

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

Porto Alegre

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA E REPERCUSSÃO
DAS DOENÇAS DA CAVIDADE BUCAL E ESTRUTURAS ANEXAS

**AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de doutor pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Balbinot Hilgert

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bez, Andressa da Silveira

Avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Bem-Estar Psicológico / Andressa da Silveira Bez. -

- 2018.

120 f.

Orientadora: Juliana Balbinot Hilgert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Idosos. 2. Bem-Estar Psicológico. 3. Validação. 4. Psicometria. I. Hilgert, Juliana Balbinot, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aos meus avós, meus anjos,
Oswaldo e Leda, João e Osvaldina,
obrigada pela companhia e pela benção durante o árduo caminho.

Saudades eternas!

Aos meus pais, meus amores,
Gerson e Marina,
agradeço o carinho e o cuidado incansáveis.
Meu sonho só é possível com vocês, meus protetores!

Aos meus irmãos, meus amores eternos,
Cassio e Alessandra,
Agradeço a força e o afeto.
Enaltecerao meu sonho, são meus anjos em vida!

À minha sobrinha e afilhada querida, nossa pequena guerreira,
Heloísa,

Obrigada pela força e pela fofura que trouxe à minha vida.

Anjo amado, és eterna inspiração!

AGRADECIMENTOS

À coordenação, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRGS.

Ao Centro de Pesquisa em Odontologia Social, é um privilégio fazer parte desse grupo de excelência!

À minha orientadora, professora Juliana Balbinot Hilgert, pelo conhecimento, pela competência, pela amizade e, especialmente, pela paciência e persistência nessa jornada tão longa e sinuosa. Obrigada por não desistir de mim e por me permitir realizar esse sonho que é a janela de outros sonhos! Obrigada por me fazer doutora!

Ao professor Roger Keller Celeste, por ser meu orientador salvador de tese! Ressuscitou uma ideia que estava sucumbindo no quinto projeto. Muito obrigada pela paciência, pela sabedoria e pela humildade em compartilhar seus conhecimentos!

Ao professor Fernando Neves Hugo, meu mestre, pela competência na coordenação da Saúde Coletiva nesta universidade, apresentando aos seus orientandos inúmeras possibilidades de atuação.

Aos professores da banca, pelos ensinamentos e por exercerem a docência com maestria e beleza! Obrigada pela leitura atenta da minha tese! É uma honra ter a contribuição dos doutores na minha trajetória acadêmica!

Aos meus queridos avós Oswaldo Bez (*in memoriam*), pelo reflexo dos seus olhos em mim; Leda Maria Franco Bez (*in memoriam*), pelo brilho e pela raridade do seu coração; João da Silveira (*in memoriam*), pelo aconchego de suas amáveis palavras e Osvaldina Porto da Silveira (*in memoriam*), pelos pãezinhos de erva-doce que acalentavam o coração.

À minha família rock n'roll, agora com sua mais nova integrante, Heloísa, nossa Lola fusilica! Obrigada por sempre voltarem à Porto Alegre! Obrigada por tanto amor! Obrigada pelas comidas deliciosas que afoavam a alma e fortaleciam o corpo no cotidiano hardcore da capital! Obrigada por mostrarem o que realmente importa: o estar perto, ter saúde, ser feliz na simplicidade!

Ao meu pai Gerson, meu colega mais amado, meu exemplo, pai carinhoso, profissional ético e competente! Obrigada pelas inúmeras caronas nos concursos da vida! Obrigada por ser o vovô que a Heloísa espera ansiosa para passear e ver os “vrumvrum” da janela do teu consultório! Te amo!

À minha mãe Marina, por herdar a força das mulheres Porto e me fazer forte! Obrigada pelo teu amor! Obrigada por ser essa avó extremamente dedicada e apaixonada, e que sempre está pedindo um(a) priminho(a) pra Heloísa! Eu te amo faz tempo pela mãe que tu és e estou enaltecida pelo teu lindo amor de vó!

Ao meu irmão Cassio, por ser o meu “gêmeo”, obrigada por me tornar a dinda desse anjo que é a tua filha! Ela é um presente e nossa fortaleza! É lindo ver o pai que te tornaste!

À minha gêmea Alessandra, pela presença inspiradora, minha maior professora! Obrigada por ser a minha parceira de vida e de amor: amor pela docência e paixão pela pesquisa! Obrigada por acreditar que ser chamada de “profe” é o maior elogio que se pode receber na vida! E tu és a melhor profe que eu poderia ter, me ensina a melhor didática, és determinada, organizada, competente! És muito generosa ao partilhar teu saber de uma maneira tão linda e engraçada, pois sei que tuas aulas sempre tem um toque de humor! Obrigada por sempre ser o motivo do sorriso da Heloísa! Esses são somente dois de tantos motivos que me fazem te amar tanto!

À minha sobrinha Heloísa, a nossa Lola, anjo lindo da tia Andy, a dinda mais babona junto da dinda Ale! Anjo, a tua chegada às nossas vidas foi uma benção! Tu, pequenina, com 915 gramas e 36 cm no dia 2 de julho de 2017, veio com uma força arrebatadora! Arrebatou nossos corações com a tua garra, tua luz, tua vontade de viver! E hoje, estás uma “bolota”, nossa gordinha fitness, com seus 68 cm e pouco mais de 6 quilos, nesse teu tão esperado um aninho de vida! És nosso orgulho, nossa inspiração, nosso anjo! Adora tua rotina matinal de “ler” teus livrinhos coloridos com bonecos gigantes junto da vó Beta e berra enlouquecida e balança muitos tuas perninhas fortes quando vê a vó juntando a tua mini biblioteca! Nossa “doutorinha” sapeca, a dinda doutora Ale e a dinda quase doutora Andy, sempre estarão contigo, para guiar o teu caminho e para saciar a tua fome de letrinhas!

Blackbird singing in the dead of night
Take these broken wings and learn to fly
All your life
You were only waiting for this moment to arise.

