



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Mediação da depressão na relação entre variáveis  
sociodemográficas e a satisfação com a vida**

Ana Filipa Fernandes Pereira

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares

António Moreira Diniz

Évora 2023

---

---

---

---



---

**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Mediação da depressão na relação entre variáveis  
sociodemográficas e a satisfação com a vida**

Ana Filipa Fernandes Pereira

Orientador(es) | Sofia Alexandra Tavares  
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 | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Marta A. Gonçalves (Universidade de Évora) (Arguente)  
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Orientador)

## **Agradecimentos**

Agradecer à Professora Doutora Sofia Alexandra Tavares pela disponibilidade, cooperação e rigor. Ao Professor Doutor António Moreira Diniz pela disponibilidade, apoio e partilha de conhecimento. A sua exigência e dedicação foram uma mais-valia neste percurso.

A todos os adultos mais velhos que participaram na recolha de dados para esta dissertação. Aos adultos mais velhos do município de Grândola pela partilha das suas vivências e por nos terem acolhido tão bem. As “meninas de Évora”, como ficámos conhecidas, ficarão para sempre gratas pela experiência enriquecedora. A todas as colegas que colaboraram em Grândola pelo apoio, carinho e partilha de experiências.

Aos meus pais que me apoiam sempre como podem e a quem agradeço todos os esforços que fazem por mim. É por eles que todos os dias tento ser melhor. À minha irmã que me apoia incondicionalmente. À prima mais velha pelo apoio e alegria que me deu nesta fase.

À Bié e à Luizinha, que com a sua tenra idade me deram tanto amor, cumplicidade e apoio.

Aos meus amigos Germano e André por todas as palavras motivadoras e pela lealdade. Às minhas eternas colegas de quarto Bia e Márcia por me terem acompanhado nesta jornada, mas também pela amizade, que com certeza irá perdurar. À minha colega Tatiana pelo apoio, partilha de desabafos e de momentos únicos.

À Dra. Marta Moleiro que surgiu na minha vida como tutora de estágio e se tornou num profundo exemplo para mim. Agradeço-lhe o apoio, as palavras sábias e tudo aquilo que me proporcionou durante este ano.

Ao João por ser a pessoa dedicada e estar sempre disponível para mim. Agradeço-lhe por ter sido o meu maior apoio e a minha maior força. Ensinou-me muito sobre mim ao mostrar-me como me vê pelos seus olhos. Quero um dia conseguir mostrar-lhe que acredito tanto na pessoa dele como ele acredita na minha.

**Benefícios das universidades seniores nos adultos mais velhos  
em termos de satisfação com a vida e depressão**

**Resumo**

A investigação teve como objetivo estudar os benefícios das universidades seniores nos adultos mais velhos. Analisou-se o efeito mediador da satisfação com a vida (SV) na depressão, em função do preditor grupo e com as variáveis de controlo: idade, sexo, estado civil e religiosidade. Pretendeu-se examinar eventuais diferenças na depressão e SV nos dois grupos: um frequentava uma Universidade Sénior e programas de envelhecimento ativo e o outro não. Aplicaram-se o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, a Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida e a Escala de Satisfação com a Vida. No LISREL realizaram-se os testes das estruturas fatoriais das provas e do modelo de mediação. Observou-se que participantes que frequentam universidade e programas possuíram maior SV. O mesmo foi observado para participantes com 80 ou mais anos, para participantes do sexo masculino e participantes casados ou unidos(as) de facto.

*Palavras-chave:* envelhecimento, satisfação com a vida, depressão, variáveis sociodemográficas, equações estruturais

**Benefits of senior universities for older adults  
in terms of life satisfaction and depression**

**Abstract**

The research aimed to study the senior universities' benefits for older adults. It analysed the mediating effect of life satisfaction (LS) on depression according to the group predictor and the control variables: age, gender, marital status, and religiosity. The aim was to examine possible differences in depression and LS in the two groups: one attended a Senior University and active ageing programmes, and the other did not. The Mini Mental State Examination (MMSE), the Geriatric Depression Scale: Reduced Version and the Satisfaction with Life Scale were applied. The test's factor structures and the mediation model were tested in LISREL. It observed that participants attending university and programmes had higher LS. It watched the same for participants aged 80 or over, male participants and married or non-marital partnership participants.

*Keywords:* aging, life satisfaction, depression, sociodemographic variables, structural equations

## Índice

1. Introdução e Enquadramento Teórico	1
1.1. Envelhecimento	1
1.2. Os Programas de Envelhecimento Ativo e as Universidades Seniores	2
1.3. Os Programas de Envelhecimento Ativo e as Universidades Seniores na Relação com a Satisfação com a Vida e a Depressão	3
1.4. Depressão nos Adultos Mais Velhos	4
1.4.1. <i>Sexo e Depressão</i>	5
1.4.2. <i>Idade e Depressão</i>	5
1.4.3. <i>Estado Civil e Depressão</i>	6
1.4.4. <i>Religiosidade e Depressão</i>	7
1.5. Satisfação com a Vida	7
1.5.1. <i>Sexo e Satisfação com a Vida</i>	8
1.5.2. <i>Idade e Satisfação com a Vida</i>	9
1.5.3. <i>Estado Civil e Satisfação com a Vida</i>	9
1.5.4. <i>Religiosidade e Satisfação com a Vida</i>	10
1.6. Satisfação com a Vida e Depressão	10
1.7. Formulação do Problema	12
2. Método	15
2.1. Participantes	15
2.2. Materiais	17
2.2.1. <i>Questionário de Caracterização dos Participantes (QCP)</i>	17
2.2.2. <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	18
2.2.3. <i>Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)</i>	18
2.2.4. <i>Escala de Satisfação com a Vida (ESV)</i>	19
2.3. Procedimento de Recolha de Dados	20
2.4. Análise de Dados	22
3. Resultados	24
4. Discussão	34
Referências	41

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Grupos de Participantes	16
---	----

## **Índice de Tabelas**

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra	17
Tabela 3. M1 e M2 da Escala de Satisfação com a Vida: Pesos Fatoriais, Comunalidades entre os Itens, Variância Média Extraída e Fiabilidade Compósita	25
Tabela 4. Índices de Ajustamento da EDG-15 e EDG-10	26
Tabela 5. EDG-15 e EDG-10: Pesos Fatoriais, Comunalidades entre os Itens, Variância Média Extraída e Fiabilidade Compósita	26
Tabela 6. Modelo Fatorial Final: Correlações entre os Fatores	28
Tabela 7. Resultados das Relações Estatisticamente Significativas Diretas e Indireta do Modelo	28
Tabela 8. Índices de Ajustamento dos Quatro Modelos de Mediação do Estado Civil/Coabitação	29
Tabela 9. Resultados das Relações Estatisticamente Significativas Diretas dos Modelos Alternativos Testados	32
Tabela 10. Estimativas das Médias e Múltiplas Comparações entre os Níveis do Estado Civil, em Função do Resultado da Escala de Satisfação com a Vida	33

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Modelo de Mediação da Satisfação com a Vida como Mediador da Relação entre o Preditor Grupo e a Depressão	14
Figura 2. Modelo de Mediação entre as Variáveis Mediadora e Critério e o Preditor Grupo e as Variáveis de Controlo	31

## **1. Introdução e Enquadramento Teórico**

### **1.1. Envelhecimento**

A crescente proporção de adultos mais velhos, especialmente não saudáveis, é um desafio para a sociedade atual (Partridge et al., 2018). Em 2021 eram 761 milhões e estima-se que aumentem para 1,6 bilhões em 2050 (Nações Unidas, 2023). Em 2014 a média de adultos mais velhos na União Europeia (UE) era de 18.7% (Pordata, 2016) e tenderá a subir, como se tem verificado nas últimas décadas. Em 2019 era de 20.3% (Eurostat, 2020) e em 2022 de 23.8% (Pordata, 2023d). Segundo dados da Pordata (2023a) em 2020, na UE 27, existia uma percentagem de 14.7% adultos mais velhos com idades entre os 65 e 79 anos e 6% com 80 ou mais anos. A população portuguesa em 2014 era constituída por 20.1% de adultos mais velhos (Pordata, 2016). Atualmente, o índice de envelhecimento é de 185.6, representando 27% da população (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Destes adultos mais velhos, 70.9% possui entre 65 e 79 anos e 29.1% 80 ou mais anos.

O Alentejo, na sua totalidade, possui cerca de 26.9% de adultos mais velhos. No município de Grândola 27.4% da população é composta por adultos mais velhos, estando 18.5% com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos e 8.9% com 80 ou mais anos. O município de Évora possui uma taxa inferior de adultos mais velhos, correspondendo a mesma a 23.8% da população, 16.6% adultos mais velhos com idades entre 65 e 79 anos e 7.2% com 80 ou mais anos (Pordata, 2023b). Os índices de envelhecimento são de 220.5 adultos mais velhos por cada 100 jovens em Grândola e 178.5 em Évora (Pordata, 2023c). Os números apresentados justificam a pertinência de estudos que permitam compreender melhor as necessidades desta população, nomeadamente em concelhos como os de Grândola com taxas tão elevadas de adultos mais velhos na sua população.

Laslett (1991) e Neugarten (1974) foram os principais impulsionadores das múltiplas idades da velhice, considerando-as conceitos dinâmicos, sujeitos a evolução e sem estarem vinculados a uma faixa etária específica. Posteriormente outros autores foram apresentando outras definições e limites etários (Baltes & Smith, 2003). Baltes e Smith (2003) apresentaram duas definições - uma baseada na idade cronológica da população e outra no critério individual. De acordo com a idade cronológica da população, a transição da terceira para a quarta idade, nos países desenvolvidos, verificar-se-ia entre os 75 e 80 anos; e a quarta idade com início, em média, aos 85 anos ou mais. O critério individual baseava-se na estimativa do tempo de vida máximo de

cada pessoa. A transição individual entre a terceira e a quarta idade podia acontecer em idades muito diferentes e variar entre os 80 e 120 anos. Os autores identificam na terceira idade mais ganhos físicos, mentais e emocionais, em comparação com os adultos mais velhos da quarta idade, que sofrem perdas no potencial cognitivo e em aspetos relacionados com a emoção e o bem-estar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta diversas definições para as faixas etárias na velhice. A designação de “adultos mais velhos jovens” (*young old persons*, em inglês) refere-se à população com idade compreendida entre os 60 e os 74 anos; a de “adultos mais velhos “velhos”” (*old old*, em inglês) a pessoas com idades entre os 75 e 84 anos; e a de “adultos mais velhos “mais velhos”” (*oldest old*, em inglês) àqueles que possuem 85 ou mais anos. Outras definições são: octogenário para um indivíduo com idade entre 80 e 89 anos; nonagenário entre 90 e 99 anos; e centenário para 100 anos ou mais (WHO, 2004).

A falta de consenso para a categorização dos adultos mais velhos tem vindo a ser criticada devido às conotações etárias ligadas aos termos utilizados, que estão associados a uma linguagem antiquada e que conduzem a construções sociais negativas sobre o envelhecimento. Alguns autores defendem a utilização de faixas etárias com coortes de dez anos - e.g., septuagenários e octogenários, com o intuito de evitar as perspetivas negativas e permitir que os anos avançados, ainda que envolvam perdas, possam ser considerados como uma fase de crescimento pessoal, criatividade e produtividade (Kydd et al., 2020).

## **1.2. Os Programas de Envelhecimento Ativo e as Universidades Seniores**

O envelhecimento ativo tem sido associado à aprendizagem ao longo da vida, com o intuito dos indivíduos envelhecerem de forma positiva, desenvolverem o pensamento e contemplarem o sentido da vida. Pode fornecer benefícios, como o bem-estar psicológico, a inclusão social e o aumento das capacidades pessoais. As ofertas para desenvolver a aprendizagem na velhice têm aumentado, como os programas universitários e as universidades seniores, que se expandiram por diversos países (Formosa, 2019a).

Os programas de envelhecimento ativo, geralmente proporcionam benefícios significativos, como a manutenção do desempenho cognitivo, da saúde e do nível de atividade e o aumento do nível de afeto positivo (Fernández-Ballesteros et al., 2012). As universidades seniores começaram a surgir nos anos 90 e dependiam do local e das suas características únicas, tendo-se diferenciado de país para país. Algumas foram

consideradas autónomas, outras foram sendo dirigidas por voluntários e, outras ainda, estabeleceram relação com outras universidades. A oferta também variou desde um tipo tradicional de educação em artes liberais a atividades em grupos de interesse (Formosa, 2019b). Melhoram a inclusão dos adultos mais velhos ao fomentarem princípios como a independência, a participação, a assistência, a realização pessoal e a dignidade (Jacob, 2018). Apesar de alguns preconceitos de género, classe social, idade e etnia, os contributos das universidades seniores também têm sido enaltecidos, como o bem-estar físico, cognitivo, social e psicológico (Formosa, 2019b). Ao nível social e educacional permitem o aumento dos contactos sociais e da autoestima, a diminuição do isolamento e o aumento de novos conhecimentos, competências pessoais e inclusão digital. A nível cultural permitem o aumento dos conhecimentos e incentivam à utilização de espaços socioculturais (Jacob, 2018).

Em Portugal têm sido adotadas intervenções com adultos mais velhos, como os programas de envelhecimento ativo do município de Grândola para ajudar as pessoas mais velhas a manterem uma vida saudável. O seu objetivo passa por criar e dinamizar regularmente atividades culturais, educacionais, de lazer e de convívio, num contexto de formação ao longo da vida, em regime informal. Um estudo realizado num Centro de Dia do norte do país, onde foi implementado um programa com 21 adultos mais velhos, indicou resultados positivos ao nível da aprendizagem, construção de perspetivas mais positivas de encarar a vida e fortalecimento da rede de relações interpessoais (Antunes & Maia, 2023).

### **1.3. Os Programas de Envelhecimento Ativo e as Universidades Seniores na Relação com a Satisfação com a Vida e a Depressão**

Os programas de envelhecimento ativo têm como intuito promover o envelhecimento ativo e a satisfação ou o bem-estar nesta população. Um dos programas, o *Vital Aging*, tem sido implementado em diversos países devido aos resultados bastante satisfatórios no envelhecimento ativo e, em alguns casos, na SV (Caprara et al., 2013). Programas direcionados para a educação das novas tecnologias de informação e comunicação possuem grandes impactos na SV (Díaz-López et al., 2016). Outros contributos foram a redução de sintomas depressivos, o aumento da SV e da saúde física e mental (Forsman et al., 2011; Petersen, 2023). Os programas que envolvem exercício físico possuem elevados contributos na diminuição da depressão (Blake et al., 2009). Krzeczowska et al. (2021) observaram mudanças positivas ao nível cognitivo, social e da saúde e do bem-estar.

As universidades seniores possuem impactos relevantes ao nível da saúde, uma vez que contribuem para a diminuição do consumo de medicamentos, aumentam os conhecimentos globais sobre o conceito e promovem a atividade física. Mais, observaram-se melhorias tanto ao nível físico como mental, permitindo a redução dos índices de depressão e o aumento da satisfação geral, melhorando a qualidade de vida (Jacob, 2018). Outros autores observaram os mesmos contributos na SV e na depressão nos adultos mais velhos após um ano letivo na universidade sénior. Sugerem que para um envelhecimento ativo e saudável é fundamental a educação nas universidades seniores, em especial de indivíduos com sintomatologia depressiva (Bužgová et al., 2023).

#### **1.4. Depressão nos Adultos Mais Velhos**

A depressão tem sido considerada um problema significativo (Balsamo et al., 2018) e uma prioridade de pesquisa em saúde pública (Haigh et al., 2018). A OMS considera-a a principal causa de incapacidade global e de morte (WHO, 2017), afetando aproximadamente 264 milhões de pessoas e prevê que até 2030 seja a principal doença no mundo (WHO, n.d.-b).

