetos positivos e negativos: (1) idade (e.g., Baltes & Smith, 2003; Smith, 2001), (2) género (e.g., Smith & Baltes, 1998; Smith, 2001); (3) estado civil (e.g., Bae, 2019; Smith, 2001), do suporte instrumental: (4) idade (e.g., Feijão, 2008; Smith et al., 2002), (5) género (e.g., Smith & Baltes, 1998; Krause & Shaw, 2002); e, (6) estado civil (e.g., Chan et al., 2020; Lestari et al., 2020), e entre o Suporte Instrumental e os Afetos Positivos e Negativos (e.g., Lu & Argyle, 1992; Strazdins & Broom, 2007). Desta forma, com a presente investigação pretende-se analisar de que forma o suporte instrumental medeia o efeito da idade, género e estado civil sobre os afetos em adultos mais velhos.

Conforme citado no enquadramento teórico, são várias as formas de operacionalizar a variável estado civil. Existem autores que optam por operacionalizar a variável através de quatro níveis (casado/junto, solteiro, divorciado/separado, viúvo; Brown et al., 2003; Lestari et al., 2020), e outros que consideram a variável em dois níveis (com parceiro, sem parceiro; Bae, 2020). Há autores que escolhem tratar a variável coabitação, no lugar da variável estado civil, operacionalizada através de dois níveis (sim, não; Chan et al., 2020; Stahl et al., 2016), já outros optam por trabalhar simultaneamente a variável estado civil e coabitação, ou seja, estado civil operacionalizada com dois níveis

e a coabitação (Weyerer et al., 2013). Note-se que são muitos os adultos mais velhos que vivem sozinhos mas são casados/juntos e outros que vivem acompanhados embora não sejam casados/juntos. Isto leva à necessidade de operacionalizar esta variável de uma outra forma, combinando os dois níveis do estado civil (com parceiro, sem parceiro) e da coabitação, resultando numa variável operacionalizada em quatro níveis (sim, não, sem parceiro mas com companhia, com parceiro mas sem companhia).

Figura 1

Modelo de Mediação do Suporte Instrumental no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos mais Velhos: Diagrama Concetual



Nota. Variáveis sociodemográficas = idade, género, estado civil com quatro níveis, estado civil com dois níveis, coabitação, estado civil com dois níveis combinado com a coabitação; a = efeito direto; $b \times c$ = efeito indireto.

Para este efeito, testaram-se no modelo de mediação (Figura 1) as diferentes alternativas de operacionalizar o estado civil e a coabitação, com o objetivo de perceber qual variável funcionava melhor no modelo de mediação: estado civil dicotomizado (com parceiro, sem parceiro); estado civil com quatro níveis (solteiro, viúvo, casado/junto, divorciado/separado); coabitação com dois níveis (sim, não); estado civil dicotomizado combinado com a coabitação (estado civil/coabitação).

Considerando as hipóteses observadas na literatura, espera-se: 1) que os adultos mais velhos com idade igual ou superior a 75 anos recebam mais SI do que dão (Feijão, 2008) e tenham níveis mais baixos de AP do que os adultos mais velhos com idades entre os 65 e os 74 anos (Baltes & Smith, 2003); 2) que as mulheres recebam mais SI (Smith

& Baltes, 1998) e tenham níveis mais elevados de AN (Smith, 2001; Smith & Baltes, 1998); 3) que indivíduos divorciados e solteiros deem mais SI do que indivíduos casados ou viúvos (Lestari et al., 2020) e que indivíduos casados tenham níveis mais elevados de AP do que viúvos, solteiros e divorciados (Smith, 2001; Woyciekoski et al., 2012); e, 4) que os indivíduos que vivem sozinhos recebam menos SI (Chan et al., 2020) e apresentem níveis mais baixos de AP (Bae, 2019; Stahl et al., 2016).

3. Método

3.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 773 adultos mais velhos voluntários, comunitários, católicos, residentes em meio urbano, não-deprimidos (EDG-15; Diniz, 2007a; Encarnação, 2022; Sheikh & Yesavage, 1986) e sem compromisso cognitivo (*MMSE*; Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009).

Na Tabela 1 apresentam-se os resultados que dizem respeito às características dos participantes em estudo.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Género	Feminino	475	61.4
	Masculino	298	38.6
Idade	65-74 anos	430	55.6
	75 anos ou mais	343	44.4
Estado civil	Solteiro	36	4.7
	Viúvo	258	33.4
	Casado/Junto	427	55.2
	Divorciado/Separado	52	6.7
Estado civil	Com parceiro	427	55.2
	Sem parceiro	346	44.8
Coabitação	Sim	521	67.4
	Não	252	32.6
Estado civil/Coabitação	Não	248	32.1
	Sim	423	54.7

Variáveis sociodemográficas	<i>n</i>	%
Sem parceiro mas com companhia	98	12.7
Com parceiro mas sem companhia	4	.5

Como pode ser observado na tabela, a amostra compreendia adultos mais velhos com idades entre os 65 e os 97 anos (*Mdn* = 74). A maioria dos participantes tinha idades entre os 65 e os 74 anos e eram do género feminino. A amostra compreendia maioritariamente dos adultos mais velhos que se encontravam casados/juntos. Relativamente à variável estado civil/coabitação, foram poucos os participantes que se identificaram como tendo parceiro mas a viver sozinho. Após ser realizado o cálculo do tamanho da amostra, verificou-se que com o ponto de corte 75 anos a percentagem de adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos e com idade igual ou superior a 75 anos era mais paritária, do que com o ponto de corte 80 anos. Além disto, existem autores que também optam pelo ponto de corte 75 anos (Baltes & Smith, 2003; Neugarten, 1974).

3.2. Materiais

3.2.1. *Questionário de Caracterização Sociodemográfica*

O questionário sociodemográfico foi constituído por um conjunto de questões sociodemográficas e foi desenvolvido com o propósito de descrever as características da amostra em estudo e operacionalizar as variáveis predictoras do modelo. Quanto ao predictor idade, foi utilizada a notação 1 para 65-74 anos e 2 para 75 ou mais anos. Em relação ao género, foi utilizada a notação 1 para o feminino e a notação 2 para o masculino. No que concerne ao estado civil, foi atribuída a notação 1 para solteiro, 2 para viúvo, 3 para casado/junto e 4 para divorciado/separado. Relativamente à coabitação, utilizou-se a notação 1 para não e 2 para sim. No caso da religião, foi designada a notação 1 para ateu ou agnóstico, 2 para católico não praticante e 3 para católico praticante.

3.2.2. *Mini Mental State Examination*

O o *Minimental State Examination* (*MMSE*) é utilizado como instrumento no rastreio de compromisso cognitivo e na avaliação global das funções cognitivas. O *MMSE* foi desenvolvido por Folstein et al. (1975), adaptado e aferido para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994) e, mais recentemente, por Morgado et al. (2009). Esta prova de rápida aplicação (5-10 minutos) destina-se, essencialmente, a adultos mais velhos e é constituída por 30 questões dicotómicas (certo/errado) divididas em seis áreas

de avaliação específica: orientação (10 questões), retenção (3 questões), atenção e cálculo (5 questões), evocação (3 questões), linguagem (8 questões) e, por fim, habilidade construtiva (1 questão) (Guerreiro et al., 1994). A pontuação total do *MMSE* varia entre 0 e 30 pontos, sendo os pontos de corte em função do nível de literacia do indivíduo os seguintes: 27 pontos para indivíduos com literacia superior a 11 anos; 22 pontos para 1 a 11 anos de literacia; 15 pontos para indivíduos analfabetos (Morgado et al., 2009).