John Lennon & Paul McCartney

RESUMO

Bem-Estar Psicológico é um construto multidimensional baseado no funcionamento psicológico positivo. Para mensurar sua teoria, Ryff propôs uma escala de seis dimensões, com versões de 120, 84, 54 e 18 itens. Este trabalho tem como um de seus objetivos revisar sistematicamente estudos de validação das versões da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, resumindo as propriedades psicométricas das mesmas. Foram incluídos estudos quantitativos que utilizaram a escala de Bem-Estar Psicológico, considerando as versões originais de 120, 84, 54 e 18 itens. Foram considerados elegíveis apenas os estudos sobre a validação da escala de Ryff em quaisquer versões e estudos com diferente número de itens oriundos das versões originais citadas anteriormente. Como estratégia de busca incluiu-se às bases de dados indexados Scopus e National Library of Medicine (Pubmed). A primeira estratégia de busca consistiu de palavras e descritores de Bem-Estar Psicológico. A segunda estratégia de busca adicionou palavras para especificar publicações na área de psicometria. Foram encontrados 38 artigos, totalizando 54 estudos, pois alguns artigos possuem mais de um estudo. A versão de 18 itens foi a mais validada, com 16 estudos, o espanhol foi a língua mais utilizada, a maioria dos artigos realizou análise fatorial e grande parte das amostras era composta por adultos com alto nível de escolaridade. O outro objetivo é realizar a análise fatorial exploratória com diferentes versões da Escala de Bem-estar Psicológico de Ryff de 18 itens e realizar a análise fatorial confirmatória com o modelo que apresentou melhor ajuste. Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte, cuja amostra foi de 389 idosos. Os dados desse estudo foram obtidos a partir da coorte de Carlos Barbosa que tinha como objetivo avaliar a saúde geral, bucal e psicológica e estado nutricional de idosos vivendo de maneira independente neste município. Foi realizada análise fatorial exploratória para avaliar a estrutura dimensional da escala de 18 itens e análise fatorial confirmatória para o modelo de melhor ajuste. Conclui-se que a escala de Bem-Estar Psicológico não é culturalmente dependente e que há necessidade de modificação de alguns itens para que o construto seja corretamente aplicado e compreendido na amostra estudada.

Palavras-chave: Idosos, Bem-Estar Psicológico, Validação, Psicometria.

ABSTRACT

Psychological Well-Being is a multidimensional construct based on positive psychological functioning. To measure his theory, Ryff proposed a six-dimensional scale, with versions of 120, 84, 54, and 18 items. This work has as one of its objectives to systematically review validation studies of Ryff's Psychological Well-Being Scale versions, summarizing their psychometric properties. We included quantitative studies that used the Psychological Well-Being scale, considering the original versions of 120, 84, 54 and 18 items. Only studies on the validation of the Ryff scale in any versions and studies with different numbers of items from the original versions mentioned above were considered eligible. As a search strategy, the indexed databases Scopus and National Library of Medicine (Pubmed) were included. The first search strategy consisted of words and descriptors of Psychological Well-Being. The second search strategy added words to specify publications in the area of psychometrics. We found 38 articles, totaling 54 studies, once some articles have more than one study. The 18-item version was the most validated, with 16 studies, Spanish was the most used language, most of the articles performed factorial analysis and most of the samples were composed of adults with a high level of education. The other objective is to perform the exploratory factorial analysis with different versions of the Ryff's Psychological Well-Being Scale of 18 items and perform the confirmatory factorial analysis with the model that presented the best fit. It is a cross-sectional study nested with a cohort, whose sample was 389 elderly. The data from this study were obtained from the Carlos Barbosa cohort whose objective was to evaluate the general, oral and psychological health and nutritional status of elderly people living independently in this municipality. An exploratory factorial analysis was performed to evaluate the dimensional structure of the 18-item scale and confirmatory factorial analysis for the best fit model. It is concluded that the Psychological Well-Being scale is not culturally dependent and that there is a need to modify some items so that the construct is correctly applied and understood in the sample studied.

Keywords: Elderly, Psychological Well-Being, Validation, Psychometrics.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFC= Análise Fatorial Confirmatória

AFE= Análise Fatorial Exploratória

AGFI= Adjusted Goodness-of-Fit Index

AIC= Akaike Information Criteria

BIC= Bayesian Information Criteria

CFI= Comparative Fit Index

CFRI= Comparative Fit Relative Index

Coef= Coeficiente de Regressão

EP= Erro-padrão

GFI= Goodness-of-Fit Index

IC= Intervalo de Confiança

KMO= Critério de Kayser Meyer Oklin

LISREL=Linear Structural Relations

MIDUS=Survey of Midlife in the United States

ML= Maximum Likelihood Estimation

NNFI= NonNormed Fit Index

NSFH II= National Survey of Families and Households

PANAS= Positive Affect and Negative Affect Scale

RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation

RWLS= Robust Weighted Least Squares

SRMR= Standardized Root Mean Square Residual

TLI= Tucker Lewis Index

WRMR= Weighted Root Mean Residual

WLS= Weighted Least Square

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma.....	64
Figura 2. Quadro de recategorização da escala de Bem-Estar Psicológico.....	91
Figura 3. Fluxograma da amostra do estudo.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das publicações selecionadas com dados sobre adaptação transcultural da escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff.....	65
Tabela 2. Propriedades psicométricas gerais das versões da escala de Bem-estar Psicológico nos 54 estudos incluídos.....	67
Tabela 3. Características dos estudos com a versão de 18 itens da Escala de Bem-Estar Psicológico.....	71
Tabela 4. Matriz de correlação tetracórica.....	93
Tabela 5. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Bem-Estar Psicológico com um modelo unifatorial e bifatorial.....	94
Tabela 6. Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Bem-Estar Psicológico com modelos de seis fatores e fator único.....	95
Tabela 7. Alphas de Cronbach e correlação média intraitens.....	97

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Bem-Estar Psicológico”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no dia 18 de julho de 2018.

A pesquisa que deu origem a essa tese é um estudo transversal aninhado a uma coorte. O estudo pilar desta pesquisa tem como objetivo verificar os determinantes de agravos à saúde bucal e à condição bucal como preditora da saúde geral em uma coorte de idosos independentes residentes em Carlos Barbosa, RS. Fazem parte do grupo de pesquisadores envolvidos nesta pesquisa: Juliana Balbinot Hilgert, Fernando Neves Hugo, Maria da Luz Rosário de Sousa, Luísa Helena do Nascimento Tôrres, Aline Blaya Martins, Renato José De Marchi, Camila Mello dos Santos e a autora deste estudo em particular, Andressa da Silveira Bez.

O trabalho é apresentado em três partes, segundo a ordem abaixo:

Introdução, Revisão de Literatura e Objetivos

Manuscrito I: Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff: uma revisão sistemática e análise de suas propriedades psicométricas

Manuscrito II: Bem-Estar Psicológico: mensuração dos fatores do construto

Considerações finais

Documentos de apoio são apresentados nos anexos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. Coorte de Carlos Barbosa.....	16
1.2. Propriedades Psicométricas.....	16
1.3. Bem-Estar Psicológico.....	20
1.4. Validação de instrumentos em estudos epidemiológicos.....	23
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 Bem-Estar Subjetivo.....	24
2.1.1 Fundamentação Teórica do Bem-Estar Subjetivo.....	24
2.2. Bem-Estar Psicológico.....	25
2.2.1 Fundamentação Teórica.....	25
2.2.2 Escala de Bem-Estar Psicológico.....	31
3 PROBLEMA DE PESQUISA.....	43
4 OBJETIVOS.....	44
4.1. Objetivo Geral.....	44
4.2. Objetivos Específicos.....	44
5 MANUSCRITOS.....	45
5.1. MANUSCRITO I.....	46
5.2. MANUSCRITO II.....	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
7 REFERÊNCIAS.....	103
8 ANEXOS.....	106
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
ANEXO 2 - Questionário sociodemográfico.....	110
ANEXO 3 - Questionário de saúde geral.....	112
ANEXO 4 – Escala de Bem-Estar Psicológico.....	113
ANEXO 5 – Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE).....	116
ANEXO 6 – COSMIN Manual Box G.....	117

9 APÊNDICES.....	118
9.1. Estratégia de busca.....	119

1. INTRODUÇÃO

1.1. Coorte de Carlos Barbosa

Em 2004, foi realizada uma pesquisa que teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal e sua relação com fatores sociodemográficos, comportamentais e psicológicos de uma amostra de idosos independentes de Carlos Barbosa, RS. A representatividade dos participantes foi verificada a partir de dados sociodemográficos da população de idosos de Carlos Barbosa. Não houve diferença significativa em relação à idade, sexo, estado civil e localização geográfica da residência entre os participantes do estudo e da população de pessoas de 60 anos ou mais de idade de Carlos Barbosa. Para maiores detalhes, ver Hilgert (2009).