A depressão na velhice tende a seguir um curso recorrente e crónico (Blazer, 2009). A depressão tardia define-se pela sua ocorrência com início tardio e é associada a níveis mais elevados de comorbilidade médica (Ismail et al., 2013). Blazer (2003) descreve-a como a causa mais frequente de sofrimento emocional na velhice, diminuindo a qualidade de vida. Tende a conduzir ao aumento do risco de sintomas somáticos, à perda de interesse, à insónia, a pensamentos autocríticos (Fiske et al., 2009), à demência, à ansiedade, ao suicídio, à mortalidade (Rodda et al., 2011), ao compromisso cognitivo e funcional (Fiske et al., 2009; Rodda et al., 2011), à desconexão social (Newman & Zainal, 2020), às doenças cardiovasculares (Penninx, 2017), à fragilidade (Buigues et al., 2015) e ao aumento dos custos diretos com saúde (Luppa et al., 2008).

Alguns fatores de risco podem ser: doenças médicas (Alexopoulos, 2019), risco de recorrência (Deng et al., 2018), dificuldades no sono (Funnell, 2010; Wiese, 2011), dificuldades económicas (Funnell, 2010; Runcan et al., 2010), baixo nível de escolaridade (Funnell, 2010), isolamento, falta de apoio social, perdas, luto (Funnell, 2010; Runcan et al., 2010; Wiese, 2011), relações sociais e familiares (Runcan et al., 2010; Wiese, 2011) e institucionalização (Gleeson et al., 2019). Os fatores de proteção são a resiliência psicológica, a educação superior, o estatuto socioeconómico, a

participação em atividades valorizadas, e o envolvimento religioso ou espiritual (Fiske et al., 2009).

O reconhecimento dos sintomas de depressão nos adultos mais velhos (Sheikh & Yesavage, 1986) foi possível com o desenvolvimento da *Geriatric Depression Scale* (GDS). A EDG foi a primeira escala para avaliar a depressão na velhice (Yesavage et al., 1983), desenvolvida após a consideração de todas as suas características (Jarvik, 1976). A investigação realizada demonstrou a necessidade de versões mais curtas para a investigação (Pocklington et al., 2016; Santos et al., 2019). Vários estudos têm explorado as propriedades psicométricas das versões existentes para a sua utilização no rastreio da sintomatologia depressiva (Apóstolo et al., 2014).

#### **1.4.1. Sexo e Depressão**

Várias revisões de literatura indicam que a depressão tende a ser mais prevalente no sexo feminino, em várias faixas etárias (Acciai & Hardy, 2017). A sua maior prevalência nas mulheres também se observou na velhice (Büchtemann et al., 2012; Kiely et al., 2019). Van de Velde et al. (2010) comprovaram esta mesma tendência com os resultados de um estudo desenvolvido em 23 países europeus. No entanto, as faixas etárias analisadas possuíam idades compreendidas entre os 18 e 75 anos, não tendo sido incorporadas idades mais avançadas da velhice. Outra revisão de literatura com adultos mais velhos reforçou que ser do sexo feminino é um fator de risco para o aparecimento e/ou desenvolvimento de depressão (Sözeri-Varma, 2012).

Existem várias teorias explicativas desta diferença entre os sexos (Kornstein, 1997; Noble, 2005). As teorias biológicas relacionam a diferença de sexo com o controlo endócrino do sistema reprodutivo feminino - ciclo menstrual, depressão pós-parto e menopausa. Segundo as teorias psicossociais o sexo feminino enfrenta adversidades, que podem aumentar a sua vulnerabilidade para a depressão: baixo estatuto socioeconómico, stresses diários e estilos de enfrentamento desadaptativos. Sasson e Umberson, (2014) afirmam que as mulheres são mais propensas a viver em condições menos favoráveis, o que pode conduzir à sua maior propensão para a depressão.

#### **1.4.2. Idade e Depressão**

Estudos realizados em países da Europa (i.e., Amesterdão e Alemanha), com a população de adultos mais velhos da comunidade demonstraram a relação entre a idade e a depressão na velhice (Schoevers et al., 2000; Veer-Tazelaar et al., 2008; Weyerer et al., 2008). O aumento da idade parece aumentar a incidência da depressão (Schoevers et

al., 2000); tendo esta relação sido reforçada também através de uma revisão de literatura com adultos mais velhos (Sözeri-Varma, 2012). Weyerer et al. (2008) afirmam que a perturbação depressiva é alta nos adultos mais velhos da comunidade e permanece alta à medida que a velhice se prolonga.

Um outro estudo europeu focou-se nos sintomas depressivos, que parecem aumentar com a idade. No entanto, esse aumento não parece estar associado ao próprio envelhecimento, mas às mudanças nos fatores de risco dependentes da idade (Veer-Tazelaar et al., 2008). A maior frequência de doenças físicas e, conseqüentemente, a maior utilização de medicação aumenta o risco de depressão (Sözeri-Varma, 2012), tal como: perdas/luto, doenças somáticas, isolamento social e compromisso funcional, que tendem a aumentar com a velhice (Weyerer et al., 2008).

#### **1.4.3. Estado Civil e Depressão**

Uma revisão de literatura com adultos mais velhos revelou que todos os estados civis, à exceção de estar casado influenciam o aumento do risco de depressão (Sözeri-Varma, 2012). Wiese (2011), também revelou que o seu aumento pode dever-se à viuvez ou ao divórcio. Por fim, o estudo de Weyerer et al. (2008) associou o divórcio à depressão. O perder alguém, a todos os níveis, parece ter impacto na depressão, em especial, a perda devido à morte do cônjuge. Estudos na Europa reforçam estes resultados, tanto na comunidade (Schoevers et al., 2000), como com amostras em hospitais e centros de dia (Runcan et al., 2010).

Sasson e Umberson (2014), num estudo longitudinal com adultos mais velhos norte americanos (EUA), com idades entre os 51 e 61 anos, exploram os sintomas depressivos após a viuvez. Foram consideradas a viuvez precoce e de longo prazo, que ocorreram numa fase antecipada na vida do indivíduo; e a viuvez tardia, que ocorreu durante o acompanhamento no estudo. Os sintomas depressivos foram sempre mais altos no grupo de viuvez precoce, revelando as suas implicações duradouras para o bem-estar psicológico, mesmo décadas após a perda do cônjuge. Na viuvez tardia, os sintomas depressivos a curto prazo aumentam, porém, tendem a diminuir com o tempo. Os indivíduos que enviuvaram mais tarde pontuaram mais sintomas depressivos antes da viuvez do que os sujeitos que permaneceram casados, o que pode dever-se a uma doença e conseqüente cuidado do cônjuge antes da viuvez. Assim, os casados parecem ter um menor risco de depressão, em comparação com os viúvos. Também Encarnação, (2022) afirma que os adultos mais velhos numa relação se apresentam menos

deprimidos face aos sem parceiro, o que pode ser considerado um fator protetor na sintomatologia depressiva.

#### **1.4.4. Religiosidade e Depressão**

Os estudos têm revelado que algumas formas de envolvimento religioso (McCullough & Larson, 1999) e espiritual (Fiske et al., 2009) podem proteger da incidência e da persistência de sintomas de perturbação depressiva. Estudos recentes indicam que a religiosidade pode influenciar a recuperação mais rápida de depressão e reduzir os seus sintomas (Koenig et al., 2020). Na Europa também se observou o declínio nos sintomas depressivos devido à participação em atividades religiosas por parte dos adultos mais velhos (Croezen et al., 2015). Também a maior participação social pode aumentar a ligação com a comunidade e prevenir o isolamento social, que é um dos preditores da depressão tardia.

Hayward et al. (2012) observaram que a relação entre a religiosidade e a depressão nos adultos mais velhos parece concretizar-se pelo apoio social e pelo amortecimento de stresse. As componentes emocionais e sociais da religiosidade tenderam a associar-se à gravidade da perturbação depressiva e pareceram ter efeitos benéficos ao promoverem a integração social e o enfrentamento positivo. As componentes cognitivas de cada indivíduo impactaram negativamente na depressão devido à ruminação de aspetos como a correspondência das expectativas de crenças e os comportamentos promovidos pelas organizações religiosas.

Um estudo com adultos mais velhos nos EUA, sugeriu que a associação entre a depressão e a religiosidade pode diferir substancialmente entre homens e mulheres e, também, em função da afiliação religiosa, ou seja, a maior frequência em atividades na igreja tendeu a conduzir a taxas mais baixas de depressão (Norton et al., 2006).

#### **1.5. Satisfação com a Vida**

A SV pode ser caracterizada como uma das componentes do bem-estar subjetivo - BES (Diener, 1996). O BES é constituído por duas partes: a afetiva, composta pelo afeto positivo e pelo afeto negativo (Diener & Emmons, 1984); e a cognitiva - a SV (Diener et al., 1985). A SV é definida como uma avaliação subjetiva e cognitiva da vida de um indivíduo, vista como um todo, comparando-a com um padrão ou conjunto de padrões autoimpostos (Pavot & Diener, 1993; Pavot & Diener, 2008). A OMS (WHO, 2015) define SV como a interação multidimensional entre a saúde física e mental, a independência na vida diária, a integração social, o suporte familiar e a independência económica.

Na Europa há fatores pessoais que parecem associar-se à SV, como a saúde geral, a autoestima e o sentimento de preocupação (Borg et al., 2008). Outros estudos associaram também a função cognitiva, a capacidade funcional, a avaliação médica da saúde, o locus de controlo (Berg et al., 2006), a capacidade e quantidade de utilização de tecnologias quotidianas (Köttl et al., 2021) e o uso do computador e da internet (Shapira et al., 2007). A SV também parece ser mais alta quando há um envolvimento em atividades fora de casa e quando os adultos mais velhos cuidam dos netos. Estar ativo na velhice não significa, efetivamente, uma melhoria na qualidade de vida subjetiva, mas algumas estratégias para estar ativo nesta fase parecem funcionar na manutenção da SV (Ramia & Voicu, 2022).

A *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* foi originalmente desenvolvida por Diener et al. (1985) para uma breve avaliação do sentimento geral de satisfação de um indivíduo com a sua vida como um todo (Pavot & Diener, 1993). Demonstrou boas qualidades ao nível da validade, fiabilidade e reprodutibilidade para utilização na medição da SV nesta população (Von Humboldt & Leal, 2017).

### **1.5.1. Sexo e Satisfação com a Vida**

Os indivíduos do sexo feminino parecem reportar níveis mais elevados de SV (Becchetti & Conzo, 2022). Esta revisão engloba todas as faixas etárias e, por isso, os seus resultados podem diferenciar-se entre idades. Joshanloo e Jovanović, (2020) indicam que as mulheres mais jovens tendem a relatar níveis mais altos de SV, apesar das suas condições objetivas menos favoráveis no mundo; e, na velhice, são os homens mais velhos que tendem a manifestar níveis mais elevados.

Um estudo realizado na Suécia com adultos mais velhos revelou, num dos modelos testados, que o sexo tinha efeito na SV (Berg et al., 2006). As mulheres reportaram menor SV devido aos diferentes ganhos psicossociais entre os sexos num casamento (e.g., a realização de tarefas domésticas por parte das mulheres). Ainda que pouco explorada no estudo, existe a possibilidade de os homens, quando ficam viúvos, sentirem-se menos satisfeitos com a vida devido à perda psicossocial e às diferenças que surgem, como cuidar das tarefas domésticas.

Matud et al. (2019) indicam, com base numa amostra de adultos mais velhos de Espanha, uma diferença significativa, apresentando as mulheres maior SV quando possuem um alto nível educacional. Num outro estudo com adultos mais velhos na Polónia observou-se que os homens avaliam a sua SV como mais alta do que as mulheres (Van Damme-Ostapowicz et al., 2021).

### **1.5.2. Idade e Satisfação com a Vida**

Baird et al. (2010) realizaram uma meta-análise com base em dois estudos longitudinais de larga escala e nacionalmente representativos, sobre como a SV muda com a idade. Os resultados indicaram que a SV não tende a diminuir ao longo da vida e que aumenta, significativamente, a partir dos 40 anos até ao início dos 70 anos. No entanto, a partir dos 70 anos tende a ocorrer um declínio, que pode estar relacionado com o aumento dos problemas de saúde, com a perda de apoio social ou com a morte iminente. Um outro estudo indicou resultados semelhantes, revelando que a SV parece diminuir até à meia-idade, aumentar dos 40 para os 65 anos e declinar mais perto da morte (Matud et al., 2019).

Bartram (2021) chegou aos mesmos resultados com novos dados explicativos. Neste caso, a SV não tende a diminuir à medida que os indivíduos envelhecem e, quando tal acontece, deve-se à associação com outros fatores, tais como a pobreza, os problemas de saúde ou a perda de parceiro. Também destacou que o envelhecimento pode promover a mitigação de aspirações irrealistas, o foco no presente e o estoicismo, que parecem neutralizar os declínios na SV.

### **1.5.3. Estado civil e Satisfação com a Vida**

A viuvez está significativamente associada à menor SV entre os homens (Berg et al., 2006). Nas mulheres, estar casada ou em união de facto, aumenta os valores de SV (Matud et al., 2019). Apesar do casamento tender a ser um fator protetor para a SV, outros estudos fazem-no depender da qualidade do matrimónio (Bourassa et al., 2015; Chipperfield & Havens, 2001). Bourassa et al. (2015) num estudo longitudinal, com uma amostra dos EUA, observaram mudanças positivas na SV nas mulheres após a separação ou o divórcio devido a relações de baixa qualidade conjugal. As mulheres divorciadas associaram negativamente a qualidade conjugal e a SV tardia, por contraposição às casadas, que as associaram positivamente. Mulheres divorciadas, que tiveram uma maior qualidade conjugal apresentaram menor SV e as mulheres divorciadas com menor qualidade conjugal mostraram maior SV.

Outro estudo longitudinal com adultos mais velhos, indicou que a estabilidade conjugal ou as mudanças conjugais influenciam a SV de forma diferente entre sexos. A SV nas mulheres tende a diminuir quando o seu estado civil permanece estável ao longo de sete anos e a dos homens mantém-se constante. Uma mudança no estado civil, como a perda de um cônjuge, conduz a um declínio na SV, sobretudo nos homens. O voltar a

ter um cônjuge parece aumentar a SV nos homens, não se observando o mesmo nas mulheres (Chipperfield & Havens, 2001).

#### **1.5.4. Religiosidade e Satisfação com a Vida**

Uma revisão de literatura explorou estudos de diferentes países (Indonésia, Irão, Coreia, EUA, Peru, Grécia e Austrália) e com base em diversas religiões (islamismo, cristianismo, budismo e hinduísmo). A religiosidade, por sua vez, foi medida com base na consciência teológica e na apreciação e integração da teologia e dos rituais. Indicaram que a religiosidade tende a influenciar significativamente a SV. A associação parece ser linear e ter um efeito positivo em diversas situações e condições. Porém, não foi identificada a forma como afeta o ser humano na definição da SV (Sholihin et al., 2022).

Greene e Yoon (2004) observaram com adultos de países da Europa ocidental a relação positiva entre a SV de um indivíduo com as medidas de um apego religioso forte. As religiões em estudo foram a religião católica, protestante, ortodoxa e religiões com outras denominações não especificadas.

Outro estudo com 521 adultos mais velhos afroamericanos (Krause, 2004) observou a relação entre a religiosidade e a SV. A religiosidade foi medida através de três fatores: a frequência à igreja, o suporte emocional baseado na igreja e a crença de que a igreja apoia afroamericanos. O estudo fez recurso do LISREL para a realização de equações estruturais, concluindo que a frequência à igreja se relacionou com a SV, quando incluída sozinha no modelo. A junção dos restantes fatores permitiu compreender que foram bons preditores da SV nestes adultos mais velhos.

#### **1.6. Satisfação com a Vida e Depressão**

A relação entre a depressão e a SV tem sido amplamente estudada na população em geral e a correlação entre este par de variáveis é evidente (Headey et al., 1993), no entanto não prova a causalidade entre elas (Lewinsohn, 1991). Berg et al. (2006) referem que apesar da sua variância partilhada são construtos separados. Vários estudos exploraram a relação entre ambas e os sintomas depressivos foram significativamente associados à SV em indivíduos da comunidade (John & Montgomery, 2010). Um estudo polaco com adultos mais velhos aposentados de ambos os sexos e estudantes universitários observou que à medida que o nível de depressão aumenta, a SV diminui (Van Damme-Ostapowicz et al., 2021). O aumento dos sintomas depressivos conduz a uma menor SV em adultos mais velhos com 80 ou mais velhos da Suécia (Berg et al., 2006).