3.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida

A *EDG-15* (Diniz, 2007a) é uma versão portuguesa da *Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15)*; Sheikh & Yesavage, 1986), sendo esta última construída a partir da *Geriatric Depression Scale (GDS-30)*; Yesavage et al., 1983). Foi elaborada com o intuito de ser menos exaustiva, servindo para o rastreio de depressão, considerando as características da população de adultos mais velhos. A *GDS-15* é constituída pelos 15 itens que apresentavam maior correlação com sintomas depressivos, tendo em consideração os estudos de validação. Destes 15 itens com uma escala de resposta dicotómica (sim/não), 10 são indicadores de depressão quando respondidos de forma positiva e 5 (1, 5, 7, 11, 13) indicadores de depressão quando respondidos de forma negativa (Sheikh & Yesavage, 1986). Brown et al. (2007) encontraram, através da análise fatorial confirmatória (AFC), uma estrutura bidimensional oblíqua para a prova, integrando os fatores Satisfação com a Vida (SV; itens positivos) e Afeto Depressivo Geral (ADG; itens negativos). Assim como na *GDS-30*, a *GDS-15* também não contempla itens somáticos.

Encarnação (2022), num estudo com adultos mais velhos entre os 65 e os 98 anos, comunitário, sem compromisso cognitivo e sem diagnóstico de depressão, examinou a validade estrutural da escala (Brown et al., 2007) através da AFC, do exame da validade convergente (VC), da validade discriminante (VD) e da fiabilidade compósita (FC) dos fatores (Fornell & Larcker, 1981). O modelo revelou uma VC inaceitável no afeto depressivo geral devido aos itens 2, 6, 9, 10, 15 que apresentavam problemas para representar bem o fator. Após a exclusão destes cinco itens, o modelo bifatorial oblíquo com 10 itens, apresentou boa validade estrutural. No mesmo estudo, testou-se um outro modelo, hierárquico, ao qual foi acrescentado o fator de segunda ordem, Depressão, que subsumiu o ADG e o SV. O modelo permitiu a discriminação entre grupos, apresentando dados normativos com o somatório dos 10 itens, especificamente pontos de corte

referidos ao percentil 95 para indicação de eventual depressão: cinco pontos para idosos entre 65-79 anos que possuem parceiro(a); sete pontos para idosos com 80 ou mais anos que possuem parceiro(a) e oito pontos para idosos com 65 ou mais anos que não possuem parceiro(a).

3.2.4. Escala de Afetos Positivos e Negativos

A Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN; Diniz & Amado, 2005) é uma versão derivada da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*; Watson et al., 1988). A EAPN, administrada junto de adultos mais velhos, possui uma estrutura de dois fatores, Afetos Positivos e Afetos Negativos constituídos por 10 itens (adjetivos), respondidos de acordo com uma escala de frequência que varia entre 1 (muito pouco ou nada) e 5 (muitíssimo). O estudo piloto da EAPN permitiu observar que a conotação do adjetivo “orgulhoso” estava invertida, sendo percebido pelos idosos como um adjetivo negativo em vez de positivo, desenvolvendo-se assim o conteúdo complementar “no sentido de brioso e não de arrogante” a ser referido no momento da aplicação (Diniz & Amado, 2014).

Através da AFC, observou-se no estudo realizado por Diniz (2022) com 327 adultos mais velhos com idades entre os 65 e os 97 anos, comunitários, sem compromisso cognitivo, sem depressão e com a instrução “como se sente normalmente”, que o AP assim como o AN, apresentaram uma VC aceitável (42 para o AP e .46 para o AN), uma boa VD ($\varphi = -.34$) e uma FC adequada para comparação entre grupos (.88 para o AP e .89 para o AN).

Esta escala pode ser respondida tendo em conta como o indivíduo se sente atualmente (humor) ou normalmente (afeto) (Watson et al., 1988). Neste caso foi utilizada a instrução “como se sente normalmente”.

3.2.5. Questionário de Suporte Instrumental e Emocional

O Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE; Diniz, 2007b), construído com base na proposta de Brown et al. (2003), é composto por quatro fatores que operacionalizam o suporte em instrumental e emocional, subdivididos em dar e receber. O QSIE é, então, constituído por 24 itens respondidos de acordo com os últimos seis meses e seguindo uma escala de Likert: Suporte Emocional Dar (SEdar; itens 2, 6, 16, 18, 19, 20, 21); Suporte Emocional Receber (SErec; 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15 e 24);

Suporte Instrumental Dar (SIDar; itens 1, 7, 14 e 22); e, Suporte Instrumental Receber (SIrec; itens 4, 9, 12 e 17).

Nos estudos de validação do QSIE com adultos mais velhos entre os 65 e 97 anos, Feijão (2008) constatou que o modelo tetrafatorial oblíquo não era inaceitável quando estavam incluídos os 24 itens que compunham inicialmente a prova. Deste modo, excluíram-se nove itens que eram pouco precisos para representar os fatores (itens 2, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14 e 15), resultando num modelo tetrafatorial oblíquo de 15 itens com uma boa fiabilidade (.81 para o SIDar; .82 para o SIrec; .79 para o SEDar e SErec), uma boa VC (.52 para o SIDar; .53 para o SIrec; .49 para o SEDar; .56 para o SErec) e uma boa VD exceto entre o SErec e o SEDar ($\phi^2 = .59$).

À semelhança de Feijão (2008), Silva (2009) no seu estudo com adultos mais velhos com idades entre os 65 e 90 anos, observou que o modelo tetrafatorial oblíquo de 24 itens era admissível, mas não era aceitável. Assim sendo, a autora optou por colapsar os dois fatores SEDar e SErec num único fator, excluindo todos os itens com carga fatorial inferior a .50 e cujo conteúdo semântico-lexical fosse redundante (itens 2, 3, 5, 6, 8, 13, 14, 16, 19, 20, 21 e 24), resultando num modelo tridimensional hierárquico de 12 itens bem ajustado (VC = .54 para o SE; VC = .52 para os SIrec e SIDar; FC = .85 para o SE; FC = .80 para o SIrec; FC = .76 para o SIDar; $\phi^2 = .44$ entre o par SIrec-SIDar; $\phi^2 = .13$ entre o par SIDar-SE; $\phi^2 = .22$ entre o par SIrec-SE).

Tavares (2013) ao estudar a validade estrutural do fator SI do QSIE com adultos mais velhos entre os 65 e 97 anos, observou que o modelo QSIE de oito itens (1, 7, 14, 22, 4, 9, 12, 17) não apresentou um bom ajustamento. Posto isto, testou-se um novo modelo eliminando o item 14 por ser o que mais fazia baixar o qui-quadrado e o 4 por ser o item com o peso fatorial mais baixo e com conteúdo semântico-lexical similar ao item 14, apresentando um bom ajustamento e valores desejáveis da FC (.76 para SIDar; .82 para SIrec).