Em 2008, foi realizado o primeiro acompanhamento da coorte de 2004 e a primeira mensuração de Bem-Estar Psicológico nos idosos de Carlos Barbosa.

Em 2012, foi realizado o segundo acompanhamento da coorte de 2004. Da linha de base para 2008, houve uma redução de 33,8% da amostra, contando a mesma com 587 idosos na época. Foram avaliados no seguimento de 2012, 389 indivíduos idosos.

Participantes da linha de base que se mudaram da cidade, que passaram a residir em instituição de longa permanência, estavam hospitalizados, os que foram incapazes de responder ao questionário ou que não conseguiram se deslocar foram excluídos do estudo. Os falecimentos dos participantes da linha de base foram registrados para fins de análise de perdas durante o seguimento.

1.2. Propriedades psicométricas

A Psicometria é um ramo da Psicologia que faz interface com a estatística, com o objetivo de avaliar adequadamente as diferenças individuais sob o enfoque positivista, no qual a quantificação e a generalização dos fenômenos são fundamentais. Seus parâmetros de qualidade são padronização, validade e fidedignidade (PASQUALI, 1999).

O termo fidedignidade ou precisão refere-se à estabilidade com que os escores dos testandos conservam-se em aplicações alternativas de um mesmo teste ou em formas equivalentes de testes distintos. A análise da fidedignidade dos escores de um teste permite estimar o grau de flutuação dos escores ao longo do tempo. Fidedignidade pode ser

substituída por outros termos como “confiança”, “consistência interna”, “estabilidade” e “precisão” e referem-se o quão bem o conjunto de itens do teste consegue produzir escores que diferenciam testandos com diferentes graus de habilidade, personalidade, entre outros (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

A fidedignidade teste-reteste possivelmente se constitui como o método mais intuitivo para avaliação da consistência dos escores ao longo do tempo. Consiste em uma correlação dos escores dos mesmos testandos avaliados em momentos distintos. O cálculo da correlação entre as aplicações produz um coeficiente que permite avaliar o nível de flutuação e estabilidade dos escores (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

A consistência dos resultados no procedimento de teste-reteste mostra o quanto os resultados de uma pessoa podem ser generalizados para ocasiões diferentes. Quanto maior a estabilidade, menos suscetíveis serão os escores às mudanças aleatórias nas condições dos testandos ou do ambiente de testagem; em consequência, maior será sua confiabilidade. Cada teste deve conter uma informação sobre o tipo de fidedignidade que foi utilizado, o intervalo das aplicações e a descrição das características dessa amostra. A medida de fidedignidade caracteriza o teste quando ele é aplicado em condições-padrão e com pessoas semelhantes àquelas que constituem a amostra normativa (URBINA, 2007).

A fidedignidade é uma propriedade psicométrica fundamental para a validade de um teste, de modo que um teste com baixa fidedignidade não será válido, pois não mede apropriadamente o construto de interesse (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

A validade tem sido entendida como a possibilidade de o instrumento avaliar aquilo que se propõe a avaliar. Em geral, a essência dos julgamentos a respeito da validade dos escores de teste está centrada no relacionamento entre aquilo que os escores representam e as perguntas que os usuários de testes querem responder com seu uso. As perguntas que fazemos determinam o tipo de evidência de que precisamos, bem como as relações lógicas-indutivas e dedutivas- que devem ser estabelecidas para contemplar as questões de (a) o que estamos medindo com os testes e que inferências podemos fazer a partir de seus escores (URBINA, 2007).

Em 1954, a American Psychological Association (APA), juntamente com a American Educational Research Association (AERA) e o National Council on Measurement in Education (NCME), publicou a primeira versão dos padrões norte-americanos para testes:

Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques. Nesse documento, a validade foi classificada em três tipos: validade de conteúdo, validade de critério (preditiva ou concorrente) e validade de construto (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

Em 1955, Cronbach e Meehl sugeriram que uma forma diferente de abordar o fenômeno de interesse deveria ser utilizada. Enquanto a validade de conteúdo e de critério eram dadas pela proximidade entre o domínio examinado e o domínio que se pretendia examinar, na validade de construto, a lógica era outra. Ela estava relacionada ao quanto os construtos hipotéticos poderiam explicar os escores de um teste. Assim, para os dois primeiros tipos de validade, parte-se da teoria para o teste, os itens do teste devem cobrir um determinado conteúdo (validade de conteúdo) e relacionam-se de maneira definida com um critério (validade de critério). Na validade de construto, parte-se de uma hipótese, e os itens podem ou não confirmá-la. Assim, o problema não está em descobrir o construto a partir da representação comportamental (teste), mas em verificar se ele é uma representação legítima do construto (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

A validade de conteúdo se refere ao quanto o teste pode ser uma amostra representativa dos comportamentos que são a expressão do traço latente em questão, ou, em outras palavras, se os itens do teste se constituem em uma amostra representativa do universo de itens do construto. Quando o pesquisador concluir que todos os aspectos do construto foram considerados, deve certificar-se de que o conjunto de itens que elegeu para compor o teste é efetivamente uma amostra representativa do universo de comportamentos do qual foi retirado e de que representa a expressão do traço latente. O teste será válido, do ponto de vista do conteúdo, se a amostra de comportamentos selecionada para representar o universo de comportamentos por meio dos quais o traço latente se expressa for representativa (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

A validade de critério está relacionada ao quanto o teste pode prever o desempenho do sujeito em tarefas especificadas. A validade é dada pela avaliação da relação dos escores obtidos no teste em questão com os escores obtidos no teste que servirá de critério. O critério deve preencher alguns requisitos para que possa ser utilizado: deve ser relevante, válido e não contaminado. Por relevância, entende-se que deve ter alguma relação com o assunto em questão. Para o teste ser válido, é preciso ter evidência da validade do mesmo. A validade de critério pode ser classificada como preditiva ou concorrente. A validade preditiva ocorre

quando os escores do teste são obtidos em um momento, e as medidas de critério, em um momento futuro. A validade concorrente ocorre quando duas medidas, o teste e o critério, são obtidas quase simultaneamente (uma logo após a outra) (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

Cronbach e Meels (1955) sugeriram que, ao invés de partir da teoria para a obtenção do teste, pode-se partir do teste para a teoria. O pesquisador elabora hipóteses teóricas acerca dos construto busca outra forma de verificar a validade (validade de construto), já que nesse caso, as técnicas de validação de conteúdo e de critério não são suficientes para determinar a validade do construto envolvido. Mediante a validação de construto, ele verifica se as hipóteses formuladas a respeito do construto são verdadeiras ou não. A validade de construto de um teste é a extensão em que se pode dizer que ele mede um construto teórico ou um traço. A validação de construto ocorre pela acumulação gradual de informações que provêm de diversas fontes (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

Validade e validação são os tópicos mais fundamentais quando se fala em instrumentos de mensuração. Validade refere-se à qualidade das inferências, conclusões e decisões tomadas com base nos escores obtidos pelo uso de um instrumento. Validação é o processo em que se busca dar evidências de validade que apoiem a adequação, o significado e a utilidade das decisões tomadas com base nas inferências feitas a partir dos escores obtidos do teste (HUTZ, BANDEIRA & TRENTINI, 2015).