Por outro lado, a falta de SV foi significativamente associada com o desenvolvimento de depressão em adultos mais velhos da comunidade com mais de 65 anos de idade (Green et al., 1992). Mais recentemente, um estudo com uma amostra de 363 adultos mais velhos portugueses aposentados e estudantes em universidades seniores portuguesas, revelou que os indivíduos mais satisfeitos com a sua vida apresentaram menos sintomas depressivos (López-Ramos et al., 2018).

Tem-se observado uma relação de predição entre as duas variáveis, em que a SV parece predizer a depressão (Joshanloo, 2022; López-Ramos et al., 2018; Whitman et al., 2022). No estudo longitudinal de Joshanloo (2022), mas com a *DEAS Depressed Symptom Scale*, observou-se que, após seis anos, a insatisfação com a vida podia sinalizar futuros sintomas depressivos e, por isso, a SV pode ser considerada como um fator de proteção contra os sintomas depressivos. Neste estudo, a amostra foi composta por adultos com idades entre os 40 e 85 anos comunitários, que estavam a participar num estudo longitudinal.

Noutro estudo, Whitman et al. (2022) observaram que a SV prevê a gravidade de depressão em adultos, no entanto, neste estudo com a *Hamilton Depression Rating Scale*, foram analisadas diversas variáveis, concomitantemente. A amostra deste estudo era composta por adultos com mais de 55 anos, tendo sido comparados participantes deprimidos com histórico de tentativas de suicídio com participantes também deprimidos sem tentativas de suicídio e com um grupo de controlo de participantes saudáveis.

Ainda, num estudo longitudinal com adultos americanos deprimidos e não deprimidos concluiu-se que as classificações de SV previram o risco de depressão 10 anos depois. Neste estudo, observou-se que o aumento do tempo da investigação permitia aos indivíduos deprimidos observarem melhorias nas suas vidas. Essas crenças tornavam possível prever o maior risco de ocorrer uma depressão no futuro, ao contrário do expectável que seria um menor risco de depressão (Busseri & Peck, 2015).

López-Ramos et al. (2018) observaram uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a SV e a presença de sintomas de depressão, analisados pela GDS-15 e a ESV. Um estudo português também indicou uma correlação moderada e negativa entre ambas as escalas (Figueiredo-Duarte et al., 2021). Contudo, a GDS utilizada tinha apenas oito itens e a amostra foi composta por 493 adultos mais velhos institucionalizados.

## 1.7. Formulação do Problema

O presente estudo foi conduzido através de duas amostras provenientes de dois grupos de estudo. Um grupo foi composto por adultos mais velhos do concelho de Grândola que frequentavam a Universidade Sénior de Grândola (USG). Este grupo continha quatro participantes que frequentavam o Programa Viver Solidário (PVS), um programa de envelhecimento ativo para a população com 60 ou mais anos, desenvolvido por diferentes entidades locais.

O outro grupo foi constituído por adultos mais velhos do concelho de Évora que não frequentavam qualquer instituição deste tipo. Desta forma, pretendeu-se examinar eventuais diferenças entre os dois grupos na relação entre a SV e a depressão, através do preditor grupo e tendo-se como variáveis de controlo as variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil/coabitação e religiosidade.

A relação entre a depressão e a SV tem sido amplamente estudada, tendo-se observado que o aumento dos sintomas depressivos conduz à diminuição da SV (Berg et al., 2006; John & Montgomery, 2010; Van Damme-Ostapowicz et al., 2021). Por contraponto, também o aumento ou diminuição da SV tende a influenciar os níveis de depressão, tanto em adultos mais velhos comunitários (Green et al., 1992) como em adultos mais velhos estudantes de universidades seniores (López-Ramos et al., 2018). Tem-se observado uma relação de predição entre as duas variáveis, sendo que a SV parece prever a depressão: mais SV conduz a menos depressão em adultos mais velhos comunitários que participaram num estudo longitudinal (Joshnloo, 2022), e em adultos com mais de 55 anos (Whitman et al., 2022).

A mediação entre a SV e a depressão foi também, relacionada com as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil e religiosidade. Vários estudos revelam que a depressão tende a ser mais prevalente no sexo feminino (Acciai & Hardy, 2017; Büchtemann et al., 2012; Kiely et al., 2019) e a aumentar com a idade (Schoevers et al., 2000; Sözeri-Varma, 2012; Veer-Tazelaar et al., 2008; Weyerer et al., 2008). O estado civil tende a influenciar a depressão, visto que, todas as condições, exceto o casamento, parecem aumentar o risco da sintomatologia depressiva (Sözeri-Varma, 2012; Weyerer et al., 2008; Wiese, 2011). O envolvimento religioso e as diversas formas de afiliação religiosa tendem a reduzir os sintomas depressivos (Croezen et al., 2015; Fiske et al., 2009; Koenig et al., 2020; McCullough & Larson, 1999).

Relativamente à SV, as mulheres parecem estar menos satisfeitas com a sua vida (Berg et al., 2006; Joshnloo & Jovanović, 2020; Van Damme-Ostapowicz et al., 2021).

A SV não tende a diminuir com a idade e, a partir dos 40 anos até aos 65/70 anos, tende a aumentar, significativamente. No entanto, a partir dessa idade, e mais perto da morte, tem sido notório um declínio na SV (Baird et al., 2010; Bartram, 2021; Matud et al., 2019). A viuvez conduz a uma menor SV entre os homens (Berg et al., 2006) e, nas mulheres, estar casada ou junta aumenta a SV (Matud et al., 2019). A religiosidade impacta significativa e positivamente a SV (Greene & Yoon, 2004; Krause, 2004; Sholihin et al., 2022).

Na Europa têm surgido oportunidades de aprendizagem na velhice, como os programas de envelhecimento ativo e as universidades seniores (Formosa, 2019a), que têm como intuito promover o envelhecimento ativo e a satisfação ou o bem-estar nos adultos mais velhos (Caprara et al., 2013). Os seus contributos têm vindo a ser explorados e têm surgido evidências de que a frequência de universidades seniores permite a redução de sintomas depressivos e o aumento da SV (Bužgová et al., 2023; Jacob, 2018).

O município de Grândola tem apostado, também, no desenvolvimento de medidas para ajudar as pessoas mais velhas a manterem uma vida saudável. O projeto de investigação “Promoção do bem-estar em adultos mais velhos do Concelho de Grândola: Projetos e sua avaliação” pretende estudar o impacto destas medidas na população que frequenta a USG. Foi desenvolvido em colaboração com o Gabinete de Psicologia do Município de Grândola e a Universidade de Évora (UÉ).

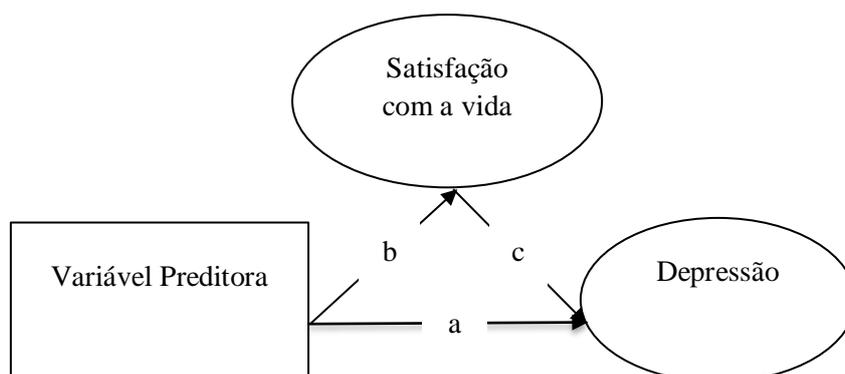
A variável estado civil tem sido apresentada por diversos autores com diferentes operacionalizações. Hossain et al. (2021) e Ndayambaje et al. (2020) categorizaram a variável em dois níveis: casados e não casados (inclui as categorias de solteiros, viúvos e divorciados ou separados). A sua operacionalização em quatro níveis: casado, nunca casado, divorciado ou separado, e viúvo também foi utilizada em vários estudos (Copeland et al., 2004; Kamiya et al., 2013). Noutros estudos, tem sido investigada, preferencialmente à variável estado civil, a variável coabitação, sendo operacionalizada em dois níveis: viver sozinho ou viver com outras pessoas (Fukunaga et al., 2012; Polku et al., 2015). Importa referir que a variável coabitação também pode ser categorizada em três níveis, com a combinação do estado civil operacionalizado em dois níveis (casado e não casado) e a coabitação operacionalizada em dois níveis (vive sozinho e vive com outras pessoas). Assim, indivíduos podem ser casados e viverem acompanhados, outros podem ser não casados e viverem sozinhos e, outros ainda, ser não casados e viverem

acompanhados. Weyerer et al. (2013) considerou, no seu estudo, a coabitação e o estado civil operacionalizado em quatro níveis.

Tendo em consideração todas as alternativas de operacionalização da variável estado civil/coabitação, foram testadas todas estas opções com o intuito de compreender qual seria a mais ajustada no modelo de mediação. A presente investigação teve como objetivo compreender os benefícios das instituições de ensino para seniores através do teste do modelo de mediação da SV na relação com a depressão, tal como apresentado na Figura 1, em função do preditor grupo e com as variáveis de controlo sexo, idade, estado civil/coabitação e religiosidade.

### Figura 1

*Modelo de Mediação da Satisfação com a Vida como Mediador da Relação entre o Preditor Grupo e a Depressão*



*Nota.* Diagrama conceitual: a = efeito direto do preditor observado (PO) sobre o critério latente (CL); b = efeito direto do PO sobre o mediador latente (ML); c = efeito direto do ML sobre o CL; b x c = efeito indireto do PO sobre o CL.

Neste sentido, é esperado que os resultados deste estudo corroborem as eventuais diferenças entre os dois grupos no que se refere à relação e preeminência das variáveis SV e depressão. Espera-se encontrar estas diferenças na relação com as variáveis sociodemográficas de controlo sexo, idade, estado civil/coabitação e religiosidade, em cada um dos grupos de estudo.

Também é expectável observar-se o contributo das universidades seniores através do grupo de Grândola, que frequentavam a USG, na depressão e SV, quando comparados com o grupo de Évora, que não frequentavam qualquer instituição de envelhecimento ativo.

Por último, espera-se que os resultados indiquem que a depressão é mais prevalente no sexo feminino, que aumenta com a idade, que os diferentes estados civis - à exceção do casamento - tendem a aumentar os sintomas depressivos e que o envolvimento religioso tende a reduzi-los. No que diz respeito à SV espera-se que os resultados corroborem que os homens possuem níveis mais elevados, que a SV diminui a partir dos 80 ou mais anos, que a viuvez conduz à diminuição da SV e que, por contraponto, o envolvimento religioso conduz ao seu aumento.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

A amostra ficou constituída por dois grupos de participantes. Um grupo foi composto por adultos mais velhos ( $N = 76$ ), voluntários, de ambos os sexos do concelho de Grândola, que frequentavam a USG. Possuíam idade igual ou superior a 65 anos (leque etário = 65 e 92 anos), eram comunitários e não institucionalizados. Como é possível observar na Tabela 1, este grupo (Grupo 1) caracterizava-se, maioritariamente, por conter participantes do sexo feminino (27.2%), casados ou em união de facto (23.3%), com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos (29.1%), com o 1º ciclo de escolaridade ou menos (22.3%) e não praticantes de uma religião (25.7%).

O segundo grupo foi extraído da amostra recolhida por Carmona (2016), que na sua totalidade era constituída por 421 adultos mais velhos do distrito de Évora, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 98 anos, casados ou em união de facto, com o 1º ciclo ou menos e do meio urbano. A amostra deste grupo (Grupo 2) ficou composta por 130 adultos mais velhos, entre os 65 e os 98 anos do concelho de Évora. Maioritariamente possuíam idades entre os 65 e 79 anos (42.2%), eram do sexo feminino (35.9%), casados ou em união de facto (33.5%), com o 2º ciclo de escolaridade ou mais (37.9%) e eram praticantes de uma religião (33%) (cf. Tabela 1).

O sexo, a religiosidade e as habilitações literárias não eram estatisticamente equivalentes através dos grupos: no Grupo 1, que frequentava a USG, havia menos homens ( $\chi^2 = 5.79$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .016$ ), menos participantes religiosos praticantes ( $\chi^2 = 9.45$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .002$ ) e menos participantes com o 2º ciclo ou mais ( $\chi^2 = 8.10$ ,  $gl = 1$ ,  $p = .004$ ) do que no Grupo 2. Os grupos eram estatisticamente equivalentes quanto às restantes características.

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica dos Grupos de Participantes*

Variáveis Sociodemográficas			<i>n</i>	%
Grupo 1	Idade	65-79 anos	60	29.1
		80 ou mais	16	7.8
	Sexo	Feminino	56	27.2
		Masculino	20	9.7
	Estado civil	Solteiro(a)	3	1.5
		Viúvo(a)	20	9.7
		Casado(a) ou unido(a) de facto	48	23.3
		Divorciado(a)	5	2.4
	Níveis de escolaridade	1º Ciclo ou menos	46	22.3
		2º Ciclo ou mais	30	14.6
	Religiosidade	Praticante	23	11.2
		Não Praticante	53	25.7
Grupo 2	Idade	65-79 anos	87	42.2
		80 ou mais	43	20.9
	Sexo	Feminino	74	35.9
		Masculino	56	27.2
	Estado civil	Solteiro(a)	7	3.4
		Viúvo(a)	49	23.8
		Casado(a) ou unido(a) de facto	69	33.5
		Divorciado(a)	5	2.4
	Níveis de escolaridade	1º Ciclo ou menos	52	25.2
		2º Ciclo ou mais	78	37.9
	Religiosidade	Praticante	68	33
		Não Praticante	62	30.1

*Nota.* Grupo 1 = adultos mais velhos que frequentavam uma universidade sénior (USG);

Grupo 2 = adultos mais velhos que não frequentavam a USG.

Na Tabela 2 está presente a caracterização sociodemográfica da amostra total utilizada neste estudo, constituída por participantes adultos mais velhos ( $N = 206$ ;  $Mdn = 74$ ) e com idades compreendidas entre os 65 e 98 anos, maioritariamente entre os 65 e 79 anos (71.4%) e do sexo feminino (63.1%). Tinham o 2º ciclo ou mais (52.4%), eram casados ou unidos(as) de facto (56.8%) e não praticantes de uma religião (55.8%).

**Tabela 2**

*Caracterização Sociodemográfica da Amostra*

Variáveis Sociodemográficas		<i>n</i>	%
Idade	65-79 anos	147	71.4
	80 ou mais	59	28.6
Sexo	Feminino	130	63.1
	Masculino	76	36.9
Estado civil	Solteiro(a)	10	4.9
	Viúvo(a)	69	33.5
	Casado(a) ou unido(a) de facto	117	56.8
	Divorciado(a)	10	4.9
Níveis de escolaridade	1º Ciclo ou menos	98	47.6
	2º Ciclo ou mais	108	52.4
Religiosidade	Praticante	91	44.2
	Não Praticante	115	55.8

## 2.2. Materiais

### 2.2.1. *Questionário de Caracterização dos Participantes (QCP)*

O QCP foi utilizado para recolher as informações demográficas que permitiram conhecer as características da amostra e operacionalizar as variáveis do modelo de mediação. As informações sociodemográficas da amostra recolhidas e que se revelaram relevantes para o estudo foram: a idade, em anos; o sexo; as habilitações literárias; o estado civil e a religiosidade. A variável sexo foi operacionalizada em 1 = feminino e 2 = masculino e as habilitações literárias em 1 = 1º ciclo ou menos e 2 = 2º ciclo ou mais. A variável estado civil foi operacionalizada em 1 = solteiro(a); 2 = viúvo(a); 3 = casado(a) ou unido(a) de facto; e 4 = divorciado(a). A variável religiosidade foi

operacionalizada em 1 = praticante e 2 = não praticante. Outras informações recolhidas prendem-se com dados clínicos gerais, tais como: existência de perturbação mental e a utilização de serviços de psicologia e psiquiatria pelos participantes.