Nesta investigação, o QSIE foi administrado na íntegra, contudo os dados que foram posteriormente trabalhados reportam-se apenas ao SI.

3.3. Procedimento de Recolha de Dados

A investigação conta com uma amostra que tem como base um ficheiro previamente construído no âmbito da investigação “Transições na Vida Adulta: Dinâmicas Adaptativas do Adulto Idoso”, nos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009, do

Instituto Superior de Psicologia Aplicada, contemplando dados de 841 adultos mais velhos voluntários, comunitários, residentes em meio urbano, não-deprimidos e sem compromisso cognitivo. Ao ficheiro construído na unidade curricular Seminário de Dissertação de Mestrado das Áreas de Psicologia da Educação e de Psicologia Clínica da Universidade de Évora, acoplou-se dados de 38 participantes recolhidos pela autora do presente estudo e 36 recolhidos pela colega Mariana Caldas (Caldas, 2023) com características equivalentes aos que já existiam no ficheiro. Destes participantes recolhidos pela autora excluíram-se sete por depressão e um por défice cognitivo e dos participantes recolhidos pela colega excluíram-se quatro por depressão e um por depressão e défice cognitivo.

Em seguida excluíram-se 63 participantes por não se encontrarem de acordo com os pontos de corte desta mesma prova, perfazendo um total de 839 adultos mais velhos. No rastreio realizado a partir da EDG-10, o ponto de corte utilizado para a idade foi o de 80 anos, sendo considerado o ponto de corte de cinco pontos para os participantes com idades entre os 65 e os 79 anos e com parceiro (Encarnação, 2022). Desta forma, foram excluídos quatro participantes casados com idade compreendidas entre os 75 e os 79 anos, que seguindo o ponto de corte 80 apresentavam depressão e justificava-se a sua exclusão, mas seguindo o ponto de corte 75 não deveriam ser excluídos. Ainda assim, foram excluídos apenas quatro participantes do número total de participantes que compreendem esta categoria ($n = 92$), sendo por isso, um número residual. Procedeu-se, de seguida, à exclusão de todos os participantes ateus/agnósticos ($n = 66$), tendo em consideração que queríamos trabalhar com uma amostra religiosa (praticante/não praticante).

A amostra compreendia quatro participantes com parceiro mas que viviam sozinhos, por ser um número tão reduzido de participantes estes quatro foram incluídos ao grupo dos participantes que vivem sozinhos.

Os participantes da investigação foram seleccionados seguindo um processo de amostragem não-probabilística, nomeadamente de tipo bola de neve e por via de informadores privilegiados. Ocorreu através do contacto estabelecido com informadores privilegiados que fizeram uma seleção prévia dos participantes que preenchiam os critérios de inclusão. Posteriormente foi acordado com os participantes como seria realizada a recolha de dados, ocorrendo na casa dos próprios e no jardim público.

Os objetivos da investigação foram explicados a cada participante, garantindo a sua confidencialidade por meio de um consentimento informado. Todos os materiais foram heteroadministrados (Questionário Sociodemográfico *MMSE*, EDG-15, QSIE, EAPN), com vista à minimização de problemas instrumentais e ao controlo de questões ético-deontológicas (Diniz & Amado, 2014).

Após completar, inicialmente, o questionário sociodemográfico com os dados do participante, procedeu-se à aplicação das provas de rastreio (*MMSE* e EDG-15). No momento da administração da EDG-15 utilizou-se a versão de 15 itens, contudo, posteriormente para análise, selecionaram-se apenas os 10 itens. Em seguida aplicaram-se as provas QSIE e EAPN, aleatoriamente participante-a-participante, para minimizar problemas de validade interna da investigação (arrastamento das respostas) e manter o registo das investigações anteriores (Alferes, 1997).

3.4. Análise de Dados

Num primeiro momento, recorreu-se ao programa *IBM SPSS Statistics for Windows*, para efetuar a descrição das características da amostra.

Em seguida, utilizando o *PRELIS* (versão 2.80) (Jöreskog & Sörbom, 1996) calcularam-se a matriz de covariâncias policóricas e a correspondente matriz de covariância assintótica (Jöreskog, 2005). Uma vez calculadas as matrizes, recorreu-se ao *LISREL* (versão 8.80) (Jöreskog & Sörbom, 2006) para análise das mesmas, com uso da linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993). O teste foi realizado com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994).

Para testar a validade estrutural dos modelos do QSIE e da EAPN realizou-se a AFC (Anderson & Gerbing, 1988). Na análise consideraram-se os pesos fatoriais estandardizados com valores desejáveis acima de .50 e os respetivos coeficientes de determinação com valores próximos ou acima de .26 (Cohen, 1988). Relativamente às correlações entre os fatores, foram considerados os seguintes valores de referência (Cohen, 1998; .10 = fraca, .30 = moderada, .50 = elevada). Foi também analisada a VC, calculando-se a variância média extraída (VME) dos itens (valor desejável \geq .50) (Fornell & Lacker, 1981) e a FC dos fatores (valor desejável \geq .80 para comparação entre grupos) (Nunnally & Bernstein, 1994). No que respeita à VD, foi avaliada considerando a variância partilhada entre fatores, em que o valor deve ser menor do que a VME de cada um destes (Fornell & Lacker, 1981).

Considerando os valores que de referência de um bom ajustamento, analisou-se o ajustamento dos modelos testados para a precisão preditiva interpolativa (PPI; Forster, 2002), sendo considerados o *Comparative Fit Index (CFI)*; Hu & Bentler, 1998) com um valor próximo ou superior a .95), o *Root Mean Squares Error of Approximation (RMSEA)*; Hu & Bentler, 1998) com um valor próximo ou inferior a .06 e o *Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)*; Hu & Bentler, 1998) com um valor próximo ou inferior a .08). Apresentam-se, ainda, os valores relativos ao $S-B\chi^2$ e os seus graus de liberdade.

No que concerne aos modelos de mediação, testaram-se quatro modelos. Um modelo com a coabitação dicotomizada (sim ou não), outro modelo com a combinação do estado civil com a coabitação (sim, não, sem parceiro mas com companhia), outro com o estado civil dicotomizado (com parceiro ou sem parceiro) e outro modelo com o estado civil de quatro níveis (solteiro, viúvo, casado/junto, divorciado/separado). Para analisar a precisão preditiva extrapolativa dos modelos de mediação (PPE; Forster, 2002), foi considerado o *Expected Cross-Validation Index (ECVI)*; Browne & Cudeck, 1993) preferindo o modelo cujo valor do *ECVI* é menor (Diniz, 2022).

Para que exista mediação é preciso que o efeito indireto e os efeitos diretos do modelo de mediação sejam estatisticamente significativos (Iacobucci et al., 2007). São dois os tipos de mediação: a mediação completa e a mediação parcial. A mediação completa ocorre quando existe efeito direto mas apenas o efeito indireto (juntamente com os diretos que o compõem) é estatisticamente significativo. Já a mediação parcial ocorre quando tanto o efeito direto como o indireto são estatisticamente significativos. Aquando da análise do modelo de mediação, foi utilizado o nível de significância das suas trajetórias tendo em conta os valores de probabilidade de erro de Tipo I e as suas magnitudes de efeito (d_s de Cohen, 1988): .20 = fraca; .50 = moderada; .80 = elevada. Os valores d e p de Cohen foram calculados através da folha de cálculo de Lakens (<https://osf.io/vbdah>): para o total da amostra, $d_s \approx 2 \times t / \sqrt{N}$ (Lakens, 2013).