No processo de validação de instrumentos se espera que a sua nova versão mantenha a qualidade do original, ao que diz respeito às dimensões de conteúdo, nível de dificuldade, fidedignidade e validade, sendo que as mudanças de conteúdo e redação são tão importantes para uma melhor adaptação cultural quanto à tradução linguística (MACHADO, 2010).

Para validar instrumentos é preciso, primeiramente, realizar análise fatorial exploratória e confirmatória a fim de encontrar o modelo teórico e estatístico com o melhor modelo de ajuste, sendo que para a análise há índices absolutos e relativos que precisam ser calculados. O Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) incorpora penalidade para modelo pobre com parcimônia. Valores abaixo de 0.06 sugerem adequação do modelo, enquanto valores acima de 0.10 indicam que o modelo é ruim e deve ser rejeitado. O Comparative Index (CFI) e o Tucker-Lewis Index (TLI) representam o índice de ajuste incremental, contrastando o modelo da hipótese com o modelo de base, o modelo nulo. Os dois índices variam de zero a um e valores acima de 0.9 indicam um bom ajuste do modelo.

Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) com valores iguais ou menores que 0.08 indicam um bom ajuste do modelo. Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) <0.90 indica um valor que é baseado, em parte, nas diferenças médias entre as variâncias ou covariâncias da amostra e os valores estimados do modelo (MUTHÉN & MUTHÉN, 1998-2004). Qualquer conclusão sobre o ajuste do modelo considera os índices simultaneamente (MUTHÉN & MUTHÉN, 2010; SCHERMELLEH-ENGEL, MOOSBRUGGER & MÜLLER, 2008).

1.3. Bem-Estar Psicológico

A felicidade é um termo popular referente a experiências e emoções positivas vividas ao longo da vida. Na literatura, a felicidade pode ser mensurada e é sinônimo de Bem-Estar Subjetivo e é um balanço de avaliações de afeto positivo e negativo no decorrer dos anos. Essas percepções se referem à satisfação com relação ao trabalho, às relações, ao lazer, à saúde, significado e propósito na vida, variando de acordo com cada indivíduo, podendo ser medidas através de aspectos objetivos e subjetivos como comportamento, ações, aspectos biológicos, atenção e memória (DIENER & RYAN, 2009). Diener entende que a felicidade é o objetivo a ser alcançado e que todos os aspectos da vida de uma pessoa devem convergir para isso. Carol Ryff (1989) entende que a felicidade tem que ser construída, é um meio para se viver e não um fim idealizado, criticando a teoria defendida por Diener (1984). Para que a felicidade seja vivida plenamente, Ryff acredita nos potenciais de cada indivíduo, e desenvolver esses aspectos faz com que a pessoa tenha um ótimo funcionamento psicológico que a conduz a viver bem mesmo diante de adversidades. A fim de entender esse mecanismo, Ryff elaborou o construto de Bem-Estar Psicológico.

O construto do Bem-Estar Psicológico foi elaborado por Carol Ryff em 1989, com o objetivo de embasar teoricamente o funcionamento psicológico positivo no decorrer da vida. Para isso, o embasamento teórico dessa teoria fundamenta-se em seis dimensões: autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do meio, propósito na vida e crescimento pessoal. Para que fosse possível mensurar o bom funcionamento psicológico, Ryff elaborou o instrumento com quatro diferentes versões, com 120 itens (RYFF, 1989), 84 itens (RYFF & ESSEX, 1992), 18 itens (RYFF & KEYES, 1995) e 54 itens (VAN DIERENDONCK, 2005). O construto é formado por seis dimensões, no entanto, cada dimensão também pode ser considerada um construto e ser mensurado separadamente. As perguntas da escala de Bem-Estar Psicológico são medidas através de escala tipo Likert com

seis opções de respostas, sendo que as perguntas com aspecto negativo têm a pontuação invertida. Desse modo, quanto maior a pontuação, melhor o funcionamento psicológico de cada pessoa. Os escores maiores indicam um melhor funcionamento psicológico, por exemplo, um escore alto da dimensão domínio do meio indica que o indivíduo tem competência para manejar o ambiente a seu favor, é capaz de criar contextos favoráveis às suas necessidades e valores. Por outro lado, uma pontuação baixa na dimensão autonomia indica que a pessoa considera importantes as opiniões e os julgamentos dos outros para a tomada de decisões em sua vida, cedendo às pressões sociais no modo de pensar e agir.

Percebe-se que há muitos estudos de Bem-Estar Psicológico envolvendo a validação das quatro versões originais e validações de versões distintas das originais. Abbott et al. (2006) validaram a escala de 42 itens em uma amostra de 1179 mulheres britânicas, em sua maioria casadas e de alto nível social e concluíram que o melhor modelo para a escala seria o de fator único com um fator de segunda ordem, ou seja, o fator de segunda ordem é o fator Bem-Estar Psicológico, que seria uma variável latente que passa transversalmente pelas seis dimensões que estariam agrupadas em um fator (fator único), e não seis fatores como mostra a versão original. Cheng & Chan (2005), ao validarem a versão de 18 itens em uma amostra de 1259 indivíduos com média de idade de 44,7 anos, 52,2% casados, 49,8% com nível médio de escolaridade e 54% sofrendo de alguma doença crônica, encontraram que o modelo de seis fatores bem como o modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem apresenta boas propriedades psicométricas, no entanto, três itens apresentaram loadings baixos, sugerindo um refinamento dos itens dos domínios autonomia, crescimento pessoal e autoaceitação. Os autores sugerem que há uma diminuição dos valores dos alphas de Cronbach conforme o sexo (dimensão autonomia e crescimento pessoal) e a idade (dimensão autoaceitação) (ser do sexo masculino e ter idade mais avançada faz com que o alpha seja menor). Os autores explicam que é mais difícil avaliar autonomia na população chinesa devido à importância da coletividade na sociedade chinesa, explicando, em parte, a dificuldade de mensuração dessa dimensão nos homens, em que os itens que valorizavam a individualidade pontuavam com escores muito baixos. Os autores relataram que os homens chineses se sentem confiantes com suas opiniões, mas tendem à reconsiderá-las quando são discordantes da maioria para manter a harmonia das suas relações interpessoais. A dimensão crescimento pessoal também não se apresentou como o esperado pela população chinesa ser uma sociedade confuciana, ou seja, valoriza as relações entre as gerações, as relações positivas com os outros inclui o respeito aos mais velhos e os jovens têm que se dedicar ao bem-estar e desenvolvimentos da população