### **2.2.2. Mini Mental State Examination (MMSE)**

O *MMSE* (Folstein et al., 1975) é utilizado na avaliação global das funções cognitivas, tanto em ambiente clínico como de investigação. A escala possui 30 itens, pontuados com zero ou um ponto e requer cerca de cinco a dez minutos de aplicação. Os itens estão divididos em seis domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Os pontos de corte indicadores de compromisso cognitivo dependem do nível de escolaridade. Na população portuguesa atual são propostos os seguintes pontos de corte: 22 para literacia de zero a dois anos, 24 para literacia de três a seis anos e, 27 para literacia igual ou superior a sete anos (Morgado et al., 2009).

### **2.2.3. Escala de Depressão Geriátrica: Versão Reduzida (EDG-15)**

A EDG-15 é uma versão portuguesa (Diniz, 2007a; Encarnação, 2022) da *Geriatric Depression Scale: Short Form* (Sheikh & Yesavage, 1986), construída a partir da *GDS - Geriatric Depression Scale* (Yesavage et al., 1983). A prova tem como propósito avaliar a depressão em adultos mais velhos (e.g., sem itens somáticos). A escala é composta por 15 itens selecionados da *GDS-30*, que apresentaram a correlação mais alta com sintomas depressivos. A prova foi aplicada sob a forma como o participante se sentiu na sua última semana. Os itens têm uma escala de resposta dicotómica (sim/não), em que dez são indicadores de depressão, quando respondidos de forma positiva - e.g., item três “Sente que a sua vida é vazia?” e quatro “Sente-se muitas vezes desinteressado(a)?”. Cinco itens (1, 5, 7, 11 e 13) são indicadores de depressão, quando respondidos de forma negativa - e.g., item cinco “Está de bom humor a maior parte do tempo?” e sete “Sente-se feliz a maior parte do tempo?” (Sheikh & Yesavage, 1986). Estes itens obtiveram uma pontuação inversa, visto serem respondidos de forma negativa. A sua resposta afirmativa não reflete sintomatologia depressiva, mas sim a resposta “não” é cotada com um ponto e “sim” com zero pontos (Encarnação, 2022).

Brown et al. (2007), através da análise fatorial confirmatória (AFC), encontraram uma estrutura bifatorial oblíqua para a prova, nomeando o fator com os antes referidos dez itens de Afeto Depressivo Geral (ADG) e com os cinco de Satisfação com a Vida (SV). Os itens dois, seis, nove e dez prejudicaram a VME do modelo

porque não eram bons representantes do fator ADG devido aos baixos pesos fatoriais ( $\beta$ ) e às baixas comunalidades entre os itens ( $R^2$ ).

No estudo de Encarnação (2022), com o modelo de Brown et al., foi utilizada uma amostra de 1,432 adultos mais velhos comunitários (leque etário = 65-98 anos), de ambos os sexos. O modelo apresentou problemas no ADG, como no modelo anterior, devido a cinco itens que não representavam bem o fator (i.e., itens 2, 6, 9, 10 e 15). Uma vez excluídos estes itens, o modelo bifatorial oblíquo com dez itens apresentou boa validade estrutural. Foi testado, no mesmo estudo, um outro modelo, hierárquico, acrescentando um fator de segunda ordem, o fator Depressão, que subsumiu o ADG e o SV. O modelo, simultaneamente uni e bifatorial, revelou-se válido e diferenciador quanto à idade dos adultos mais velhos, com o fator Depressão a permitir a comparação entre grupos. Os adultos mais velhos, sem parceiro, com idades compreendidas entre os 65-79 anos possuíam pontuações mais elevadas. Assim, os adultos mais velhos entre os 65-79 anos, com parceiro(a), o ponto de corte para o percentil 95 seria de cinco pontos e sem parceiro(a) oito pontos. Com 80 ou mais anos, para os adultos mais velhos com parceiro(a), o ponto de corte seria de sete pontos e sem parceiro(a), oito pontos. A EDG-15 deve ser integralmente administrada, selecionando os 10 itens do estudo de aferição para efeito de diagnóstico individual e de investigação (Encarnação, 2022).

#### **2.2.4. Escala de Satisfação com a Vida (ESV)**

A ESV é uma adaptação para heteroadministração com adultos mais velhos (Carmona, 2016; Carmona et al., 2013) da versão portuguesa de Simões (1992) da *Satisfaction With Life Scale* (Diener et al., 1985). Os cinco itens que a constituem avaliam a satisfação relacionada com a vida do participante, englobando aspetos da vida passada, presente e futura (e.g., item um “A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse” e três “Estou satisfeito(a) com a minha vida”). A resposta aos itens assenta numa escala de tipo-Likert de sete pontos, que varia entre discordo fortemente (0) e concordo fortemente (6), contrariamente à de cinco pontos de Simões e reproduzindo a original.

Segundo Pavot e Diener (2008), a ESV é uma prova que tem sido amplamente estudada e utilizada. Originalmente o seu desenvolvimento tinha como objetivo torná-la numa breve avaliação do sentimento geral de SV de um indivíduo, vista como um todo e desde a sua introdução que tem sido utilizada em vários estudos. Tem demonstrado ter boas características psicométricas, boa validade convergente com outras escalas e validade discriminante de medidas de bem-estar emocional. Também apresenta

estabilidade temporal e sensibilidade para detetar mudanças na satisfação ao longo de intervenções clínicas. Normalmente costuma ser recomendada como um complemento para escalas que avaliam o bem-estar por se tratar do juízo consciente e avaliativo do indivíduo com os seus próprios critérios (Pavot & Diener, 1993).

No estudo de Carmona (2016), com 421 adultos mais velhos comunitários (leque etário = 65-98 anos), de ambos os sexos, sem indícios de compromisso cognitivo (*MMSE*) e de depressão (EDG-15), observou-se, através da AFC, que o fator SV apresentou propriedades psicométricas aceitáveis após a exclusão do item cinco. O item cinco não representava bem o fator, tendo sido justificado devido à sua formulação pela negativa, que pode ter conduzido a um efeito indesejado de método.

O problema do item cinco foi observado no estudo de Vittersø et al. (2002) com uma amostra de Ed Diener, em 1995-1996. Com 6,949 estudantes universitários de 41 países participantes e idades compreendidas entre os 16 e 69 anos, o item revelou-se complexo por situar-se num nível diferente ao pedir a consideração de uma opção inexecutável, a de viver a vida de novo, e a decisão de querer fazer mudanças. Foi observado que os dois últimos itens possuíam relações negativas, apesar de não estatisticamente significativas entre si. O item quatro foi enaltecido no estudo de Whisman e Judd, (2016), com amostras probabilísticas de adultos com idades entre os 50 e 79 anos de idade, que viviam nos Estados Unidos da América (EUA), Inglaterra e Japão. Observaram que o item quatro variava consoante os países, talvez pela sua referência implícita ao passado. Também o item cinco pareceu estar orientado para o passado (Pavot & Diener, 2008). Assim, observou-se a possibilidade de uma covariância de erro entre o item quatro e cinco, devido à proximidade temporal implícita da sua construção frásica.

### **2.3. Procedimento de Recolha de Dados**

A presente investigação é parte integrante do projeto “Promoção do bem-estar em adultos mais velhos do Concelho de Grândola: Projetos e sua avaliação” da responsabilidade da UÉ. A amostra foi recolhida entre novembro de 2022 e março de 2023, e contou com a colaboração de 126 adultos mais velhos. Neste processo foram entrevistados pela autora 76 participantes e os restantes foram entrevistados pela colega Tatiana Matias, também no âmbito da sua dissertação de Mestrado (Matias, 2023).

Os critérios de exclusão foram o diagnóstico prévio de perturbação depressiva, a presença de compromisso cognitivo na prova *MMSE*, a pontuação de valores indicativos de sintomatologia depressiva na EDG-10, ser ateu e não residir na comunidade. Foram

excluídos 50 participantes do estudo: nove pelo diagnóstico prévio de depressão, nove por apresentarem compromisso cognitivo, sete por pontuarem na EDG-10, 24 por serem ateus e um por residir numa instituição. Restaram para análise 76 adultos mais velhos.

O ficheiro final ficou constituído por 206 participantes adultos mais velhos, acoplando um conjunto de dados derivados dos trabalhos desenvolvidos no âmbito da Tese de Doutoramento de Carmona (2016).

A amostra de adultos mais velhos que frequentavam a USG foi selecionada através de técnicas de amostragem não-probabilísticas, via informadoras privilegiadas. Os contactos, confirmação de presenças, remarcações e substituições dos participantes foram estabelecidos pelas informadoras privilegiadas, anteriormente referidas. Por prudência foi realizada uma preparação prévia do treino da bateria dos instrumentos com o intuito de uma melhor familiarização e maestria da mesma, bem como de cálculo do tempo médio de administração.

A participação no presente projeto de investigação foi voluntária e autorizada através de um Termo de Consentimento Informado (TCI), apresentado aos participantes, sempre em primeiro lugar. O objetivo e o enquadramento do estudo foram referidos, e explicadas as questões relativas ao anonimato, à confidencialidade dos dados e à forma como a informação seria trabalhada, conjuntamente com a de todos os participantes. Foi referido o direito de desistir da participação, sem qualquer prejuízo, e enunciada a possibilidade de receberem os resultados relativos ao projeto de investigação. No final de cada aplicação foram sempre agradecidas a disponibilidade e participação no estudo.

O processo de recolha durou cerca de cinco meses, evitando períodos de festividades (e.g., Natal, Fim de Ano, Páscoa, aniversários) e datas próximas do falecimento de pessoas significativas (i.e., uma semana antes ou depois). O tempo médio de aplicação foi de cerca de uma hora. De forma a evitar efeitos de ancoragem entre os instrumentos procedeu-se à aleatorização dos questionários para cada participante, à exceção do QCP, foi administrado sempre na mesma ordem, após o TCI.

Os instrumentos foram heteroadministrados individualmente por razões ético-deontológicas e instrumentais, através de um formato de entrevista estruturada e conduzida de forma diretiva (Diniz & Amado, 2014). A principal vantagem da aplicação no formato de entrevista baseia-se na abrangência da informação que é possível recolher - e.g., diversas reações emocionais, saúde funcional e cognitiva, e habilitações literárias. A utilização do formato de entrevista também permitiu a recolha de informações complementares que puderam ser úteis para a interpretação dos

resultados do estudo. Foram realizados registos das verbalizações dos participantes após a administração das provas que permitiram esclarecer suposições face à informação obtida através das respostas aos itens das provas e suscitar a possibilidade de manifestação por parte dos mesmos acerca das suas vivências pessoais. Ao nível instrumental, devido à falta de familiaridade com o ambiente de avaliação, e com o objetivo de obter a maior genuinidade possível de respostas, houve a preocupação de criar um contexto promotor de uma relação de confiança e empatia, respeitando as idiossincrasias dos participantes e tornando-o o menos ameaçador possível.

A amostra de adultos mais velhos que não frequentavam a USG foi selecionada através de técnicas de amostragem não-probabilísticas, maioritariamente de tipo bola de neve. Os instrumentos foram administrados de forma semelhante à agora descrita, através do formato de entrevista, com as mesmas preocupações ético-deontológicas e instrumentais antes referidas e com a realização dos registos das verbalizações dos participantes (Carmona, 2016).

#### **2.4. Análise de Dados**

A análise estatística contemplou o recurso a técnicas uni e multivariadas, descritivas e inferenciais. Procedeu-se à realização de um estudo de investigação quantitativo transversal com análises multivariadas para destacar padrões.

A análise estatística *a priori* para determinar a dimensão da amostra foi realizada através da calculadora que se encontra no sítio de Daniel S. Soper (<https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89>). Consideraram-se os seguintes parâmetros para todos os modelos de interesse neste trabalho: magnitude de efeito = .30, potência estatística = .80 e  $p = .044$ . Para o modelo do fator ESV e para o bifatorial da EDG-10 a amostra desejável seria composta por 100 participantes. Já para o modelo de mediação a amostra deveria ser de 323 participantes. Assim, esta condição não foi observada para o teste do modelo de mediação.

As respostas dos participantes aos questionários foram inseridas num ficheiro de dados em formato *Excel* e, posteriormente, foram inseridos e analisados no *IBM SPSS Statistics for Windows (version 24.0)* para a realização do somatório da EDG-10 itens e, posteriormente, das análises descritivas. Em seguida, o ficheiro de dados foi transformado num ficheiro *.DAD* analisado no *LISREL* para validar estruturalmente os construtos operacionalizados pelos instrumentos utilizados na investigação e para testar os modelos de mediação. Primeiramente utilizou-se o *PRELIS 2.80* (adiante *PRELIS*; Jöreskog & Sörbom, 1996) para a elaboração de uma análise preliminar. Realizou-se o

cálculo das matrizes de covariância assintótica das covariâncias policóricas dos limites (*thresholds*, em inglês; Olsson, 1979) das distribuições latentes normais das variáveis ordinais-categoriais observadas do estudo (Jöreskog, 2005).

Posteriormente, fez-se recurso ao *LISREL* 8.80 (adiante *LISREL*; Jöreskog & Sörbom, 2006) e à linguagem *SIMPLIS* (Jöreskog & Sörbom, 1993) para a especificação, identificação e estimação do modelo. A AFC dos instrumentos e o teste do modelo apresentado na Figura 1 foram realizados com o método de estimação por máxima verosimilhança, com recurso ao robusto *Satorra-Bentler Scaled Chi-square* ( $S-B\chi^2$ ; Satorra & Bentler, 1994). O valor da relação entre os fatores com um dos seus itens foi igualado a um, para possibilitar a identificação dos fatores no modelo.

Foram utilizados outros índices para a avaliação do ajustamento do modelo. O *Root Mean Squares Error of Approximation* (*RMSEA*; Steiger, 1990), o *Standardized Root Mean Square Residual* (*SRMR*; Jöreskog & Sörbom, 1981) e o *Comparative Fit Index* (*CFI*; Bentler, 1990) foram considerados para a análise da precisão preditiva interpolativa - PPI (Forster, 2002). No *RMSEA*, os valores próximos ou inferiores a .06 podem indicar um bom ajustamento e valores iguais ou inferiores a .08 podem ser considerados aceitáveis (Hu & Bentler, 1998). Os valores iguais ou superiores a .10 não são considerados aceitáveis (Browne & Cudeck, 1992). Para o *SRMR* os valores que indicam bom ajustamento são os próximos ou inferiores a .08 (Hu & Bentler, 1998) e aqueles que podem ser aceitáveis são os iguais ou inferiores a .10. Por fim, os valores refletem um bom ajustamento para o *CFI* quando são próximos ou superiores a .95 e podem ser aceitáveis quando são iguais ou superiores a .90 (Hu & Bentler, 1998).

A precisão preditiva extrapolativa (PPE) de cada modelo foi analisada (Forster, 2002), considerando o *Expected Cross-Validation Index* (*ECVI*; Browne & Cudeck, 1992). O *ECVI* permite a extrapolação para outras amostras da mesma dimensão da testada. Possibilita a comparação entre modelos alternativos e aquele que apresentar o menor valor deve ser o escolhido. Por fim, utilizou-se também o *Critical N* (*CN*; Hoelter, 1983) para apreciar *a posteriori* acerca da suficiência da dimensão da amostra para testar os modelos (potência estatística observada) fatoriais e de mediação:  $CN \geq 200$  para que esta condição seja observada.