4. Resultados

Inicialmente, testou-se o modelo tetrafatorial oblíquo (Tabela 2; M1) com quatro itens do SIDar, quatro itens do SIrec, oito itens do SEDar e oito itens do SErec, no qual os índices de ajustamento mostravam que o modelo não era aceitável. No M1 observámos que as correlações entre os fatores SI e SE eram fracas para o SIDar e SErec ($\varphi = .24$) e para o SIrec e SEDar ($\varphi = .19$), e moderadas para o SIDar e SEDar ($\varphi = .39$) e para o SIrec

e S_{Erec} ($\varphi = .41$), sendo possível separá-los. Desta forma, foi testado o modelo bifatorial oblíquo (Tabela 2; M2) com quatro itens do S_{Idar} e quatro itens do S_{Irec}, resultando num modelo com um bom ajustamento.

Tabela 2

Índices de Ajustamento do Questionário de Suporte Instrumental e Emocional

(N = 773)	S-B χ^2 (gl)	CFI	RMSEA [IC 90%]	SRMR
M1	2037.76(246)	.902	.097[.093; .101]	.103
M2	78.26(19)	.982	.064[.049; .079]	.068

Nota. M1 = modelo tetrafatorial oblíquo; M2 = modelo bifatorial oblíquo; S-B = Satorra-Bentler; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Of Approximation; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Pode observar-se na Tabela 3 que os fatores S_{Idar} e S_{Irec} no M2 apresentaram uma VME desejável e uma boa FC para a comparação entre grupos.

Tabela 3

Estrutura Fatorial do Suporte Instrumental Dar e Receber (N = 773)

Indicador	β	R ²
1. (S _{Idar}) Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em compras (mercearia, aviar receitas médicas).	.75	.56
7. Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em trabalho doméstico (tratar da roupa, limpar casa, fazer comida)	.63	.40
14. Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em transportes (levar ao médico, levar às compras).	.66	.44
22. Ajudei amigos, vizinhos ou familiares em recados (por cartas no correio, marcar consultas, pagar contas da água, luz, etc.).	.9	.81
VME/FC	.55/.83	
4. (S _{Irec}) Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em transportes (levar ao médico, levar às compras).	.77	.59

Indicador	β	R^2
9. Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em compras (mercearia, aviar receitas médicas).	.87	.76
12. Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em recados (pôr cartas no correio, marcar consultas, pagar contas da água, luz, etc.).	.86	.74
17. Recebi ajuda de amigos, vizinhos ou familiares em trabalho doméstico (tratar da roupa, limpar casa, fazer comida).	.66	.44
VME/FC	.63/.87	

Nota. SIDar = suporte instrumental dar; SIrec = suporte instrumental receber; VME = variância média extraída; FC = fiabilidade compósita; β = peso fatorial estandardizado; R^2 (comunalidade) = $1 - \varepsilon$ (variância do resíduo estandardizado).

Relativamente à EAPN, o teste do modelo bifatorial oblíquo (AP e AN) com 20 itens revelou bons índices de ajustamento (Tabela 4; M1). Contudo, embora a FC dos fatores AP e AN fosse adequada, a VME do fator AN não era aceitável (Tabela 5; M1). Desta forma, procedeu-se à eliminação do item 13 “Envegonhado(a)”, uma vez que era o item que apresentava a comunalidade mais baixa. Testou-se o modelo bifatorial oblíquo com 19 itens (Tabela 4; M2), revelando um bom ajustamento e uma melhoria das propriedades psicométricas (Tabela 5; M2).

Tabela 4

Índices de Ajustamento da Escala de Afetos Positivos e Negativos

($N = 773$)	S-B χ^2 (gl)	CFI	RMSEA [IC 90%]	SRMR
M1	635.80(169)	.957	.059[.054; .064]	.069
M2	582.98(151)	.959	.061[.055; .066]	.071

Nota. M1 = modelo bifatorial oblíquo com 20 itens; M2 = modelo bifatorial oblíquo sem o item 13.

Por fim, foi testado o modelo tetrafatorial oblíquo com os fatores SIDar, SIrec, AP e AN, apresentando bons índices de ajustamento (S-B $\chi^2 = 926.41$; $gl = 318$; $CFI = .96$; $RMSEA = .05$; $SRMR = .06$) e correlações fracas para o SIDar e AP ($\varphi = .24$), SIDar e AN

($\varphi = -.01$), SIrec e AP ($\varphi = -.14$), SIrec e AN ($\varphi = .12$), SI dar e SIrec ($\varphi = .12$) e AP e AN ($\varphi = -.15$).

Tabela 5

Estrutura Fatorial da Escala de Afetos Positivos e Negativos (N = 773)

Indicador	M1		M2	
	β	R^2	β	R^2
1. (AP) Interessado(a)	.61	.37	.61	.37
3. Animado(a)	.66	.44	.66	.44
5. Forte	.62	.38	.62	.38
9. Entusiasmado(a)	.75	.56	.75	.56
10. Orgulhoso(a)	.57	.32	.57	.32
12. Atento(a)	.54	.29	.54	.29
14. Inspirado(a)	.59	.35	.59	.35
16. Decidido(a)	.64	.41	.64	.41
17. Atencioso(a)	.58	.34	.58	.34
19. Ativo(a)	.71	.50	.71	.50
VME/FC	.40/.87		.40/.87	
2. (AN) Angustiado(a) (aflito)	.66	.44	.66	.44
4. Chateado(a)	.67	.45	.68	.46
6. Culpado(a)	.51	.26	.51	.26
7. Amedrontado(a) (assustado)	.62	.38	.61	.37
8. Hostil (agressivo, desagradável)	.42	.18	.43	.18
11. Irritável (irritadiço)	.7	.49	.71	.50
13. Envergonhado(a)	.4	.16		
15. Nervoso(a)	.76	.58	.76	.58
18. Agitado(a)	.62	.38	.63	.40
20. Receoso(a) (medroso)	.64	.41	.63	.40
VME/FC	.37/.85		.40/.85	

Nota. M1 = modelo bifatorial com 20 itens; M2 = modelo bifatorial sem o item 13; VME = variância média extraída; FC = fiabilidade compósita; β = peso fatorial estandardizado; R^2 (comunalidade) = $1 - \varepsilon$ (variância do resíduo estandardizada).

Após estarem garantidos os ajustamentos e as propriedades psicométricas dos modelos QSIE e EAPN, testaram-se quatro modelos de mediação, observados na Tabela 6, sendo o modelo M4 o que apresenta o melhor ajustamento (ECVI).