idosa, não personificando o crescimento do que é coletivo. A dimensão autoaceitação avalia dois fenômenos: gostar de si e aceitar o passado, levando a crer que uma pessoa pode conviver bem com seu passado, mas não ter amor próprio e nem autoestima adequados para se aceitar, com suas qualidades e defeitos. Esses dois aspectos mensurados nessa dimensão podem ser atenuados em determinada perfil amostral e, conseqüentemente, apresentarem uma consistência interna baixa. Esses dois aspectos podem atenuar a correlação Van Dierendonck (2005) analisou as propriedades psicométricas das escalas de 18, 54 e 84 itens em duas amostras, uma para a análise exploratória (233 estudantes de Psicologia, em sua maioria mulheres com idade média de 22 anos) e outra para análise confirmatória (420 pessoas, 60% com formação universitária, 69% homens e média de idade de 36 anos). O pesquisador concluiu que as versões de 54 e 84 possuem boas consistências internas, diferentemente da de 18, que se mostrou inconsistente com valores muito baixos, variando de 0,10 a 0,44, o que diminui as chances de encontrar alguma correlação significativa. Diante desse panorama, torna-se necessário avaliar a qualidade e a quantidade dos estudos que validaram esse instrumento, através de uma revisão sistemática que analisa as validações de todas as versões da escala de Bem-Estar Psicológico (originais e não originais).

Diante do constante relato de diversos estudos sobre a inconsistência das seis dimensões na versão de 18 itens e dos dados encontrados na revisão sistemática, percebe-se que essa versão é a mais validada, com onze estudos encontrados, por ser mais rápida e eficaz para estudos epidemiológicos, embora seus achados nas análises fatoriais não sustentem sua multidimensionalidade (FLEESON & BALTES, 1998; CLARKE et al., 2001; LINDFORS, 2002; VAN DIERENDOCK, 2005; CHENG & CHAN, 2005; SPRINGER & HAUSER, 2006; MIGUEL, MORAL & PARDO, 2008; TOMAS et al., 2010; GIGANTESCO et al., 2011; SIRIGATTI et al., 2012; LI, 2014). As várias dimensões do construto se explicam devido às suas seis dimensões embasarem conjuntamente a teoria do Bem-Estar Psicológico e serem ao mesmo tempo independentes, ou seja, podem ser aplicadas separadamente, como um construto isolado. Ao ser multidimensional, o construto contempla os preceitos teóricos em que é embasado, dando robustez à escala e avaliando o funcionamento psicológico em todos os aspectos relevantes. Nota-se também que a maioria dos estudos de validação da escala possui uma amostra de adultos com boa renda e alto nível de escolaridade (FLEESON & BALTES, 1998; LINDFORS, 2002; VAN DIERENDOCK, 2005; CHENG & CHAN, 2005; SPRINGER & HAUSER, 2006; GIGANTESCO et al., 2011; SIRIGATTI et al., 2012; LI, 2014). Diante dessas evidências, percebe-se a necessidade de avaliar o número de

dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico para uma amostra de idosos brasileiros de baixa escolaridade para que seja possível, futuramente, avaliar se o funcionamento psicológico positivo exerce alguma influência em desfechos de saúde bucal, bem como se agravos bucais possuem relevância no Bem-Estar Psicológico. Essa lacuna ainda não pôde ser explicada devido a problemas psicométricos encontrados na escala que serão elucidados nesta tese.

1.1. Validação de instrumentos em estudos epidemiológicos

Estudos epidemiológicos com pretensões explicativas (determinantes, fatores de risco ou de proteção, fatores etiológicos) tendem a utilizar questionários multitemáticos. Comumente, esses questionários são compostos por diferentes módulos abraçando um ou mais construtos de um modelo teórico a ser testado. Nesse sentido, cada construto implica em um instrumento epidemiológico que necessita ser incorporado ao questionário principal (REICHENCHEIN & MORAES, 2014).

A primeira tarefa para a montagem do questionário consiste em uma detalhada revisão bibliográfica envolvendo o escrutínio dos programas de investigação referentes aos instrumentos disponíveis sobre cada um dos construtos de interesse. A compilação do histórico de cada instrumento deve conter uma apreciação sobre o grau de utilização prévia e uma avaliação do estágio de desenvolvimento do programa de investigação. É crucial examinar as evidências de adequação e suficiência da trajetória psicométrica existente até então. Esse escrutínio indica ao pesquisador se realmente há ou não instrumentos satisfatórios para captar o objeto em pauta. Para o caso de serem identificados instrumentos desenvolvidos e consolidados fora da cultura em questão, é também importante investigar se já passaram por um processo de adaptação transcultural (REICHENCHEIN & MORAES, 2014).

Diferenças entre definições, crenças e comportamentos relacionados a um construto a ser usado em uma pesquisa epidemiológica impõem que a utilização de um instrumento elaborado em outros contextos culturais seja precedida de uma avaliação meticulosa entre o original e sua versão. O pouco rigor quanto ao uso de instrumentos de aferição desenvolvidos em outras localidades é um problema a ser enfrentado. Ainda que bem intencionado, não sintonizar as escolhas terminológicas à população-alvo, incluir itens novos e/ou excluir outros sem subsequentemente implementar testes rigorosos, pode comprometer a qualidade da informação (REICHENCHEIN & MORAES, 2014).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Bem-Estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo é definido como um domínio que se refere ao bem-estar global avaliado a partir da satisfação com a vida e da felicidade, diferenciando-se pela especificidade dos processos psicológicos que envolvem. A satisfação com a vida é considerada uma dimensão de natureza mais cognitiva e representa o balanço psicológico que cada indivíduo faz da sua vida em geral; e a felicidade, de natureza mais emocional, representa a avaliação de cada indivíduo relativamente às suas experiências emocionais positivas e negativas. Esse construto identifica os aspectos cognitivos (satisfação) e afetivos (felicidade) implicados na avaliação subjetiva da existência pessoal, isto é, o que as pessoas sentem e pensam sobre as suas vidas. Esse construto é uma tentativa da compreensão da felicidade, do modo como as pessoas interpretam e vivem os acontecimentos, tentando compreender quando, como e porquê as pessoas são felizes e quais processos influenciam o bem-estar subjetivo. Desse modo, a felicidade é utilizada como sinônimo de bem-estar subjetivo (NOVO, 2003).

2.1.1 Fundamentação teórica do Bem-Estar Subjetivo

Nos anos 1960, Wilson e Bradburn conduziram estudos em torno da satisfação da vida e dos estados subjetivos associados, dos quais emergiram os aspectos positivos e negativos e o conceito de felicidade como dimensões estruturantes dos dados. Posteriormente, Ed Diener, dando continuidade a essa linha de estudos, surge como um dos principais investigadores na área do Bem-Estar Subjetivo e insere este domínio de estudo no âmbito da psicologia positiva e identifica-o como avaliação cognitiva (satisfação com a vida) e afetiva (felicidade) (NOVO, 2003).