Os efeitos indiretos, nos modelos de mediação, ocorrem quando estes são estatisticamente significativos, tal como os efeitos diretos que os compõem e o restante efeito direto entre as variáveis. Neste caso, seria denominada uma mediação parcial. O outro tipo de mediação, a completa, ocorre quando o efeito indireto e os efeitos diretos

que o compõem se mostram estatisticamente significativos, mas o restante efeito direto entre as variáveis não (Iacobucci et al., 2007). O efeito indireto pode contribuir significativamente para o efeito total se possuir um valor da estatística  $\Delta z$  superior a 1.96,  $p < .05$  (Diniz et al., 2011). Consideraram-se os pesos fatoriais estandardizados ( $\beta$ ) para a análise da estrutura fatorial do(s) modelo(s) com melhor ajustamento, sendo desejáveis os valores acima de .50 e os coeficientes de determinação respectivos (no caso, comunalidades) com valores próximos ou acima de .26 ( $R^2$ ; Cohen, 1988).

O modelo de mediação foi analisado através do nível de significância das suas trajetórias de acordo com os valores de probabilidade de erro de Tipo I e das respectivas magnitudes de efeito ( $d_s$  de Cohen, 1988). Para o cálculo do  $d_s$  de Cohen e dos valores de  $p$  foi utilizada a folha de cálculo de Lakens; (<https://osf.io/vbdah>): para o tamanho total da amostra,  $d_s \approx 2 \times t / \sqrt{N}$  (Lakens, 2013). Para o  $d_s$ , os valores de referência são: .20 = fraca; .50 = moderada; .80 = elevada (Cohen, 1988).

As propriedades psicométricas dos construtos foram analisadas, posteriormente, com recurso ao *Excel*. As qualidades psicométricas dos modelos foram asseguradas através da validade estrutural, testada com a AFC (Anderson & Gerbing, 1988). Foram analisadas a validade convergente (VC), a validade discriminante (VD) e a fiabilidade compósita (FC) de acordo com o critério de Fornell e Lacker (1981). A VD dos fatores foi observável através da variância média extraída (VME) dos seus itens. Um valor igual ou superior a .50 pode considerar-se aceitável. Averiguou-se a VD com o cálculo do quadrado da correlação entre os fatores ( $\phi$ ; variância partilhada) e o seu valor deve ser inferior à VME de cada fator. A FC foi calculada para cada fator (Fornell & Lacker, 1981). O seu valor é considerado aceitável se for igual ou superior a .80, para comparação entre grupos (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tendo-se em consideração que foram testados os quatros modelos de mediação com as alternativas de operacionalização da variável estado civil/coabitação, foi necessário, após a escolha do modelo mais ajustado, a realização da ANOVA de um fator, com recurso ao *SPSS*. Esta análise teve como intuito testar estatisticamente as possíveis diferenças entre os níveis da variável estado civil.

### 3. Resultados

Primeiramente, para a validação da estrutura fatorial da ESV foi testado o modelo composto pelos cinco itens, o M1. O M1 apresentou um ajustamento aceitável: ( $S-B\chi^2_{(gl)} = 10.70(5)$ ;  $CFI = .98$ ;  $RMSEA_{[IC\ 90\%]} = .075[.00;.137]$ ;  $SRMR = .049$ ;  $CN = 371.629$ ). Anteriormente, no estudo de Carmona (2016), o item cinco (“Se eu pudesse

recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”) não representava bem o fator, tendo sido excluído. Note-se que no presente estudo não se observou o mesmo problema, como se pode observar na Tabela 3 e, por isso, o item não foi excluído.

Observou-se que o item quatro (“Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria”) apresentava uma covariância de erro com o item cinco (“Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”) e possuíam as comunalidades que pior representavam o fator. Foi acrescentada a covariância de erro entre os itens quatro e cinco e foi testado novamente o modelo com o intuito de se obter um ajustamento mais aceitável (Tabela 3; M2).

Como se pode observar na Tabela 3, no M1, todos os itens possuíam pesos fatoriais que representavam bem o fator latente. Contudo, os valores referentes às propriedades psicométricas não se encontravam nos parâmetros aceitáveis. O M2 apresentou um melhor ajustamento: (S-B $\chi^2$ (gl) = 7.34(4); CFI = .99; RMSEA[IC 90%] = .064[.00;.137]; SRMR = .039; CN = 371.629). Relativamente aos valores da VMC e da FC continuaram fora dos parâmetros desejáveis.

**Tabela 3**

*Escala de Satisfação com a Vida: Propriedades Psicométricas*

Item	M1		M2	
	$\beta$	$R^2$	$\beta$	$R^2$
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	.65	.42	.66	.43
2. As minhas condições de vida são muito boas.	.57	.32	.56	.31
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	.78	.60	.80	.65
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	.56	.31	.51	.26
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	.55	.30	.51	.26
VME/FC	.39/.76		.38/.75	

*Nota.* M1 = modelo com os cinco itens; M2 = modelo com os cinco itens e a covariância de erro entre os itens quatro e cinco; VME = variância média extraída; FC = fiabilidade compósita.  $\beta$  = peso fatorial standardizado;  $R^2$  (comunalidade) =  $1 - \epsilon$  (variância do resíduo standardizada).

No que concerne à validação da estrutura fatorial da EDG foi testada a escala composta pelos 15 itens. Testaram-se os dois fatores latentes - ADG e SV - e o modelo não se apresentou bem ajustado, como está visível na Tabela 4. Assim, foram excluídos cinco itens que representavam o fator latente ADG: item dois (“Afastou-se de muitas das suas atividades e interesses?”); seis (“Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer?”); nove (“Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?”); dez (“Sente que tem mais problemas de memória do que a maior parte das pessoas?”); e quinze (“Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que o Sr.(a)?”). Testou-se o modelo EDG-10, como sucedeu com Encarnação (2022).

**Tabela 4**

*Índices de Ajustamento da EDG-15 e EDG-10*

(N = 206)	S-B $\chi^2$ (gl)	CFI	RMSEA[IC 90%]	SRMR	CN
EDG-15	283.94(89)	.65	.103[.090;.117]	.084	90.079
EDG-10	99.96(34)	.95	.097[.076;.120]	.132	115.975

*Nota.* S-B $\chi^2$  = satorra-Bentler; CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = standardized root mean square residual; CN = critical N.

O modelo EDG-10 apresentou melhorias nos índices de ajustamento (Tabela 4; EDG-10) e nas propriedades psicométricas (Tabela 5; EDG-10). Contudo, a potência estatística observada (CN) quer num, quer noutro caso, indicou a necessidade de aumentar a dimensão da amostra utilizada neste estudo (que *a priori* era tida como suficiente; cf. pto. 2.4.), com consequência nos resultados obtidos para os restantes índices de ajustamento, nomeadamente para o RMSEA.

**Tabela 5**

*EDG-10: Propriedades Psicométricas*

(Fator Latente) Item	EDG-10	
	$\beta$	R <sup>2</sup>
2. (ADG) Afastou-se de muitas das suas atividades e interesses?	-	-

(Fator Latente) Item	EDG-10	
	$\beta$	$R^2$
3. Sente que a sua vida é vazia?	.62	.38
4. Sente-se muitas vezes desinteressado(a)?	.73	.54
6. Tem medo que algo de mau lhe vá acontecer?	-	-
8. Sente-se muitas vezes abandonado(a)?	.66	.43
9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?	-	-
10. Sente que tem mais problemas de memória do que a maior parte das pessoas?	-	-
12. Sente que não tem valor no estado em que agora se encontra?	.81	.66
14. Sente que não há esperança para a sua situação?	.72	.52
15. Acha que a maior parte das pessoas está melhor do que o Sr.(a)?	-	-
VME/FC	.51/.84	
1. (SV) Está basicamente satisfeito(a) com a sua vida?	.63	.40
5. Está de bom humor a maior parte do tempo?	.86	.73
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	.87	.76
11. Acha que estar vivo agora é maravilhoso?	.66	.44
13. Sente-se cheio de energia?	.72	.52
VME/FC	.57/.87	

Nota. ADG = Afeto Depressivo Geral; SV = Satisfação com a Vida

Ver símbolos estatísticos na Tabela 3.

Realizou-se o teste com a combinação dos modelos anteriormente referidos com melhor ajustamento: o modelo M2 e o modelo EDG-10, em que foram testados os três fatores das provas - ESV, ADG e SV. O ajustamento do modelo considerou-se aceitável ( $S-B\chi^2_{(gl)} = 202.76_{(86)}$ ;  $CFI = .93$ ;  $RMSEA_{[IC\ 90\%]} = .081_{[.067;.096]}$ ;  $SRMR = .113$ ;  $CN = 121.738$ ). Estes valores podem ser entendidos à luz do valor do  $CN$ , que estava abaixo do valor determinado *a priori* para a dimensão da amostra, sendo desejavelmente de

323 participantes. Significa que a amostra possuía dimensões significativamente mais pequenas do que as necessárias para o teste do modelo (cf. pto. 2.4.).

Os resultados das correlações entre fatores, que se apresentam na Tabela 6, remetem para a independência ou quase-independência entre os fatores, tendo-se observado correlações fracas entre si. Seria expectável que os fatores ESV e SV se agregassem, visto ambos avaliarem a SV, no entanto, tal não ocorreu. Desta forma, será esperado que a mediação entre os fatores não ocorra, contrariamente à relação entre ESV e ADG que, entretanto, é negativa.

**Tabela 6**

*Modelo Fatorial Final: Correlações entre os Fatores*

	ESV	ADG	SV
SV	–		
ADG	-.29***	–	
SV	.02	.06	–

Nota. ESV = Escala de Satisfação com a Vida. Ver restantes abreviaturas na Tabela 5.

\*\*\* $p < .001$ . Valor de  $p$  calculado através de Lenhard e Lenhard (2014): <https://www.psychometrica.de/correlation.html>

Testou-se o efeito mediador da SV na depressão, em função do preditor grupo, sem as variáveis de controlo supracitadas. Observou-se que possuiu um pior ajustamento ( $S-B\chi^2_{(gl)} = 302.26_{(99)}$ ;  $CFI = .63$ ;  $RMSEA_{[IC\ 90\%]} = .100_{[.087;.113]}$ ;  $SRMR = .071$ ;  $CN = 92.320$ ) do que o modelo com todas as variáveis (cf. Tabela 8). Na Tabela 7 encontram-se os resultados das relações estatisticamente significativas deste modelo. Observaram-se efeitos diretos entre o preditor grupo e os fatores ESV, ADG e SV e entre os fatores ESV e ADG. Acresce o efeito indireto estatisticamente significativo do grupo sobre o fator ADG. Assim este modelo era de mediação parcial.

**Tabela 7**

*Resultados das Relações Estatisticamente Significativas Diretas e Indireta do Modelo*

Relações	$b$	$EP$	$t$ -Student	$p$	$\beta$	$d_s$
Grupo->ESV	-0.13	0.04	-3.15	.002	-.25	$\approx -0.44$
Grupo->ADG	-0.11	0.04	-2.71	.007	.15	$\approx -.38$

Relações	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i> -Student	<i>p</i>	$\beta$	<i>d<sub>s</sub></i>
Grupo->SV	0.26	0.04	6.60	<.001	.46	≈ -0.92
ESV->ADG	-0.31	0.12	-2.65	.009	-.33	≈ 0.37
Grupo->ADG->ESV	0.04	0.02	2.02	.045	.08	≈ 0.28

*Nota.* Ver abreviaturas na Tabela 6.

Posteriormente foi testado o efeito mediador da SV na depressão, em função do preditor grupo, mas com as variáveis sociodemográficas de controlo, o sexo, a idade, o estado civil/coabitação e a religiosidade, com o intuito de compreender eventuais alterações no modelo e possíveis contribuições das variáveis sociodemográficas de controlo.

Testaram-se os quatro modelos alternativos do estado civil/coabitação (Tabela 8; cf. pto. 1.7.): a variável estado civil operacionalizada em quatro níveis: solteiro, viúvo, casado e divorciado (Md) e operacionalizada em dois níveis: com parceiro e sem parceiro (Mc). Também foi testado o modelo com a variável coabitação operacionalizada em três níveis: casado que vive acompanhado, não casado que vive sozinho e não casado que vive acompanhado (Ma) e operacionalizada em dois níveis: vive sozinho e vive acompanhado (Mb).

Em face dos resultados do ajustamento muito similares entre os modelos, optou-se por considerar como critério de seleção a quantidade e qualidade das relações neles existentes. Assim o modelo selecionado foi o Md (Tabela 8). Observou-se que tanto no modelo Ma (variável coabitação operacionalizada em três níveis), como no modelo Mc (variável estado civil operacionalizada em dois níveis) não houve qualquer relação estatisticamente significativa com qualquer um dos fatores latentes. No modelo Mb a coabitação (2 níveis) já se relacionava com o fator ESV mas, no Md, para além do mesmo acontecer para o estado civil (4 níveis) acresceu a relação estatisticamente significativa entre a idade e o fator ESV.

**Tabela 8**

*Índices de Ajustamento dos Quatro Modelos de Mediação do Estado Civil/Coabitação*

( <i>N</i> = 206)	S-B $\chi^2$ ( <i>gl</i> )	<i>CFI</i>	<i>RMSEA</i> [IC 90%]	<i>SRMR</i>	<i>ECVI</i>	<i>CN</i>
Ma	342.05(147)	.66	.081[.069;.092]	.061	2.283	114.755
Mb	332.90(147)	.70	.079[.067;.090]	.061	2.239	117.881

(N = 206)	S-B $\chi^2_{(gl)}$	CFI	RMSEA[IC 90%]	SRMR	ECVI	CN
Mc	339.28(147)	.66	.080[.069;.091]	.061	2.270	115.684
Md	349.30(147)	.65	.082[.071;.093]	.061	2.319	112.392

*Nota.* Ma = modelo com a variável coabitação operacionalizada em três níveis; Mb = modelo com a variável coabitação operacionalizada em dois níveis; Mc = modelo com a variável estado civil operacionalizada em dois níveis; Md = modelo com a variável estado civil operacionalizada em quatro níveis. *ECVI = expected cross-validation index.* Ver símbolos estatísticos na Tabela 4.

Note-se que o cálculo da potência estatística *a priori* indicou que a dimensão da amostra deste estudo era insuficiente para adequadamente testar o modelo (cf. pto. 2.4.). Conforme o expectável, também a observada (CN) indicou a necessidade de aumentar a dimensão da amostra, com consequência nociva nos resultados obtidos para os restantes índices de ajustamento, nomeadamente para o CFI e RMSEA.

Na Figura 2 podem ser observados os resultados do modelo alternativo escolhido (Md).