Tabela 6

Índices de Ajustamento dos Modelos de Mediação Testados

(N = 773)	S-B χ^2 (gl)	CFI	RMSEA[IC 90%]	SRMR	ECVI [IC 90%]
M1	1159.87(389)	.950	.050[.047; .054]	.073	1.69[1.57; 1.83]
M2	1171.66(389)	.949	.051[.047; .054]	.072	1.71[1.58; 1.85]
M3	1166.71(389)	.951	.050[.047; .054]	.074	1.70[1.58; 1.84]
M4	1165.95(389)	.950	.050[.047; .054]	.073	1.70[1.57; 1.84]

Nota. M1 = modelo de mediação com a variável coabitação dicotomizada; M2 = modelo de mediação com a combinação entre a variável estado civil e coabitação (3 níveis); M3 = modelo de mediação com a variável estado civil dicotomizada; M4 = modelo de mediação com a variável estado civil com quatro níveis.

Na Tabela 7, observamos as relações significativas diretas e indiretas do M4, modelo de mediação selecionado por apresentar o melhor ajustamento de entre os modelos alternativos testados e, conseqüentemente, também um maior número de relações estatisticamente significativas, portanto com um maior valor interpretativo (heurístico). Os resultados do modelo de mediação são observados na Figura 2. Note-se que quanto aos preditores, a relação idade-gênero e gênero-estado civil foi quase-moderada, e idade-estado-civil moderada. Estas relações indicam que as variáveis são independentes, ou quase-independentes, conforme o desejável para o teste do modelo de mediação e, quanto ao seu sentido, ocorreram conforme o expectável.

Tabela 7

Resultado das Relações Significativas Diretas e Indiretas do Modelo com a Variável Estado Civil com Quatro Níveis

Predição	b	EP	t-Student	p	d _s
Estado civil → AP	0.19	0.08	2.46	.014	≈ - 0.18

Predição	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i> -Student	<i>p</i>	<i>d_s</i>
Idade → SI _{dar}	- 0.50	0.01	- 5.02	< .001	≈ -0.36
Idade → SI _{rec}	0.40	0.09	4.54	< .001	≈ -0.33
Género → SI _{dar}	0.19	0.09	2.02	.043	≈ 0,15
Género → SI _{rec}	- 0.24	0.08	- 2.79	.005	≈ - 0.20
Idade → SI _{dar} e SI _{rec} → AP	- 0.13	0.03	- 4.73	< .001	≈ -0.34
Idade → SI _{rec} → AN	0.04	0.02	2.47	.014	≈ 0.18
Género → SI _{dar} e SI _{rec} → AP	0.06	0.02	2.94	.003	≈ 0.21
Género → SI _{rec} → AN	- 0.02	0.01	- 2.27	.023	≈ - 0.16

Nota. Ver abreviaturas nas Tabelas 3 e 4.

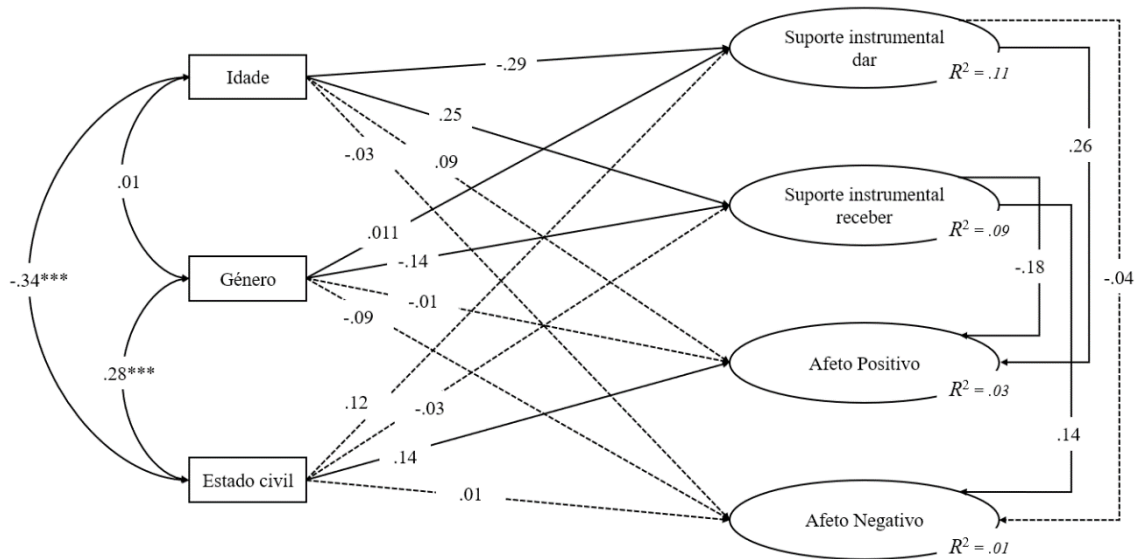
Na Figura 2 pode observar-se, no que respeita à substância dos efeitos diretos compreendidos no modelo de mediação, que a idade apresentou uma relação negativa com o SI_{dar}, o que indica que quem tem 75 anos ou mais dá menos SI; e uma relação positiva com o SI_{rec}, indicando que quem tem 75 anos ou mais recebe mais SI.

Relativamente ao género, este apresenta uma relação positiva com o SI_{dar}, indicando que os homens dão mais SI que as mulheres; e uma relação negativa do género sobre o SI_{rec}, o que indica que os homens recebem menos SI que as mulheres.

Tendo em consideração que a variável estado civil era composta por quatro níveis, realizou-se uma ANOVA *one-way* para que fosse possível observar a relação entre os níveis do estado civil com os AP. Os resultados indicam que o grupo casado/junto suscita níveis mais elevados de AP do que os outros níveis, mostrando-se estatisticamente diferente na relação com alguns deles. Observou-se, ainda, que existem diferenças significativas entre os níveis do estado civil. A maior diferença reside na relação entre solteiro com o casado/junto, em seguida na relação entre viúvo com casado/junto e, por fim, na relação entre divorciado/separado com solteiro (Tabela 8). A relação entre o solteiro e o casado/junto indica que o casado/junto tem mais AP que o solteiro. Na relação entre viúvo e casado/junto observamos que o casado/junto também tem mais AP que o viúvo. Por sua vez, a relação entre divorciado/separado e solteiro mostra que o divorciado/separado tem mais AP que o solteiro.

Figura 2

Teste do Modelo de Mediação do Suporte Instrumental no Efeito de Variáveis Sociodemográficas sobre os Afetos em Adultos mais Velhos (N = 773)



Nota. Resultados da solução completamente estandardizada. Idade (1 = 65-74 anos; 2 = 75 ou mais anos); Gênero (1 = feminino; 2 = masculino); Estado Civil (1 = solteiro; 2 = viúvo; 3 = casado/junto; 4 = divorciado/separado); R^2 = coeficiente de determinação; Linha a tracejado = relação não estatisticamente significativa.

*** $p < .001$. Valor de p calculado através de <https://www.psychometrica.de/correlation.html>

No que diz respeito à substância dos efeitos indiretos, conforme pode ser observado na Figura 2, a idade apresenta uma relação significativa com os AP e AN o que indicam que os adultos mais velhos com idade igual ou superior a 75 anos têm níveis mais baixos de AP e níveis mais altos de AN do que os adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos. Os efeitos indiretos do gênero sobre os AP e os AN mostram que os homens têm maiores níveis de AP e menores níveis de AN do que as mulheres. Note-se, os efeitos indiretos sobre os critérios resultam da conjugação dos efeitos dos dois mediadores SIDar e SIrec.