O conceito de felicidade é o elemento central deste construto, retomando o conceito aristotélico de eudaimonia e atribui-lhe um sentido equivalente ao de felicidade, que é concebida como objetivo final da vida, para o qual todos os outros objetivos convergem. Essa interpretação da eudaimonia de Aristóteles é erroneamente interpretada por Diener, segundo Ryff (1989), pois esse conceito pressupõe uma distinção entre a satisfação de desejos “certos” e “errados” e tem no esforço rumo à perfeição como a maior das qualidades humanas, o qual representa a realização do verdadeiro potencial de cada um e não propriamente a confiança no prazer ou na felicidade pessoal como um objetivo último e fundamental na vida (NOVO, 2003).

Outro autor que corrobora com essa interpretação é Waterman (1993), ao analisar os conceitos da teoria de Aristóteles: “eudaimonia é a ética que convoca as pessoas a perceberem e viverem de acordo com o verdadeiro eu (*daimon*).” O *daimon* representa uma condição de excelência, a perfeição relativa aos esforços de cada um e a possibilidade de dar significado e sentido à vida. São os esforços para realizar o potencial de cada um que estão na origem da eudaimonia, da realização de si ou da expressividade pessoal. Esses esforços se referem às potencialidades partilhadas por todos os seres humanos e às potencialidades únicas que distinguem cada indivíduo dos outros.

Waterman (1993) relata que há duas concepções de felicidade: a expressividade pessoal (*eudaimonia*) e a satisfação hedônica (*hedonic enjoyment*). O autor confirma que a expressividade pessoal refere-se aos esforços dirigidos ao desenvolvimento pessoal, com os progressos e as expectativas de alcançar objetivos significativos diante do potencial de cada um, enquanto a satisfação hedônica está mais ligada às atividades exercidas, à qualidade do desempenho atingido e aos sentimentos agradáveis no decorrer das atividades.

Bem-Estar Subjetivo assume o conceito de felicidade apenas no sentido hedônico, uma condição ideal, imbuída de valores de várias ordens. É um objetivo de vida que revela a valorização dos sentimentos pessoais e da sua otimização, sem qualquer correspondência com a realidade social, ignorando os aspectos sociais inerentes à vida dos indivíduos, não conferindo à realidade um papel fundamental na busca da felicidade (RYFF, 1989).

O conceito de felicidade emergiu como opção empírica capaz de identificar o resultado de um conjunto de mudanças sociais (educação, urbanismo, políticas trabalhistas) que, afetando a vida das pessoas, afetaria seu bem-estar. Desse modo, estudiosos consideraram a felicidade como uma variável dependente e a operacionalizaram como o equilíbrio entre o aspecto positivo e o aspecto negativo (WILSON, de CAMPBELL et al., 1969; BRADBURN, 1969 In RYFF, 1989).

2.2. Bem-Estar Psicológico

2.2.1 Fundamentação teórica

O Bem-Estar Psicológico é um construto proposto por Carol Ryff nos anos 80 (RYFF, 1989a, 1989b, 1989c) e surge como uma crítica ao Bem-Estar Subjetivo elaborado por Diener, que entende a felicidade como o principal objetivo da vida, sem considerar os aspectos sociais e ambientais do indivíduo. Ryff entende que os sentimentos de satisfação e de

felicidade são os mecanismos para se ter um funcionamento psicológico positivo, e não um fim. Para isso, propôs uma teoria onde as dimensões promovem a satisfação e a felicidade.

Conjuntamente com a teoria de Bem-Estar Psicológico, Ryff questiona qual o significado do envelhecimento bem-sucedido e se o bom funcionamento psicológico se relaciona com o avançar da idade, tentando entender por que algumas pessoas são felizes e satisfeitas e outras não, analisando aspectos como estado de saúde, condição socioeconômica, situação conjugal e relações sociais.

Ao tentar elucidar seus questionamentos na literatura, Ryff percebe que há quatro pontos críticos relacionados ao envelhecer positivamente (entende-se positivamente como bom funcionamento psicológico). A primeira restrição se refere à ausência de modelos teóricos que abordem as diferentes dimensões de bem-estar no envelhecimento saudável. A segunda crítica evidencia a tendência da pesquisa com foco no negativismo, na doença, na ansiedade, na solidão, na depressão, e não no bem-estar, limitando-se à ausência de doença. Deixa a entender, implicitamente, que a felicidade está condicionada à juventude. O terceiro problema revela a desatenção dos estudos ao perceber que há particularidades na senilidade e que são necessários recursos e mudanças inerentes a essa fase da vida, e que há possibilidade de continuar crescendo e se desenvolvendo ao longo dos anos. Outra limitação é o entendimento que o Bem-Estar Psicológico, bem como outras teorias, são passíveis de diferentes interpretações, devido à variação cultural e à mudanças históricas das sociedades, necessitando de avaliação e de refinamento constantes (RYFF, 1989a).

A fim de compreender o funcionamento psicológico ao longo dos anos, Ryff elaborou o construto de Bem-Estar Psicológico baseado em diversas teorias. As teorias de *life-span* são as de Erikson (1959) com o modelo psicossocial, de Buhler (1935, 1968) com tendências básicas da vida e Neugarten (1968,1973) que descreve o processo de personalização na vida adulta e de interiorização na velhice. Esses estudos mostram a possibilidade de mudanças e crescimento em diferentes estágios da vida, revelando a necessidade de aceitação do passado com as mudanças biológicas e psicológicas presentes (RYFF, 1989a).

A segunda teoria que contribui para um envelhecimento saudável é a teoria do crescimento pessoal. Os estudos que abordam essa temática são de Maslow (1968) com sua visão de autorrealização, Roger (1961) com sua teoria de máximo funcionamento pessoal, Jung (1933) com seu processo de individuação e Allport (1961) com o construto de maturidade (RYFF, 1989a).

Maslow considera que todos os seres humanos nascem com necessidades universais que motivam o crescimento e o desenvolvimento até o limite do que são capazes, dependendo do indivíduo e das forças sociais promover ou inibir a realização de si. O modelo de Ryff recupera a perspectiva de Maslow relativa à motivação, retoma a perspectiva de que, para além dos impulsos, forças ou conflitos, existe uma grande amplitude para a autorrealização e para o crescimento livre de conflitos, estando muito próxima da psicologia do ego apresentada por Hartman (1939/1968) que atribui força dinâmica às funções cognitivas, significa que os objetivos humanos se transformam com o tempo e com as situações de vida e acompanham a transformação do indivíduo (NOVO, 2003).