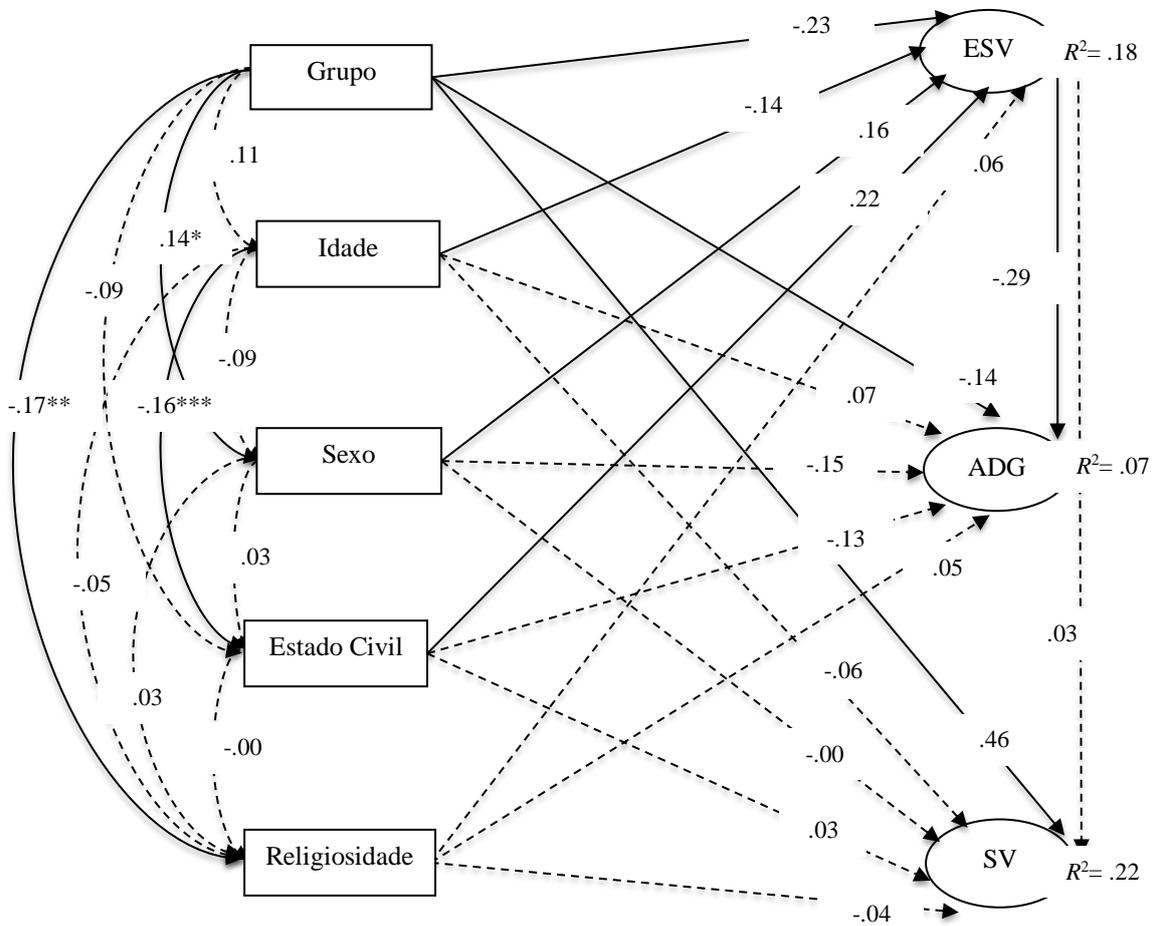
As variáveis sexo, religiosidade e habilitações literárias não eram estatisticamente equivalentes através dos grupos, havia mais homens, menos praticantes de uma religião e menos participantes com o 2º ciclo ou mais no grupo da USG (cf. pto. 2.1.). Contudo, conforme pode observar-se na Figura 2, apenas três correlações foram estatisticamente significativas: o grupo com o sexo, o grupo com a religiosidade e a idade com o estado civil. Acresce, as correlações com a variável grupo apresentaram magnitudes fracas (Cohen, 1988).

No que diz respeito à variância do ESV, ADG e SV capturada pelos preditores ( $R^2$ ), ela foi moderada para o fator ADG e elevada para os restantes fatores ESV e SV.

Na presente investigação não foi observada qualquer mediação do fator ESV no efeito dos preditores sobre o ADG e o SV. Foram encontrados efeitos diretos estatisticamente significativos entre três variáveis de controlo com o fator ESV e observou-se o efeito direto entre o fator ESV e o ADG. No entanto, o efeito indireto não se demonstrou estatisticamente significativo, não sendo considerado para a concretização da mediação.

**Figura 2**

*Modelo de Mediação entre as Variáveis Mediadora e Critério e o Preditor Grupo e as Variáveis de Controlo*



*Nota.* Diagrama conceptual com a solução completamente estandardizada. A matriz não era positivamente definida, por isso, foi adicionada uma constante fixa de .10. Grupo (1 = adultos mais velhos que frequentavam uma universidade sénior [USG]; 2 = adultos mais velhos que não frequentavam a USG); Idade (1 = 65 a 79 anos; 2 = 80 ou mais anos); Sexo (1 = feminino; 2 = masculino); Estado Civil (1 = solteiro(a); 2 = viúvo(a); 3 = casado(a) ou união de facto; e 4 = divorciado(a); Religiosidade (1 = Praticante; 2 = Não Praticante). Ver restantes abreviaturas na Tabela 5.

Setas a tracejado representam as relações não estatisticamente significativas.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ . Valores de  $p$  calculados através de Lenhard e Lenhard (2014): <https://www.psychometrica.de/correlation.html>

Na Tabela 9 estão presentes os resultados das relações estatisticamente significativas diretas do Md, o modelo selecionado.

**Tabela 9**

*Resultados das Relações Estatisticamente Significativas Diretas do Modelo Selecionado*

	Relações	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>t</i> -Student	<i>p</i>	<i>d<sub>s</sub></i>
Md	Grupo->ESV	-0.12	0.04	-3.10	.002	≈ -0.43
	Grupo->ADG	-0.10	0.04	-2.42	.016	≈ -.34
	Grupo->SV	0.26	0.04	6.48	<.001	≈ 0.90
	Idade->ESV	-0.07	0.04	-2.03	.044	≈ -0.28
	Sexo->ESV	0.08	0.03	2.52	.013	≈ 0.35
	Estado Civil->ESV	0.15	0.05	3.35	.001	≈ 0.47
	ESV->ADG	-0.28	0.13	-2.25	.026	≈ -0.31

*Nota.* Ver abreviaturas na Tabela 6.

No que respeita ao efeito direto entre o preditor grupo e o fator latente ESV, o grupo apresentou uma relação negativa estatisticamente significativa, ou seja, os adultos mais velhos que não frequentavam a USG indicaram menores níveis de SV. Relativamente à relação negativa estatisticamente significativa entre o preditor grupo e o fator ADG, os adultos mais velhos que não frequentavam a USG possuíam menores níveis de depressão. A relação positiva estatisticamente significativa entre o preditor grupo e o fator SV indica que estes participantes possuem maiores níveis de SV, facto que parece contradizer os resultados anteriormente referidos e que será interpretado na secção da discussão. O efeito direto observado entre os fatores ESV e ADG indica que quanto maior o nível de ESV, menor o nível de ADG, ou seja, maiores níveis de SV podem conduzir a menores níveis de depressão.

No que diz respeito às variáveis de controlo, a idade indicou uma relação negativa estatisticamente significativa com o fator latente ESV, o que revelou que os participantes com 80 ou mais anos apresentaram menores níveis de SV. A relação positiva estatisticamente significativa entre o sexo e o fator latente ESV indicou que os adultos mais velhos do sexo masculino se revelaram com maior SV.

De acordo com as magnitudes de efeito, cinco relações apresentadas na Tabela 9 podem ser consideradas, no entanto, deste conjunto de relações merecem destaque três delas, as quais apresentaram magnitudes moderadas a elevadas (*d<sub>s</sub>*).

Por último, o estado civil também indicou uma relação positiva estatisticamente significativa com o fator ESV. Esta variável foi analisada, posteriormente, através da ANOVA, com a qual foi possível constatar a diferença entre as médias do fator ESV, que elucidavam diferenças entre os níveis do estado civil. O método *Bonferroni* permitiu testar as teorias dos estudos e foi menos suscetível aos erros de tipo I (McHugh, 2011). Os resultados das médias dos diferentes níveis do estado civil e dos testes *pairwise* com as suas múltiplas comparações encontram-se na Tabela 10.

**Tabela 10**

*Estimativas das Médias e Múltiplas Comparações entre os Níveis do Estado Civil, em Função do Resultado da Escala de Satisfação com a Vida*

Estado Civil	$\Delta M$	EP	p
Solteiro(a); $M = 19.00$ – Viúvo(a); $M = 15.82$	-3.174	1.560	.259
Casado(a) ou unido(a) de facto; $M = 19.56$ – Viúvo(a)	3.730	.700	<.001
Casado(a) ou unido(a) de facto – Divorciado(a); $M = 19.60$	-.044	1.519	1.000
Casado(a) ou unido(a) de facto – Solteiro(a)	.556	1.519	1.000
Divorciado(a) – Solteiro(a)	.600	2.061	1.000
Divorciado(a) – Viúvo(a)	3.774	1.560	.098

*Nota.* O estado civil foi tido como fator e o somatório dos itens referentes ao fator ESV como variável critério.

Observa-se que, as maiores diferenças do fator ESV estão entre os níveis “Casado(a) ou unido(a) de facto” e “Viúvo(a)” (Tabela 10), sendo possível concluir que os adultos mais velhos casados ou unidos(as) de facto possuem maiores níveis de SV e que os viúvos são os que possuem os menores níveis.

Os efeitos diretos observados entre o preditor grupo e os três fatores ESV, ADG e SV e o efeito direto entre os fatores ESV e ADG estavam presentes em ambos os modelos testados (cf. Tabela 7). No modelo testado com as variáveis de controlo as relações sofreram alterações (cf. Tabela 9). A relação estatisticamente significativa entre o preditor grupo e o fator ESV diminuiu de magnitude de efeito ( $d_s$ ), assim como as

relações entre o preditor grupo e o fator ADG, do preditor grupo com o fator SV e entre os fatores ESV e ADG. Assim, a presença das variáveis de controlo, nomeadamente aquelas que eram estatisticamente significativas e possuíram magnitudes de efeito moderadas a elevadas (Tabela 9), permitiu melhorar o ajustamento do modelo de mediação e também ter um efeito de supressão do erro que restou da variável grupo sobre o ESV, o ADG e o SV. Por fim, o efeito indireto observado no modelo supracitado (Tabela 7) deixou de se observar no modelo que incluiu as variáveis de controlo (cf. com o período que se antecipa à Figura 2 no pto. 3)

Por último, a variável religiosidade não se relacionou com qualquer um dos fatores.

#### **4. Discussão**

Na velhice as exigências prendem-se com manter as capacidades para o funcionamento independente, a participação social, a saúde e o bem-estar (Auais et al., 2019). A investigação sobre o envelhecimento permite compreender estas dificuldades e necessidades (Baltes & Mayer, 2001), intervir em situações de vulnerabilidade psicológica, emocional e socioeconómica, e criar respostas sociais que atuem nas doenças e perdas mentais e físicas (Baltes et al., 2005). Os resultados da presente investigação permitiram concluir que há a necessidade de agir de modo preventivo com os adultos mais velhos, promovendo o desenvolvimento e prática de atividades de lazer para minimizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento (Almeida & Quintão, 2012).

O objetivo primordial da presente dissertação foi compreender as possíveis diferenças entre os dois grupos através da mediação entre a SV e a depressão na relação com o preditor grupo, frequência ou não da USG, e com variáveis sociodemográficas de controlo. Através da literatura consultada foi possível destacar como variáveis de controlo o sexo, a idade, o estado civil/coabitação e a religiosidade.

Foram aplicadas as provas *MMSE* (Folstein et al., 1975; Morgado et al., 2009) para o rastreio de compromisso cognitivo da população. A *EDG-15* (Diniz, 2007a; Encarnação, 2022) e a *ESV* (Carmona, 2016; Carmona et al., 2013) foram utilizadas para elaboração e teste do modelo de mediação. Começou-se por testar os modelos fatoriais das provas, tendo sido necessário, em ambas as provas, a realização de alterações nas suas estruturas fatoriais.

No que se refere à prova *ESV* foi acrescentada a covariância de erro entre os itens quatro (“Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu

desejaria”) e cinco (“Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”), os quais já tinham sido identificados noutros estudos por possuírem relações negativas entre si e possuírem uma referência implícita ao passado (Pavot & Diener, 2008; Vittersø et al., 2002; Whisman & Judd, 2016). A conotação negativa dos itens parece ter impacto na estrutura fatorial da prova (Carmona, 2016). Carmona (2016) sugeriu a reformulação do item cinco por estar escrito na negativa e possuir uma “visão muito positiva da vida”, que pode ter causado um indesejado efeito de método. Outros autores destacaram o item quatro relacionando-o com as suas possíveis interpretações devido às diferenças na forma de responder dos participantes dos diferentes países (Whisman & Judd, 2016).

Relativamente à prova EDG-15 foram excluídos cinco itens (i.e., 2, 6, 9, 10 e 15). A pouca representatividade do fator por parte destes itens já tinha sido referida por Brown et al. (2007) devido a quatro deles: os itens dois, seis, nove e dez. Também Encarnação (2022) excluiu aqueles cinco itens no seu estudo. A conotação negativa dos itens também parece ter tido impacto na estrutura fatorial desta prova (Brown et al., 2007; Chiang et al., 2009). Na investigação de Brown et al. (2007) os indivíduos dementes e não dementes mostraram uma maior propensão a negar itens positivos, ao invés de endossar os negativos devido ao tom mais severo de desesperança ou inutilidade. Chiang et al. (2009) sugeriram a reformulação do conteúdo dos itens na negativa para a positiva, com o intuito de aumentar a facilidade de compreensão e aceitabilidade dos itens - e.g., reformulação do item dois: “Diverte-se quando se envolve em atividades e interesses seus?”.

Inicialmente foi testado o modelo de mediação da SV na relação com a depressão, em função do preditor grupo, sem as variáveis de controlo supracitadas, no qual foi observada uma mediação parcial (Iacobucci et al., 2007). Em seguida, foi testado o mesmo modelo de mediação, com o preditor grupo e as variáveis sociodemográficas de controlo sexo, idade, estado civil/coabitação e religiosidade com o intuito de compreender eventuais alterações no modelo. Foram testados quatro modelos com as diferentes operacionalizações da variável estado civil/coabitação: estado civil operacionalizado em quatro níveis (solteiro, viúvo, casado e divorciado); estado civil operacionalizado em dois níveis (com parceiro e sem parceiro); coabitação operacionalizada em três níveis (casado que vive acompanhado, não casado que vive sozinho e não casado que vive acompanhado); e coabitação operacionalizada em dois níveis (vive sozinho e vive acompanhado). Concluiu-se que os modelos apresentavam

ajustamentos similares e que com a variável estado civil operacionalizada em quatro níveis possuía mais relações estatisticamente significativas entre as variáveis de controlo e o fator latente ESV, tendo pois sido o selecionado.

No modelo composto pelas variáveis sociodemográficas foi possível identificar diferenças entre os dois grupos em estudo, concluindo-se que os adultos mais velhos que não frequentavam a USG indicaram menores níveis de SV, medida pelo fator ESV face àqueles que frequentavam, em consonância com o evidenciado em vários estudos sobre o benefício das universidades seniores (Bužgová et al., 2023; Jacob, 2018). Este dado permitiu corroborar a hipótese inicial de que as universidades seniores possuem impactos positivos para os adultos mais velhos que os frequentam, em comparação com os participantes que não os frequentam (Caprara et al., 2013; Bužgová et al., 2023).

Os adultos mais velhos que não frequentavam a USG apresentaram níveis de depressão mais baixos, medidos pelo fator ADG. Também apresentaram maiores níveis no fator SV. Ainda, apresentaram menores níveis de SV, medidos pelo fator ESV. Geralmente, a falta de SV foi significativamente associada com o desenvolvimento de depressão em adultos mais velhos comunitários, após três (Green et al., 1992) e seis anos (Joshanloo, 2022). Contudo, com estes participantes esta tendência não se observou. Outro estudo longitudinal concluiu que as classificações de SV previram o risco de depressão 10 anos depois. Observaram que o aumento do tempo da investigação permitia aos indivíduos deprimidos observarem melhorias nas suas vidas. No entanto, essas crenças de maior SV previram o maior risco de ocorrer uma depressão no futuro (Busseri & Peck, 2015). Assim, ainda que a presente investigação não seja o mesmo tipo de estudo do referido, os seus resultados podem ser explicados por esta dimensão temporal observada.

Um aspeto a ter-se em consideração prende-se com a metodologia aplicada. Ao contrário da ESV, que avalia a SV de acordo com toda a vida do participante, a EDG-15 avalia apenas a última semana antes da aplicação da prova. Neste sentido, os aspetos circunstanciais da última semana condicionaram as respostas dos participantes ao questionário. Note-se que através dos registos das verbalizações dos participantes que frequentavam a USG foi observado o efeito deste facto. Por exemplo através das frases: "na última semana não tenho estado bem"; "esta última semana foi muito complicada"; e "as minhas respostas são apenas desta última semana, no resto do tempo tenho-me sentido melhor". Estes exemplos podem justificar os resultados apresentados de que os

participantes que frequentavam a USG indicaram maiores níveis de depressão, menores níveis no fator SV e, ainda, maiores níveis de SV, medida pelo fator ESV.