Tabela 8

Estimativa das Médias e Múltiplas Comparações entre os Níveis do Estado Civil em Função do Critério AP com a Correção de Bonferroni

Estado Civil	ΔM	EP	p^a
Viúvo ($M = 35.74$) – Divorciado/Separado ($M = 36.48$)	- 0.74	0.94	1.000
Casado/Junto ($M = 37.40$) – Divorciado/Separado ($M = 36.48$)	0.92	0.90	1.000
Solteiro ($M = 32.86$) – Viúvo ($M = 35.74$)	- 2.88	1.10	.053
Solteiro ($M = 32.86$) – Divorciado/Separado ($M = 36.48$)	- 3.62	1.33	.041
Casado/Junto ($M = 37.40$) – Viúvo ($M = 35.74$)	1.67	0.49	.004
Solteiro ($M = 32.86$) – Casado/Junto ($M = 37.40$)	- 4.54	1.07	<. 001

Nota. ΔM = Diferença das médias; M = médias dos níveis; p = nível de significância.

^aCorreção de Bonferroni.

No que concerne aos fatores SIdar, SIrec, AP e AN, o SIrec apresenta uma relação significativa com os AN ($b = 0.08$; erro-padrão = 0.03; t -Student = 3.01; $p = .003$; $\beta = .14$; $d_s \approx 0,22$): quanto maior for o SI recebido, maior são os AN. O SIrec apresenta uma relação significativa com os AP ($b = 0.12$; erro-padrão = 0.03; t -Student = - 3.76; $p < .001$; $\beta = -.18$; $d_s \approx -0,27$): quanto mais SI se recebe, menor são os AP. O SIdar apresenta uma relação significativa com os AP ($b = 0.17$; erro-padrão = 0.03; t -Student = 5.36; $p < .001$; $\beta = .26$; $d_s \approx 0,39$): à medida que o SIdar aumenta, aumentam também os AP.

Relativamente à variância do SIdar, SIrec, AP e AN capturada pelos preditores (R^2 ; Cohen, 1988), observamos que esta foi fraca para todos os fatores, exceto para o fator SIdar que foi moderada. No que concerne às magnitudes de efeito, foi fraca apenas na relação do fator SIdar para o fator AN.

5. Discussão

Através do modelo de mediação do SI no efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos observado na Figura 2, conseguiu dar-se resposta ao título da presente dissertação “O suporte instrumental percebido medeia o efeito de variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar em adultos mais velhos?”.

No momento da recolha de dados, aplicaram-se inicialmente as provas de rastreio EDG-15 (Diniz, 2007a; Encarnação, 2022; Sheikh & Yesavage, 1986) e *MMSE* (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009) de modo a garantir que os participantes da investigação não tinham depressão, nem compromisso cognitivo. Posteriormente, administraram-se o QSIE (Diniz, 2007b) e a EAPN (Diniz & Amado, 2005) para que fosse possível operacionalizar os fatores SI, AP e AN.

Num primeiro momento do tratamento dos dados, procedeu-se ao teste dos modelos fatoriais, através da AFC, onde se avaliou a validade estrutural dos construtos que compõem o modelo de mediação. Foram testados dois modelos do QSIE, um modelo tetrafatorial oblíquo no qual o SI se encontrava dividido em SIDar e SIrec, cada um com quatro itens e, o suporte emocional dividido em SEDar e SErec, cada um com oito itens. Os índices de ajustamento deste modelo tetrafatorial oblíquo não eram aceitáveis, o que indicava que o modelo não era admissível. Foi possível observar que, neste modelo, as correlações existentes entre os fatores SI e SE eram fracas e moderadas, o que nos indicava que estes podiam ser testados de forma separada. Deste modo, foi testado o modelo bifatorial oblíquo composto por quatro itens do SIDar e quatro itens do SIrec. Este modelo mostrou-se bem ajustado (Hu & Bentler, 1998) e com boa validade estrutural (Fornell & Lacker, 1981; Nunnally & Bernstein, 1994).

No que diz respeito à estrutura fatorial da EAPN, observámos que o modelo que se ajustou melhor foi o modelo bifatorial oblíquo de 19 itens, sem o item 13: “Envergonhado (a)”. Este item apresentava uma comunalidade baixa e, por isso, era o que representava pior o fator. Uma possível justificação para esta baixa comunalidade observada pode ser pelo facto de esta ser uma faixa etária em que a vergonha não é tão significativa. Sabemos que quanto mais aumenta a idade, menor são as experiências negativas e maior é a autorregulação emocional (Carstensen, 1995; Löckenhoff & Carstensen, 2004). Isto faz com que os adultos mais velhos, através deste desenvolvimento e maturidade emocional consigam gerir acontecimentos que possam gerar mais vergonha, mantendo uma visão mais positiva de si e da vida e, conseqüentemente, ter menos vergonha. Outro aspeto pode prender-se com a perceção do tempo como limitado, ou seja, quando os adultos mais velhos percebem o tempo como “fechado” tendem a dar prioridade a aspetos que não dariam se encarassem o tempo de outra forma. Assim, ao focarem-se no presente e ao priorizarem a manutenção de relações

íntimas satisfatórias, mantendo uma rede social restrita e próxima, os adultos mais velhos podem não sentir tanta pressão social relativa aos seus comportamentos, sentindo-se menos envergonhados.

Posteriormente testou-se o modelo de mediação do suporte instrumental no efeito de variáveis sociodemográficas sobre os afetos em adultos mais velhos. Como supramencionado, testaram-se os quatro modelos com versões alternativas da variável estado civil e coabitação, observando-se que o modelo de mediação com a variável estado civil com quatro níveis era o mais bem ajustado aos dados empíricos e o que apresentava mais relações estatisticamente significativas. Como a variável estado civil estava operacionalizada com quatro níveis, através da ANOVA observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estado civil, nomeadamente entre solteiro e casado/junto, entre viúvo e casado/junto e entre divorciado/separado e solteiro. Note-se que o nível que apresentou maiores níveis de AP foi o casado/junto.

Esperava-se que indivíduos casados tivessem níveis mais elevados de AP do que indivíduos viúvos e divorciados. Este resultado foi, em parte, ao encontro da revisão de literatura (Woyciekoski et al., 2012), pois observou-se que os indivíduos casados têm maiores níveis de AP em relação aos indivíduos viúvos, contudo não se observou diferença a nível de AP entre os casados e os divorciados. Brown et al. (2003) demonstraram que mulheres viúvas provedoras de SI apresentam menos probabilidade de desenvolver sintomas depressivos um ano depois, em comparação com viúvas que não dão SI. O estudo demonstrou, ainda, que mulheres viúvas que aumentaram a quantidade de SI dado apresentavam níveis mais baixos de sintomas depressivos.