O método de Rogers baseia-se na aceitação positiva incondicional e no afeto na infância como bases de uma personalidade saudável e de autoestima essenciais para o desenvolvimento integral como pessoa. Essa teoria se reflete no construto de Ryff através das dimensões crescimento pessoal, aceitação de si e objetivos na vida, refletindo o sentido de permanente construção e reconstrução do sentido e dos objetivos na vida, com uma interação mais clara com as forças sociais e com a esfera interpessoal, com o *self* em relação como o mundo físico e social (NOVO, 2003).

O conceito de individuação de Jung aponta para o papel do inconsciente para a realização pessoal e destaca processos psicológicos diferentes nas duas fases da vida. Na primeira fase há a necessidade de perseguir os ideais de comportamento corretos, de status social, de prestígio, em detrimento da personalidade própria, que deve ser alcançada na maturidade. Ou seja, há mudanças de motivações ao longo da vida, em um primeiro momento para as aquisições da esfera externa para, em um segundo momento, na idade adulta avançada, realizações com significado para o *self* e para a cultura. O processo de integração harmoniosa dos vários componentes de si próprio está envolvido em vários domínios, na integração de características positivas e não positivas, na necessidade de ter contato com o lado obscuro de si, bem como aceitação de características femininas e masculinas de cada um. A noção de equilíbrio é aplicada aos processos, atitudes ou funções, que considera ter valências distintas (a extroversão e a introversão, o pensamento e o sentimento), mas em que nenhuma deve ser dominante. Para Jung, o crescimento pessoal constitui uma importante motivação humana com relevância na vida adulta e na velhice, sendo esse sentido retido por Ryff para a compreensão do desenvolvimento da personalidade e como critério de Bem-Estar Psicológico (NOVO, 2003).

Allport (1961) vê que o adulto maduro possui motivos controlados, socialmente significativos e bem integrados, em um percurso planejado e dirigido, preocupa-se e implica-se no bem-estar dos outros. Coloca a competência como fator primordial para a sobrevivência, crescimento e realização do indivíduo, e ressalta o valor pessoal e a realização de si como uma construção social, imbuída de motivação intrínseca, da procura da competência, autonomia e inter-relação. Ryff estrutura o conceito de Bem-Estar Psicológico como funcionamento psicológico positivo de um modo próximo à maturidade: dá ênfase à perspectiva motivacional, valoriza a competência, o sentido social e interpessoal na realização pessoal presentes na intencionalidade e autodeterminação do comportamento adulto.

A terceira e última teoria na qual Ryff embasa o seu construto é a da saúde mental, baseada na teoria de Jahoda (1958) que formula seis critérios para uma saúde mental sadia: atitudes positivas, crescimento e autorrealização, integração da personalidade, autonomia, percepção da realidade e domínio do meio (RYFF, 1989a).

O Bem-Estar Psicológico é constituído de seis dimensões, embasadas nos alicerces teóricos citados anteriormente. A avaliação positiva e a aceitação de si (autoaceitação), um sentimento de contínuo desenvolvimento como pessoa (crescimento pessoal), a crença de que a vida pessoal é importante e significativa (objetivos na vida), o estabelecimento de relações positivas com os outros (relações positivas com os outros), a capacidade para gerir a própria vida (autonomia) e as exigências externas com eficácia e um sentido de determinação pessoal face à realização de objetivos pessoais (domínio do meio), constituem as vias de construção do Bem-Estar Psicológico e refletem os sentimentos de satisfação e felicidade de cada um consigo próprio, com as suas condições sociais, relacionais, com as realizações pessoais do passado e com as expectativas de futuro (NOVO, 2003).

A Aceitação de si é considerada, de um modo recorrente, como um aspecto essencial do funcionamento positivo e Ryff a fundamenta no conceito de autorrealização de Maslow, no de maturidade de Allport e no de valorização do *self* de Rogers. Baseia-se também na teoria de Jung em que os indivíduos são constituídos de masculino e de feminino, de lado bom e de lado mau, sem haver predominância entre eles. A teoria do ego de Erikson também é contextualizada nessa dimensão, enfatizando não apenas a autoaceitação, mas a aceitação do passado, com seus triunfos e desapontamentos. Deste modo, a escala construída para avaliar esta dimensão permite identificar, especificamente, a atitude de aceitação dos múltiplos aspectos do *self*, da vida passada, das qualidades pessoais, negativas ou positivas. Dessa

maneira, possuir um escore alto nessa dimensão significa ter uma atitude positiva de si mesmo, conhecer e aceitar os múltiplos aspectos do *self*, incluindo qualidades e defeitos e se sentir bem com o seu passado (RYFF,1989a).

A escala de Crescimento Pessoal fundamenta-se nas teorias que perspectivam o desenvolvimento como coextensivo à duração da vida (Buhler, Erikson, Jung e Neugarten). Também Rogers fala da abertura à experiência como característica fundamental da realização e do desenvolvimento pessoal, do mesmo modo que Maslow e Jahoda se referem à necessidade de atualização das potencialidades de cada um como um dos critérios de saúde mental. A escala desenvolvida para avaliar esta dimensão pretende identificar a percepção pessoal de um contínuo desenvolvimento, a abertura a novas experiências e o interesse pelo aperfeiçoamento e enriquecimento pessoal (RYFF,1989a,b,c).

A escala Objetivo na vida também se baseia nos modelos de Jahoda, Allport e Rogers que, de diferentes modos, chamam a atenção para a necessidade da existência de uma perspectiva unificadora da vida, que dê sentido aos objetivos e permita uma integração significativa das experiências pessoais. Rogers enfatiza a importância de a pessoa viver intensamente cada momento, Allport mostra a importância de se ter uma filosofia de vida, um senso de direção, uma intencionalidade. Jahoda indica uma perspectiva unificadora que contribui para o senso de unidade, equilíbrio e integração de diferentes partes do *self*. A escala desenvolvida para operacionalizar esta dimensão do bem-estar pretende identificar em que medida os sujeitos reconhecem objetivos a atingir, aspirações e metas a alcançar, e quão convictamente tais metas direcionam o comportamento e dão um sentido à vida (RYFF,1989a,b,c).

A dimensão Relações Positivas com os Outros cruza diferentes modelos da psicologia do desenvolvimento e da personalidade, todos eles reconhecendo a importância do interesse pelos outros e do estabelecimento de relações positivas e gratificantes como indispensáveis ao funcionamento psicológico e ao desenvolvimento pessoal. Ryff fundamenta a opção por esta dimensão no modelo de Maslow que salienta a importância dos interesses sociais em geral e da capacidade para estabelecer relações de amizade e de amor. Allport inclui relações acolhedoras como critério de maturidade, em que o indivíduo consegue demonstrar compaixão, respeito e apreço pelos outros. Jahoda relata a capacidade de amar e de se adequar a fim de ter boas relações. Erikson enfatiza a importância das relações interpessoais ao longo de todo ciclo de vida, particularmente na fase da vida adulta, em que a capacidade para

estabelecer relações de intimidade e o sentido de responsabilidade na orientação das gerações mais jovens é considerada atribuições específicas e determinantes do desenvolvimento de si próprio. A escala desenvolvida para avaliar esta dimensão procura, assim, identificar o interesse e a preocupação com a esfera interpessoal, a percepção pessoal de capacidades para estabelecer relações satisfatórias e calorosas com os outros e desenvolver laços interpessoais significativos (RYFF,1989a,b,c).