A visível contradição nos fatores ESV e SV também pode ser justificada pelo facto da relação entre ambos ser praticamente nula, indicando que cada um deles avalia facetas diferentes da SV, e que teve impacto nos resultados de um e outro fator.

Outros efeitos diretos observados neste modelo de mediação permitiram constatar que os participantes com 80 ou mais anos possuíram níveis mais baixos de SV e os participantes do sexo masculino relataram estar mais satisfeitos com a sua vida. Estudos anteriores reportaram resultados idênticos, nos quais a SV diminui numa idade mais avançada (Baird et al., 2010; Bartram, 2021; Matud et al., 2019) e os homens na velhice estão, geralmente, mais satisfeitos com a sua vida (Berg et al., 2006; Joshanloo & Jovanović, 2020; Van Damme-Ostapowicz et al., 2021).

A ANOVA, depois de ter sido tornado manifesto o fator SV, através do somatório do resultado dos itens que o representavam, permitiu observar as diferenças entre os níveis do estado civil, sobretudo entre os casados ou unidos(as) de facto e os viúvos. Observou-se que os adultos mais velhos casados ou unidos(as) de facto possuem maiores níveis de SV e os viúvos possuem menores níveis. Nos estudos consultados, a viuvez, nomeadamente nos homens, tende a diminuir a SV (Berg et al., 2006). Matud et al. (2019) indicaram que, nas mulheres, estar casada ou em união de facto, aumenta os valores de SV, sendo que outra das condições do estado civil, à partida iria diminuir estes valores. Contudo, apesar do casamento poder ser um fator protetor, estudos demonstraram que o casamento pode diminuir a SV (Bourassa et al., 2015; Chipperfield & Havens, 2001), aspeto que não se corroborou no presente estudo, em virtude da variável qualidade conjugal não ter sido nele considerada.

O preditor religiosidade apresentou resultados negativos para qualquer um dos critérios (fatores ESV, ADG e SV), por contraponto ao referido por vários autores (Greene & Yoon, 2004; Krause, 2004; Sholihin et al., 2022). A forma como a religiosidade foi explorada nestes estudos diferenciou-se daquela que foi utilizada no presente (i.e., praticante ou não praticante de uma religião). No estudo de Greene e Yoon (2004) observaram o apego religioso forte. Já Krause (2004) explorou a frequência à igreja e o suporte emocional sentido. Por fim, Sholihin et al. (2022) deram destaque a aspetos como a consciência teológica e a apreciação e integração da teologia e dos rituais. Também as amostras se diferenciaram, ou seja, Sholihin et al. (2022) utilizaram uma amostra de investigações primárias de países tais como: Indonésia, Irão,

Coreia, EUA, Peru, Grécia e Austrália. Por seu lado, Krause (2004) baseou-se em adultos mais velhos afroamericanos. Por estas razões, conjectura-se que as diferenças dos presentes resultados face aos outros analisados, deriva de operacionalização diversa das variáveis e de flutuações nas amostras.

Observou-se neste modelo que o efeito indireto entre o preditor grupo e o fator ADG presente no primeiro modelo testado deixou de se observar. A presença das variáveis sociodemográficas permitiu que o modelo tivesse um melhor ajustamento e forneceu controlo à variável grupo, nomeadamente, aquelas que eram estatisticamente significativas e possuíam magnitudes de efeito moderadas a elevadas para os fatores ESV, ADG e SV, em virtude do efeito de supressão do erro da predição da variável grupo sobre esses critérios.

No teste deste modelo não se observou qualquer tipo de mediação (Iacobucci et al., 2007) porque a predição do fator ESV sobre os fatores ADG e SV não foi estatisticamente significativa, contrariamente ao expectável através de literatura disponível, que verificaram relações estatisticamente significativas e negativas entre as provas ESV e GDS, de oito (Figueiredo-Duarte et al., 2021) e 15 itens (López-Ramos et al., 2018). No estudo de Figueiredo-Duarte et al. (2021), a versão da prova GDS de oito itens foi testada com apenas um fator. Também no estudo de López-Ramos et al. (2018) o modelo que obteve um melhor ajustamento possuía apenas um fator. Em termos de amostragem, o estudo de López-Ramos et al. (2018) possuiu uma amostra semelhante com a um dos grupos da amostra da presente investigação (i.e., adultos mais velhos estudantes em universidades seniores portuguesas). Já o estudo de Figueiredo-Duarte et al. (2021) diferenciou-se do presente devido aos adultos mais velhos serem institucionalizados.

Também os restantes estudos consultados apontaram no mesmo sentido, ainda que com outras provas para medir a depressão (Joshanloo, 2022; Whitman et al., 2022). No estudo de Joshanloo (2022), a amostra foi composta por indivíduos da comunidade, no entanto, englobou idades desde os 40 aos 85 anos e que estavam a participar num estudo longitudinal. Whitman et al. (2022) utilizaram uma amostra de adultos com mais de 55 anos, contudo com especificidades clínicas (i.e., deprimidos com histórico de tentativas de suicídio, deprimidos sem histórico e grupo de controlo saudável). Assim, novamente se conjectura que as diferenças dos presentes resultados face aos outros analisados, deriva de operacionalização diversa das variáveis e de flutuações nas amostras.

A presente investigação apresenta algumas limitações. Primeiro, a amostragem não-probabilística pode conduzir a uma amostra idiossincrática, sendo fundamental considerar os resultados obtidos com a máxima prudência. Sugere-se, em estudos futuros, a replicação com outras amostras independentes, visto que pode permitir a corroboração dos resultados obtidos na presente investigação ou fornecer novos dados de interesse.

Segundo, a dimensão da amostra revelou-se insuficiente para adequadamente testar o modelo. O cálculo da potência estatística *a priori* (cf. pto. 2.4.) indicou que o valor da sua dimensão seria desejavelmente 323 participantes. Também a observada (CN) indicou a necessidade de aumentar a dimensão da amostra. A inclusão de um maior número de adultos mais velhos com 80 ou mais anos poderá possibilitar a maior homogeneização de ambos os grupos e o aumento da dimensão da amostra.

O facto de terem sido utilizadas duas amostras para comparação do efeito da frequência da USG também pode ser considerado uma limitação. Seria mais profícuo testar numa única amostra o modelo antes e depois da sua frequência na USG, uma vez que o tempo histórico pode causar modificações graduais ou abruptas na vida dos adultos mais velhos devido às mudanças psicológicas, sociais, políticas e económicas (Settersten & Godlewski, 2016). O grupo de amostragem que frequenta a USG continha quatro participantes que frequentavam o programa de envelhecimento ativo: Programa Viver Solidário (PVS). No caso de terem sido incluídos mais participantes que beneficiassem, tanto da USG, como deste programa poderia ser vantajoso para apreciar os benefícios dos programas de envelhecimento ativo.

Outra limitação do estudo prende-se com o facto de a amostra ser unicamente composta por adultos mais velhos de zonas urbanas. Os indivíduos das zonas rurais possuem fatores que podem aumentar o risco de depressão, como o declínio económico, serviços e comodidades limitados, longas distâncias de viagem, ambientes físicos rígidos (John et al., 2009) e os obstáculos ao tratamento (Hauenstein et al., 2007). Assim, alargar a recolha de dados para áreas rurais podia fornecer novos dados e eventualmente outros resultados.

É importante, ainda, ter em consideração o possível enviesamento das respostas devido ao efeito de desejabilidade social (Vesely & Klöckner, 2020) causado pela presença das investigadoras na recolha de dados, visto que a amostra possuía características muito específicas e o evento da recolha foi bastante bem recebido pelos participantes. A generalização dos resultados da presente investigação deve ser

realizada com cuidado, uma vez que, apesar de apenas algumas variáveis se relacionarem com a SV, isso não significa que, noutras amostras de outras investigações, as restantes variáveis não se relacionem, também.

Tomadas em conjunto estas limitações e, caso as sugestões de modificação enunciadas não sejam benéficas, com a replicação do estudo, nomeadamente no que respeita à mediação, conjectura-se que com outro mediador, por exemplo, o fator suporte emocional (Diniz, 2007b), os resultados das relações entre preditores e critérios fossem diferentes dos agora obtidos.

A presente investigação apresentou como mais valias a garantia da validade interna através da aleatorização dos instrumentos para cada participante, com o intuito de evitar efeitos de arrastamento (Alferes, 1997). Também a colaboração de informadoras privilegiadas e a aplicação dos instrumentos em formato de entrevista são um aspeto a valorizar. A entrevista permite uma maior abrangência da informação a recolher, considerando as reações emocionais, a saúde funcional e cognitiva, e as habilitações literárias e as razões instrumentais e ético-deontológicas (Diniz & Amado, 2014). As variáveis de controlo são também uma mais-valia no atual estudo, nomeadamente a idade e o estado civil. Assim, deve-se contemplá-las nos estudos não-experimentais, e também nos estudos quase-experimentais (Shadish et al., 2002) devem considerar-se estas variáveis na seleção do grupo-alvo e do grupo de controlo.

Estes estudos com adultos mais velhos são fundamentais para um conhecimento mais aprofundado da velhice. Permitem conhecer a necessidade de adaptação dos cuidados para esta população, focando-se nas suas necessidades (Rudnicka et al., 2020) e na prevenção ou retardamento de doenças, conduzindo ao aumento da expectativa de vida saudável (Campisi et al., 2019). Mais, a investigação sobre o envelhecimento contribui para a maior inclusão dos adultos mais velhos, melhorando a sua saúde e bem-estar (Dahlin-Ivanoff et al., 2019). Geralmente, esta população possui uma atitude positiva em relação às pesquisas epidemiológicas, seja por motivações intrínsecas (e.g., questões pessoais) ou extrínsecas (e.g., os resultados da pesquisa). Esta atitude dos adultos mais velhos pode dever-se à confiança na relação entre participantes e investigadores (Fiordelli et al., 2021), mas também à sua participação ativa, proporcionando a partilha das suas experiências, que, por sua vez, podem melhorar os procedimentos de pesquisa (Dahlin-Ivanoff et al., 2019).

Como se pode deduzir do exposto, os resultados agora obtidos possuem implicações práticas para a sociedade, em geral, mas também, para os profissionais de

saúde, nomeadamente psicólogos clínicos. Permitem um melhor conhecimento das características desta população, tornando possível desenvolver intervenções para a ajudar. Possibilitam, também, identificar a viuvez dos adultos mais velhos como uma característica de risco que pode promover insatisfação com a vida e, nalguns casos, culminar na depressão. Saem reforçadas intervenções como aquelas que foram objeto deste estudo, articulando entidades do contexto local, e que possuem um papel preventivo. Por exemplo, nestes estudos, os municípios dos quais os participantes provêm são os dois áreas urbanas no Alentejo, no entanto, Grândola é uma cidade pertencente ao Alentejo litoral e Évora uma cidade capital de distrito que, ainda que situada no interior sul do país, oferece melhores infraestruturas de saúde.

### Referências

- Acciai, F., & Hardy, M. (2017). Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Social Science Research*, 68, 163-175. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.08.003>
- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(188), 1-16. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação científica em psicologia: Teoria e prática*. Almedina.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 25(6), 350-358. <https://doi.org/10.20344/amp.1351>
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling 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>
- Antunes, M. D. C. P., & Maia, E. M. (2023). Successful ageing: Contributions of non-formal (adult) education in a group of older people in northern Portugal. *Educational Gerontology*, 49(7), 573-584. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2143005>
- Apóstolo, J. L. A., de Jesus Loureiro, L. M., dos Reis, I. A. C., da Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. <https://doi.org/10.12707/RIV14033>

- Auais, M., Ahmed, T., Alvarado, B., Phillips, S. P., Rosendaal, N., Curcio, C. L., Fernandes, J., Guralnik, J., & Zunzunegui, M. V. (2019). Gender differences in four-year incidence of self-reported and performance-based functional disability: The International Mobility in Aging Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.03.002>
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183-203. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9584-9>
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., Padulo, C., & Fairfield, B. (2018). Assessment of late-life depression via self-report measures: A Review. *Clinical Interventions in Aging*, 2018(13), 2021-2044. <https://doi.org/10.2147/CIA.S178943>
- Baltes, P., Freund, A., & Li, S-C. (2005). The psychological science of human ageing. In M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 47-71). Cambridge University Press. <https://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-0025-8447-C>
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (Eds.). (2001). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Bartram, D. (2021). Age and life satisfaction: Getting control variables under control. *Sociology*, 55(2), 421-437. <https://doi.org/10.1177/0038038520926871>
- Becchetti, L., & Conzo, G. (2022). The gender life satisfaction/depression paradox. *Social Indicators Research*, 160(1), 35-113. <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02740-5>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging and Mental Health*, 10(3), 257-264. <https://doi.org/10.1080/13607860500409435>
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., & Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 873-887. <https://doi.org/10.1177/0269215509337449>

- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249-265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Blazer, D. G. (2009). Depression in late life: Review and commentary. *Focus*, 7(1), 118-136. <https://doi.org/10.1176/foc.7.1.foc118>
- Bourassa, K. J., Sbarra, D. A., & Whisman, M. A. (2015). Women in very low quality marriages gain life satisfaction following divorce. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 490-499. <https://doi.org/10.1037/fam0000075>
- Borg, C., Fagerström, C., Balducci, C., Burholt, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., Holst, G., & Hallberg, I. R. (2008). Life satisfaction in 6 European countries: The relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric Nursing*, 29(1), 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.05.002>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- 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://doi.org/10.1037/0882-7974.22.2.372>
- Büchtemann, D., Luppá, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 172-179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.010>
- Buigues, C., Padilla-Sánchez, C., Garrido, J. F., Navarro-Martínez, R., Ruiz-Ros, V., & Cauli, O. (2015). The relationship between depression and frailty syndrome: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 19(9), 762-772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.967174>
- Busseri, M. A., & Peck, E. (2015). Do (even) depressed individuals believe that life gets better and better? The link between depression and subjective trajectories for life satisfaction. *Clinical Psychological Science*, 3(5), 715-725. <https://doi.org/10.1177/2167702614547265>
- Bužgová, R., Kozáková, R., Bobčíková, K., & Matějovská Kubešová, H. (2023). The importance of the university of the third age to improved mental health and

- healthy aging of community-dwelling older adults. *Educational Gerontology*, 1-12. <https://doi.org/10.1080/03601277.2023.2240663>
- Campisi, J., Kapahi, P., Lithgow, G. J., Melov, S., Newman, J. C., & Verdin, E. (2019). From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. *Nature*, 571(7764), 183-192. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1365-2>
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 5181. Article 817813. <https://doi.org/10.1155/2013/817813>
- Carmona, C. (2016). *Capacidades sensoriais e motoras percebidas e sucesso no envelhecimento em idosos: Mediação do envolvimento e do evitamento face à comida* [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/17612>
- Carmona, C., Diniz, A. M., & Gaspar, R. (2013). *Escala de Satisfação com a Vida* [Instrumento não publicado].
- Chiang, K. S., Green, K. E., & Cox, E. O. (2009). Rasch analysis of the geriatric depression scale—short form. *The Gerontologist*, 49(2), 262-275. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp018>
- Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(3), 176-186. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.3.p176>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., Hooijer, C., Lawlor, B. A., Kivela, S. L., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A. H., Meller, I., Prince, M. J., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., deVries, M. W., & Wilson, K. C. (2004). Depression among older people in Europe: The EURODEP studies. *World Psychiatry: Official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 45-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414664/pdf/wpa010045.pdf>
- Croezen, S., Avendano, M., Burdorf, A., & Van Lenthe, F. J. (2015). Social Participation and Depression in Old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10

- European Countries. *American Journal of Epidemiology*, 182(2), 168-176.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kwv015>
- Dahlin-Ivanoff, S., Sterner, T. R., Blennow, K., Skoog, I., & Erhag, H. F. (2019). Was it worth it? Older adults' experiences of participating in a population-based cohort study—a focus group study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1238-4>
- Deng, Y., McQuoid, D. R., Potter, G. G., Steffens, D. C., Albert, K., Riddle, M., Beyer, J. L., & Taylor, W. D. (2018). Predictors of recurrence in remitted late-life depression. *Depression and Anxiety*, 35(7), 658-667.  
<https://doi.org/10.1002/da.22772>
- Díaz-López, M., Lopez-Liria, R., Aguilar-Parra, J. M., & Padilla-Góngora, D. (2016). Keys to active ageing: New communication technologies and lifelong learning. *SpringerPlus*, 5(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2434-8>
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In H. G. A. Blanco & J. Georgas (Eds.), *Key issues in cross-cultural psychology* (1<sup>a</sup> ed., pp. 319-330). Garland Science.
- Diener, E. & Emmons, R. A., (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.5.1105>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.  
[https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- 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., & 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>
- Diniz, A. M., Pocinho, M. D., & Almeida, L. S. (2011). Cognitive abilities, sociocultural background and academic achievement. *Psicothema*, 23(4), 695-700. <http://www.psicothema.com/pdf/3943.pdf>
- Encarnação, M. (2022). *Estudos sobre as versões reduzidas da Geriatric Depression Scale* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Évora.