No que respeita à diferença entre divorciado/separado e solteiro, é interessante pensar no porquê do grupo divorciado/separado ter maiores níveis de AP do que o grupo solteiro. Existem várias explicações possíveis. Uma explicação pode relacionar-se com o facto de o indivíduo experienciar e vivenciar as dificuldades emocionais do divórcio, uma vez que este é encarado como uma crise e um momento gerador de AN, e com o tempo conseguir gerir e adaptar-se à nova realidade e vida. Esta mudança de vida e de rotinas pode proporcionar no indivíduo divorciado/separado uma sensação de independência, liberdade e uma atitude mais positiva em relação à vida, promovendo mais AP nos indivíduos. Podemos pensar, além disto, que o divórcio pode ser encarado como algo positivo para os indivíduos, no caso de a relação ser geradora de AN. Neste caso, o

indivíduo ao ter a experiência do que é estar numa relação conjugal que promove AN e ter a experiência desta nova realidade, sente mais AP e pode encarar o fim da relação conjugal como uma possibilidade de desenvolver novas redes de SS.

Era ainda esperado que indivíduos divorciados e solteiros dessem mais SI do que indivíduos casados ou viúvos (Lestari et al., 2020), contudo a única relação estatisticamente significativa do estado civil observada neste estudo foi com os AP, não sendo possível observar tais resultados.

Relativamente à idade, neste estudo os adultos mais velhos com idade igual ou superior a 75 anos davam menos SI e recebiam mais SI do que os adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos. Estes resultados encontram-se em consonância com outros estudos (Feijão, 2008; Smith et al., 2002). Observou-se, ainda, que os adultos mais velhos com idade igual ou superior a 75 anos tinham mais AN do que os adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos, resultados que vão ao encontro do que era esperado tendo em conta a revisão de literatura (Baltes & Smith, 2003; Smith, 2001).

Em relação ao género, observou-se que as mulheres dão menos e recebem mais SI. Constatou-se também, relativamente aos afetos, que as mulheres tinham mais AN do que os homens. Estes resultados encontram-se sustentados na literatura, no qual se observa que as mulheres recebem mais SI (Smith & Baltes, 1998) e tem níveis mais altos de AN (Isaacowitz & Smith, 2003; Pavot & Diener, 2004; Smith, 2001; Smith & Baltes, 1998), contrariamente aos homens.

É importante destacar as vantagens desta investigação. Uma delas prende-se com a amostra do estudo por ser de grande dimensão e ser circunscrita a adultos mais velhos, comunitários, residentes em meio urbano, não deprimidos e sem compromisso cognitivo. Outra vantagem diz respeito à garantia da validade interna (Alferes, 1997; Shadish et al., 2002), através da aleatorização dos instrumentos participante-a-participante no momento da recolha dos dados, de modo a evitar efeitos de arrastamento.

Relativamente à aplicação dos instrumentos, importa salientar como positivo o facto dos instrumentos terem sido heteroadministrados atendendo, ainda, a outros aspetos instrumentais e éticos relativos à testagem junto de adultos mais velhos (Diniz & Amado, 2014). Para os adultos mais velhos não é tão habitual e fácil estar num ambiente de avaliação, desta forma, ser o investigador a fazer as questões que estão nas provas torna o ambiente mais próximo do quotidiano e menos ameaçador. A heteroadministração dos

instrumentos torna-se, ainda, vantajosa pelas questões de saúde funcional, como problemas de visão e a dificuldade de controlo da motricidade fina, e pela questão do elevado nível de analfabetos quando se trata desta faixa etária. Os métodos de análise de dados utilizados neste estudo são também apontados como uma vantagem.

Outra vantagem prende-se com o recurso à modelação de equações estruturais com estimação por máxima verosimilhança sobre matrizes de covariâncias policóricas, com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-Square* ($S-B\chi^2$; Satorra & Bentler, 1994).

Entretanto, destaca-se como limitação da investigação o método de amostragem não-probabilística, o que suscita a necessidade de replicar do estudo numa outra amostra. Outra limitação da investigação prende-se com o Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (Diniz, 2007b), tendo em consideração que o instrumento trabalha os itens do SI em simultâneo para vizinhos, amigos e família. O facto de os itens serem apresentados de forma agrupada, impossibilitava que estes fossem trabalhados de forma separada para cada um dos grupos: amigos, vizinhos e família, não sendo possível observar a importância de cada um deles. Note-se que os vizinhos têm também um papel importante no bem-estar dos indivíduos, uma vez que podem fazer com que os adultos mais velhos que vivem sozinhos se sintam mais seguros, diminuindo os sentimentos de solidão e depressão (Stahl et al., 2016). Posto isto, seria interessante, em estudos futuros, decompor estas variáveis, desmultiplicando os itens para observar a influência desta decomposição nos resultados.

Para concluir, além de ser pertinente replicar esta investigação recorrendo a outros métodos de amostragem, seria interessante realizar outros estudos também com amostras constituídas por adultos mais velhos dos 65 aos 74 anos e com idade igual ou superior a 75 anos, mas em meio rural. Ainda que o meio rural, por ser mais isolado, possa estar associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Li et al., 2011), seria interessante perceber como o SI iria mediar as relações no modelo agora testado. Isto porque, ao serem zonas mais isoladas e meios mais pequenos, leva muitas vezes a que os adultos mais velhos tenham relações mais próximas entre si e possam ter uma convivência diferente dos adultos mais velhos do meio urbano, alterando as redes de SS e o SI que é dado e recebido.

Seria igualmente importante incluir a qualidade das relações conjugais como co-variável em estudos futuros, para que seja possível observar o impacto desta na relação do estado civil com o SI e com os afetos. Isto porque é observado em vários estudos a importância da qualidade do relacionamento no bem-estar dos casais (Carr et al., 2014; Grundström et al., 2021). Sugere-se, ainda, a realização de investigações futuras com amostras recolhidas mais recentemente, de forma assegurar a atualidade dos resultados.

Esta investigação possibilitou um maior conhecimento acerca dos grupos mais propensos a riscos entre os adultos mais velhos. Percebemos que os adultos mais velhos com 75 ou mais anos são os mais vulneráveis, por serem aqueles que apresentam maiores níveis de AN e que mais recebem SI devido às incapacidades motoras inerentes ao envelhecimento. Sabemos que receber mais suporte do que aquele que dá, pode gerar angústia, frustração, sensação de incapacidade e impossibilidade de retribuir. Por questões como esta, seria importante organizar ações de sensibilização ou programas destinados aos familiares e cuidadores, de forma a obterem conhecimento e estratégias a aplicar no momento de providenciar suporte aos adultos mais velhos.

6. Referências

- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Almedina.
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. [Tese de doutoramento]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/39>
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modelling in practice: A review and recommended two step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Bae, S. M. (2020). Factors associated with depressive symptoms among elderly Koreans: The role of health status, work ability, financial problems, living alone, and family relationships. *Psychogeriatrics*, 20(3), 304-309. <https://doi.org/10.1111/psyg.12499>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M.

- Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, *49*(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio actual. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, *15*, 289–302.
<https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/issue/view/181>
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and Aging*, *22*(2), 372–379.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.22.2.372>
- Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, *14*(4), 320–327.
<https://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). SAGE. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Caldas, M. L. (2023). *O suporte emocional media o efeito da idade, do género e do estado civil sobre os afetos em adultos mais velhos?* [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Évora.
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, *76*(5), 930–948. <https://doi.org/10.1111%2Fjomf.12133>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in Psychological science*, *4*(5), 151–156.
<https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Chan, E., Procter-Gray, E., Churchill, L., Cheng, J., Siden, R., Aguirre, A., & Li, W. (2020). Associations among living alone, social support and social activity in

- older adults. *AIMS Public Health*, 7(3), 521-534.
<https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>
- Chou, K. L., Ho, A. H. Y., & Chi, I. (2006). Living alone and depression in Chinese older adults. *Aging and Mental Health*, 10(6), 583-591.
<https://doi.org/10.1080/13607860600641150>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761-775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 7(4), 397-404. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10902-006-9000-y>
- 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. http://dx.doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4
- Diniz, A. M. (2007a). *Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2007b). *Questionário de Suporte Instrumental e Emocional (QSIE)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M. (2022). *Benefícios da modelação de equações estruturais: Ilustração com variáveis ordinais no LISREL*. Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2005). *Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN)*. Instrumento não publicado.
- Diniz, A. M., & Amado, N. (2014). Procedures for successful data collection through psychological tests in the elderly. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 491-497.
<https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427309>
- Eurostat Statistic Explained. (2020). *Estrutura populacional e envelhecimento*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&

oldid=510113#As_tend.C3.AAncias_passadas_e_futuras_do_envelhecimento_d
emogr.C3.AIfico_na_UE-27

- Eurostat Statistic Explained. (2023). *Half of EU's population older than 44.4 years in 2022*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20230222-1>
- Encarnação, M. (2022). *Estudos sobre as versões reduzidas da Geriatric Depression Scale* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Évora.
- Fastame, M. C., & Penna, M. P. (2014). Psychological well-being and metacognition in the fourth age: An explorative study in an Italian oldest old sample. *Aging & Mental Health*, 18(5), 648-652. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.866635>
- Feijão, A. (2008). *Teste de um modelo estrutural preditor do suporte instrumental e emocional em adultos idosos* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/4822>
- Fernandes, A. T. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 289-302. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/issue/view/181>
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645-659. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1540-4560.00282>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/00223956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/00223956(75)90026-6)
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. <https://doi.org/10.2307/3151312>
- Forster, M. R. (2002). Predictive accuracy as an achievable goal of science. *Philosophy of Science*, 69(3), 124-134. <https://doi.org/10.1086/341840>
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade hedónica e eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(31), 329-342.

- García, A. C. F. (2015). Bienestar psicológico subjetivo y personas mayores residentes. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 25, 319-341. https://doi.org/10.7179/PSRI_2015.25.14
- Grundström, J., Konttinen, H., Berg, N., & Kiviruusu, O. (2021). Associations between relationship status and mental well-being in different life phases from young to middle adulthood. *SSM-Population Health*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100774>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., 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.
- Halfmann, K., Hedgcock, W., & Denburg, N. L. (2019). Neural correlates of cognitive reappraisal of positive and negative affect in older adults. *Aging & Mental Health*, 25(1), 126-133. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1693970>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, 17(2), 139-153. [https://doi.org/10.1016/S10577408\(07\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S10577408(07)70020-7)
- Inagaki, T. K., & Orehek, E. (2017). On the benefits of giving social support: When, why, and how support providers gain by caring for others. *Current Directions in Psychological Science*, 26(2), 109-113. <https://doi.org/10.1177/0963721416686212>
- INE. (2020, 31 de março). *Projeções de população residente - 2018-2080*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE. (2021, 14 de junho). *Indicadores resumo sobre população - (NUTS-2013)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt

- Isaacowitz, D. M., & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), 143-152. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.P143>
- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. https://ssicentral.com/wp-content/uploads/2021/04/lis_ordinal.pdf
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1996). *PRELIS 2: User's reference guide; A program for multivariate data screening and data summarization: A preprocessor for LISREL*. Scientific Software International.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
- Krause, N., & Shaw, B. A. (2002). Welfare participation and social support in late life. *Psychology and Aging*, 17(2), 260-270. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0882-7974.17.2.260>
- Kydd, A., Fleming, A., Paoletti, I., & Touzery, S. H. (2020). Exploring terms used for the oldest old in the gerontological literature. *Journal of Aging and Social Change*, 10(2), 53-73. <https://doi.org/10.18848/2576-5310/CGP/v10i02/53-73>
- Lestari, S. K., Luna, X. D., Eriksson, M., Malmberg, G., & Ng, N. (2020). Changes in the provision of instrumental support by older adults in nine European countries during 2004-2015: A panel data analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01785-4>
- Liang, J., Krause, N. M., & Bennett, J. M. (2001). Social exchange and well-being: Is giving better than receiving?. *Psychology and aging*, 16(3), 511-523. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.3.511>
- Lipman, A., & Longino, C. F. (1982). Formal and informal support: A conceptual clarification. *Journal of Applied Gerontology*, 1(1), 141-146. <https://doi.org/10.1177/073346488200100117>
- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and

- making tough choices. *Journal of Personality*, 72(6), 1395-1424. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x>
- Lu, L., & Argyle, M. (2007). Receiving and giving support: Effects of relationships and well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 5(2), 123-133. <https://doi.org/10.1080/09515079208254456>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W, V. R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Maia, C. M. L., Castro, F. V., Fonseca, A. M. G. D., & Fernández, M. I. R. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Revista de Psicologia*, 1(1), 293-304.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (3rd ed.). Edições Sílabo.
- Mohd, T. A. M. T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: A systematic review. *BMJ Open*, 9(7), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026667>
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000084>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16. https://www.sinapse.pt/archive_detail.php?id=18
- 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*, 45(1), 187-198. <https://doi.org/10.1177/000271627441500114>
- Nezlek, J. B., & Allen, M. R. (2006). Social support as a moderator of day-to-day relationships between daily negative events and daily psychological well-being. *European Journal of Psychology*, 20(1), 53-68. <https://doi.org/10.1002/per.566>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- OMS. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <http://www.who.int/iris/handle/10665/67215>

- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- Pavot, W., & Diener, E. (2004). The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications. *Ageing International*, 29(2), 113-135.
- PORDATA. (2023, 2 de junho). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*.
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Posner, J., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2005). The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17(3), 715-734.
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050340>
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-193.
<https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100007>
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- 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. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Santos, C. S. V. D. B., Ribeiro, J. P., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): A pessoa com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 185-204.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In A. von Eye, & C. C. Clogg (Eds.), *Latent variable analysis* (pp. 399-419). SAGE
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

- Silva, A. (2009). *Efeito do género e da idade no suporte social em adultos idosos* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://hdl.handle.net/10400.12/4445>
- 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?. *American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1176. <https://doi.org/10.1086/382111>
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461-477. <https://doi.org/10.1017/S1062798701000424>
- 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(4), 676-695. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.6767>
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58(4), 715-732. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1540-4560.00286>
- Stahl, S. T., Beach, S. R., Musa, D., & Schulz, R. (2016). Living alone and depression: The modifying role of the perceived neighborhood environment. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1065-1071. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191060>
- Strazdins, L., & Broom, D. H. (2007). The mental health costs and benefits of giving social support. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 370-385. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.14.4.370>
- Tavares, A. (2013). *Influência do suporte instrumental e emocional na relação entre a saúde funcional subjectiva e a satisfação com a vida em idosos*. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/16045>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>

- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
<https://doi.org/10.1037/00223514.54.6.1063>
- Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. S. (2012). Determinantes do bem-estar subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288.
- 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.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)