- Eurostat. (2020, 18 de dezembro). *Archive: Estrutura populacional e envelhecimento*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura\\_populacional\\_e\\_envelhecimento&oldid=510113](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=510113)
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. Á., Schettini, R., & del Rey, Á. L. (2012). Promoting active aging through university programs for older adults. *GeroPsych*, 25(3), 145-154. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000064>
- Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sérgio, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2021). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health*, 25(3), 492-498. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>
- Fiordelli, M., Fadda, M., Amati, R., & Albanese, E. (2021). Older adults' motivations to participate or not in epidemiological research. Qualitative inquiry on a study into dementia in Switzerland. *Plos One*, 16(2), Article 0247141. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247141>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- 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/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Formosa, M. (2019a). Active Ageing Through Lifelong Learning: The University of the Third Age In. J. L. Powell & S. Chen (Eds.). *The university of the third age and active ageing: European and Asian-Pacific Perspectives* (pp. 3-15). Springer.
- Formosa, M. (2019b). University of the Third Age. In D. Gu & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of gerontology and population ageing* (pp. 5315-5320). Springer.
- 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>
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(1), 85-107. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>

- 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>
- Fukunaga, R., Abe, Y., Nakagawa, Y., Koyama, A., Fujise, N., & Ikeda, M. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12(3), 179-185. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2012.00402.x>
- Funnell, E. (2010). Depression in the elderly. *InnovAiT*, 3(4), 199-208. <https://doi.org/10.1093/innovait/inp231>
- Gleeson, H., Hafford-Letchfield, T., Quaipe, M., Collins, D. A., & Flynn, A. (2019). Preventing and responding to depression, self-harm, and suicide in older people living in long term care settings: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1467-1477. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1501666>
- Green, B. H., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Sharma, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., Sullivan, C. & McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 213-217. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03254.x>
- Greene, K. V., & Yoon, B. J. (2004). Religiosity, economics and life satisfaction. *Review of Social Economy*, 62(2), 245-261. <https://doi.org/10.1080/00346760410001684460>
- Haigh, E. A., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression among older adults: A 20-year update on five common myths and misconceptions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107-122. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011>
- Hauenstein, E. J., Petterson, S., Rovnyak, V., Merwin, E., Heise, B., & Wagner, D. (2007). Rurality and mental health treatment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 255-267. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0105-8>
- Hayward, R. D., Owen, A. D., Koenig, H. G., Steffens, D. C., & Payne, M. E. (2012). Religion and the presence and severity of depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 188-192. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31822ccd51>

- Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29(1), 63-82. <https://doi.org/10.1007/BF01136197>
- Hoelter, J. W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological Methods and Research*, 11(3), 325-344. <https://doi.org/10.1177/0049124183011003003>
- Hossain, B., Yadav, P. K., Nagargoje, V. P., & Vinod Joseph, K. J. (2021). Association between physical limitations and depressive symptoms among Indian elderly: Marital status as a moderator. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03587-3>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized 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/S1057-7408\(07\)70020-7](https://doi.org/10.1016/S1057-7408(07)70020-7)
- Instituto Nacional de Estatística. (2023, 15 de junho). *Índice de envelhecimento por local de residência (NUTS-2013)*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2)
- Ismail, Z., Fischer, C., & McCall, W. V. (2013). What characterizes late-life depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 483-496. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.010>
- Jacob, L. (2018). O papel das universidades seniores na inclusão das pessoas idosas e o seu contributo para um envelhecimento activo, saudável e bem sucedido. *Revista Rediteia*, 50, 43-54. <http://hdl.handle.net/10198/24929>
- Jarvik, L. F. (1976). Aging and depression: Some unanswered questions. *Journal of Gerontology*, 31(3), 324-326. <https://doi.org/10.1093/geronj/31.3.324>
- John, P. D., & Montgomery, P. R. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 814-821. <https://doi.org/10.1002/gps.2422>
- John, P. D. St., Blandford, A. A., & Strain, L. A. (2009). Does a rural residence predict the development of depressive symptoms in older adults?. *Canadian Journal of*

- Jöreskog, K. G. (2005). *Structural equation modeling with ordinal variables using LISREL*. [www.ssicentral.com/lisrel/techdocs](http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs)
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1981). *LISREL V: Analysis of linear structural relationships by the method of maximum likelihood*. National Educational Resources.
- 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.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows [Computer software]*. Scientific Software International.
- Joshanloo, M. (2022). Longitudinal relations between depressive symptoms and life satisfaction over 15 years. *Applied Research in Quality of Life*, 17(5), 3115-3130. <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10055-x>
- Joshanloo, M., & Jovanović, V. (2020). The relationship between gender and life satisfaction: Analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health*, 23(3), 331-338. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00998-w>
- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2013). Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging & Mental Health*, 17(3), 349-357. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.747078>
- Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.09.004>
- Koenig, H. G., Al-Zaben, F., & VanderWeele, T. J. (2020). Religion and psychiatry: Recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26(5), 262-272. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.81>
- Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: Implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18 [https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/13681\\_gender-differences-depression-implications-treatment.pdf](https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/13681_gender-differences-depression-implications-treatment.pdf)

- Köttl, H., Fallahpour, M., Hedman, A., Nygård, L., & Kottorp, A. (2021). Depression, everyday technology use and life satisfaction in older adults with cognitive impairments: A Cross-sectional exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 233-243. <https://doi.org/10.1111/scs.12838>
- Krause, N. (2004). Common facets of religion, unique facets of religion, and life satisfaction among older African Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(2), 109-117. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.2.S109>
- Krzeczkowska, A., Spalding, D. M., McGeown, W. J., Gow, A. J., Carlson, M. C., & Nicholls, L. A. B. (2021). A systematic review of the impacts of intergenerational engagement on older adults' cognitive, social, and health outcomes. *Ageing Research Reviews*, 71, Article 101400. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101400>
- Kydd, A., Fleming, A., & Paoletti, I. (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>
- Lakens, D. (2013). *Calculating and Reporting Effect Sizes to Facilitate Cumulative Science: A Practical Primer for t-tests and ANOVAs*. Center for Open Science. <https://osf.io/vbdah>
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life: The emergence of the third age* (1<sup>a</sup> ed.). Harvard University Press.
- Lenhard, W., & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis Tests for Comparing Correlations* [Computer software]. Psychometrica. <https://www.psychometrica.de/correlation.html>
- Lewinsohn, P. M., Redner, J., & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-being: An Interdisciplinary Perspective* (1<sup>a</sup> ed., pp. 141-169). Pergamon Press. [https://www.academia.edu/download/47192262/91\\_bk\\_Strack\\_Argyle\\_Schwarz\\_Well-being.pdf#page=149](https://www.academia.edu/download/47192262/91_bk_Strack_Argyle_Schwarz_Well-being.pdf#page=149)
- López-Ramos, Y., Navarro-Pardo, E., Fernández-Muñoz, J. J., & da Silva Pocinho, R. F. (2018). Propiedades psicométricas y estructura de los factores de la escala de Satisfacción con la Vida en una muestra de estudiantes mayores portugueses

- jubilados. *Anales de Psicología*, 34(1), 146-152.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.267381>
- Luppa, M., Heinrich, S., Matschinger, H., Sandholzer, H., Angermeyer, M. C., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2008). Direct costs associated with depression in old age in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 105(1-3), 195-204.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.008>
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matias, T. (2023). *Mediação da capacidade motora básica percebida na relação entre variáveis sociodemográficas e o funcionamento cognitivo nos adultos mais velhos*. [Dissertação de mestrado em preparação]. Universidade de Évora.
- Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance of gender and social support in self-rated health and life satisfaction in elderly Spanish people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15), 2725-2740. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152725>
- McCullough, M. E., & Larson, D. B. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research and Human Genetics*, 2(2), 126-136.  
<https://doi.org/10.1375/twin.2.2.126>
- McHugh, M. L. (2011). Multiple comparison analysis testing in ANOVA. *Biochemia Medica*, 21(3), 203-209. <https://hrcak.srce.hr/72939>
- 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](https://www.sinapse.pt/archive_detail.php?id=18)
- Nações Unidas. (2023, 12 de janeiro). *ONU quer mais apoio para população em envelhecimento*. <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>
- Ndayambaje, E., Pierewan, A. C., Nizeyumukiza, E., Nkundimana, B., & Ayriza, Y. (2020). Marital status and subjective well-being: Does education level take into account. *Cakrawala Pendidikan*, 39(1), 120-132.  
<https://doi.org/10.21831/cp.v39i1.29620>
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415(1), 187-198. <https://doi.org/10.1177/000271627441500114>

- Newman, M. G., & Zainal, N. H. (2020). The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public Health*, 5(1), 12-13. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30253-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30253-1)
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 54(5), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>
- Norton, M. C., Skoog, I., Franklin, L. M., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Zandi, P. P., Breitner, J., Welsh-Bohmer, K. A., & Steffens, D. C. (2006). Gender differences in the association between religious involvement and depression: The Cache County (Utah) study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), 129-136. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.P129>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3<sup>rd</sup> ed.). McGraw-Hill.
- Olsson, U. (1979). Maximum likelihood estimation of the polychoric correlation coefficient. *Psychometrika*, 44(4), 443-460. <https://doi.org/10.1007/BF02296207>
- Partridge, L., Deelen, J., & Slagboom, P. E. (2018). Facing up to the global challenges of ageing. *Nature*, 561(7721), 45-56. <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0457-8>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Penninx, B. W. (2017). Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 277-286. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.003>
- Petersen, J. (2023). A meta-analytic review of the effects of intergenerational programs for youth and older adults. *Educational Gerontology*, 49(3), 175-189. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2102340>
- Pocklington, C., Gilbody, S., Manea, L., & McMillan, D. (2016). The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 837-857. <https://doi.org/10.1002/gps.4407>
- Polku, H., Mikkola, T. M., Portegijs, E., Rantakokko, M., Kokko, K., Kauppinen, M., Rantanen, T., & Viljanen, A. (2015). Life-space mobility and dimensions of

- depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 19(9), 781-789. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.977768>
- Pordata. (2016, 19 de outubro). *Retrato de Portugal na Europa*. <https://www.pordata.pt/ebooks/EU2016v20161001/mobile/index.html#p=1>
- Pordata. (2023a, 3 de março). *População residente: Total e por grupo etário*. <https://www.pordata.pt/db/europa/ambiente+de+consulta/tabela>
- Pordata. (2023b, 2 de junho). *População residente com 65 e mais anos: Total e por grupo etário*. <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+65+e+mais+anos+total+e+por+grupo+etario-3508>
- Pordata. (2023c, 5 de junho). *Índice de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/municipios/indice+de+envelhecimento-458>
- Pordata. (2023d, 5 de junho). *População residente: total e por grandes grupos etários (%)*. [https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+\(percentagem\)-726-4786](https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+(percentagem)-726-4786)
- Ramia, I., & Voicu, M. (2022). Life satisfaction and happiness among older Europeans: The role of active ageing. *Social Indicators Research*, 160(2-3), 667-687. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02424-6>
- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Runcan, P. L., Hațegan, M., Bărbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 4966-4971. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.804>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405-415. <https://doi.org/10.14417/ap.1505>
- Sasson, I., & Umberson, D. J. (2014). Widowhood and depression: New light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *Journals of Gerontology*

- Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(1), 135-145.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbt058>
- 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 variables analysis: Applications for developmental research* (pp. 399-419). Sage Publications, Inc.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 127-137. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00124-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00124-X)
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11(5), 477-484. <https://doi.org/10.1080/13607860601086546>
- 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](https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09)
- Sholihin, M., Hardivizon, H., Wanto, D., & Saputra, H. (2022). The effect of religiosity on life satisfaction: A meta-analysis. *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 78(4), Article 7172. <https://doi.org/10.4102/hts.v78i4.7172>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522513/>
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173-180. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_4)
- Settersten, R. A., & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging. In V. L. Bengtson & R. A. Settersten (Eds.), *Handbook of theories of aging* (3<sup>a</sup> ed., pp. 9-25). Springer Publishing Company.
- Van Damme-Ostapowicz, K., Cybulski, M., Galczyk, M., Krajewska-Kulak, E., Sobolewski, M., & Zalewska, A. (2021). Life satisfaction and depressive

- symptoms of mentally active older adults in Poland: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(466), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02405-5>
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71(2), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Veer-Tazelaar, P. J. N. V., Marwijk, H. W. V., Jansen, A. P. D., Rijmen, F., Kostense, P. J., Oppen, P. V., Hout, H. P. J. V., Stalman, W. A. B., & Beekman, A. T. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 106(3), 295-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.004>
- Vesely, S., & Klöckner, C. A. (2020). Social desirability in environmental psychology research: Three meta-analyses. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01395>
- Vittersø, J., Røysamb, E., & Diener, E. (2002). The concept of life satisfaction across cultures: Exploring its diverse meaning and relation to economic wealth In E. Gullone & R. A. Cummins (Eds.). *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators: A Multi-Disciplinary and Multi-National Perspective* (vol. 16, pp. 81-103). Social Indicators Research Series.
- Von Humboldt, S., & Leal, I. (2017). A health-related satisfaction with life scale measure for use with cross-national older adults: A validation study. *Review of European Studies*, 9(3), 21-29. <https://doi.org/10.5539/res.v9n3p21>
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Jessen, F., Maier, W., Fuchs, A., Pentzek, M., Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C., Angermeyer, M. C., Lippa, M., Wiese, B., Mösch, E., Bickel, H., & German AgeCoDe Study Group. (2008). Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 153-163. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.008>
- Weyerer, S., Eifflaender-Gorfer, S., Wiese, B., Lippa, M., Pentzek, M., Bickel, H., Bachmann, C., Scherer, M., Maier, W., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: Results from a 3-year follow-up study. *Age and Ageing*, 42(2), 173-180. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs184>

- Whisman, M. A., & Judd, C. M. (2016). A cross-national analysis of measurement invariance of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 28(2), 239-244. <https://doi.org/10.1037/pas0000181>
- Whitman, K., O'Brien, E., Buerke, M., Galfalvy, H., & Szanto, K. (2022). Life-Satisfaction, Engagement and Social Support: Do they Predict Depression Severity, Suicide Ideation, and History of Attempt in Late-life Depression?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4), 132-133. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.01.037>
- WHO Centre for Health Development. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>
- Wiese, B. S. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Medical Journal*, 53(7), 341-347. [http://omeditr.chu-nimes.fr/bibliographie/Geriatric\\_depression\\_the\\_use\\_of\\_antidepressants\\_in\\_the\\_elderly-BCMJ\\_septembre\\_2011.pdf](http://omeditr.chu-nimes.fr/bibliographie/Geriatric_depression_the_use_of_antidepressants_in_the_elderly-BCMJ_septembre_2011.pdf)
- World Health Organization. (2015, 29 de setembro). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- World Health Organization. (2017, 3 de janeiro). *Depression and Other Common Mental Disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- World Health Organization. (n.d.-b). *Depression*. Recuperado a 20 de fevereiro de 2022, de [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1)
- 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)