O Domínio do Meio é uma dimensão presente em diversos modelos do desenvolvimento da personalidade do adulto, especificamente no Neugarten e de Allport. No primeiro modelo é valorizada a necessidade de desenvolvimento de capacidades, nos diversos domínios da vida, que permitam aos adultos levar a cabo todo um conjunto de tarefas complexas, a nível pessoal, familiar, profissional e social; no segundo, de Allport, também são reconhecidas as competências de adaptação ao domínio do meio como indicadoras e constitutivas da personalidade adulta e madura. A escala concebida para avaliar esta dimensão procura captar, concretamente, o sentido de domínio e de competência na forma de lidar com o meio, a capacidade para criar contextos adequados aos valores e necessidades pessoais e o uso efetivo dessas capacidades para intervir ou modificar os contextos em que cada um vive (RYFF,1989a,b,c).

A Autonomia é geralmente considerada como uma característica fundamental da existência humana e da realização pessoal. Ryff se apoia na concepção de Jahoda, que lhe atribui o valor de critério de saúde mental; em Jung que, mediante o conceito de individuação, assinala a importância da autonomia face às convenções, crenças e temores das massas, e em Rogers que salienta que o funcionamento positivo tem subjacente uma relativa independência, dos padrões de avaliação e aprovação pessoal, face aos outros. A escala concebida para operacionalizar esta dimensão visa avaliar a capacidade dos sujeitos para resistir às pressões sociais e a determinação para pensar, agir e avaliar-se, com base em padrões pessoais (RYFF,1989a,b,c).

As seis dimensões possuem semelhanças e diferenças das teorias de envelhecimento positivo em que se embasam. A autoaceitação é um componente positivo da teoria de satisfação com a vida (NEUGARTEN, HAVIGHURS & TOBIN, 1961) e do construto autoestima (BREYTSRAAK & GEORGE, 1982, LAWTON, 1984). No entanto, inova ao incluir o conceito de aceitação de si mesmo (MASLOW, 1968; ROGERS, 1961; ALLPORT, 1961; JAHODA, 1958), bem como a aceitação das qualidades e dos defeitos (JUNG, 1933) e

a aceitação do passado (ERIKSON, 1959). A dimensão domínio do meio é comparada ao construto de locus de controle (LACHMAN, 1986) que avalia que as ações são responsáveis pelos desfechos na vida de cada um. Todavia, a teoria de domínio do meio também inclui a habilidade do indivíduo de utilizar os recursos do ambiente a seu favor, de manejar atividades em diversas áreas e mudar ou criar novos ambientes se for necessário. A dimensão relações positivas com os outros em estudos prévios realizados em idosos, definem essa dimensão como a qualidade de vida entre familiares e amigos ou competência para o convívio social (LAWTON, 1972; 1984), sendo essa característica não significativa para o construto de bem-estar. Esse construto compreende em se sentir acolhido, ter relações confiáveis (MASLOW, 1968; ROGERS, 1961; ALLPORT, 1961), se interessar pelo bem-estar dos outros (MASLOW, 1968), ter capacidade de empatia, afeição e intimidade (JAHODA, 1958; ERIKSON, 1959; ALLPORT, 1961) e compreender que as relações humanas são atos de dar e receber (BIRREN & RENNER, 1980). O construto de propósito na vida inclui ter objetivos na vida, um senso de direção, um sentimento de que há um significado na vida, foi trazido por Rosow, 1974. Para Ryff, é possível que idosos definam novos objetivos na vida, diferentes daqueles traçados na vida adulta, sendo esse aspecto essencial para um envelhecimento saudável. A autonomia inclui a capacidade de autodeterminação, de resistência à pressão que a sociedade impõe nos modos de pensar e agir, de evolução pessoal conforme suas crenças e expectativas. A dimensão crescimento pessoal emerge o sentimento de desenvolvimento contínuo, de estar aberto a novas experiências, de se avaliar e melhorar constantemente, sendo que, para isso, há necessidade de políticas públicas que sustentem o desenvolvimento bem sucedido dos idosos (RYFF, 1989a,b,c).

2.2.2 Escala de Bem-Estar Psicológico

A construção da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) foi realizada em uma amostra de 321 indivíduos jovens, adultos e idosos. O nível educacional dos três grupos etários era alto (60% dos adultos e 47% dos idosos com nível superior), a maioria dos respondentes (82,6%) percebe sua saúde como excelente ou boa e relata situação financeira confortável. Os jovens são, em grande parte, solteiros; os adultos, casados e 50% dos idosos, casados. A maioria se declarou católica ou protestante. Percebe-se que a amostra é relativamente saudável, com bom nível educacional e financeiro, limitando a generalização dos resultados e, conseqüentemente, a utilização da escala para outros perfis populacionais.

O processo de construção da escala começou na elaboração das seis dimensões de Bem-Estar Psicológico, podendo apresentar escores altos ou baixos. Primeiramente, cada dimensão possuía 80 itens, sendo reduzidos a 32 e, por fim, 20 itens, divididos igualmente em itens positivos e negativos, totalizando 120 questões. Os itens que possuíam baixa correlação foram excluídos. As consistências internas das escalas foram as seguintes: autoaceitação 0,93, relações positivas com os outros 0,91, autonomia 0,86, domínio do meio 0,90, propósito na vida 0,90 e crescimento pessoal 0,87. O teste-reteste apresentou os valores de 0,85 para autoaceitação, de 0,83 para relações positivas com os outros, de 0,88 para autonomia, de 0,81 para domínio do meio, de 0,82 para propósito na vida e de 0,81 para crescimento pessoal.

O estudo de construção da Escala de Bem-Estar Psicológico teve como objetivo avaliar as asserções da escala com outros construtos de bom funcionamento psicológico, a fim de balizar que os aspectos abordados na escala não seriam encontrados na literatura existente. Para isso, a escala foi correlacionada com as teorias de Escala de Equilíbrio do Afeto (BRADBURN, 1969), Índice de Satisfação com a Vida (NEUGARTEN et al., 1961), Escala de Autoestima (ROSENBERG, 1965), Escala da Moral (LAWTON, 1965), Locus de Controle (LEVENSON, 1974) e Escala da Depressão Autorreferida (ZUNG, 1965). Ao realizar a análise de componentes principais, Ryff concluiu que o Bem-Estar era composto por três fatores: um fator geral composto dos índices já existentes de bem-estar (satisfação com a vida, equilíbrio do afeto, moral, autoestima, depressão e controle interno) e duas novas dimensões (autoaceitação e domínio do meio) que explicaram 51,1% da variância. O segundo fator consistiu de novas dimensões de bem-estar (crescimento pessoal, propósito na vida e relações positivas com os outros), contribuindo com 8,5% da variância. O terceiro fator foi a combinação do novo construto de autonomia com medidas de controle, com 7,3% da variância.

Ryff analisou também se haveria mudanças nas dimensões de Bem-Estar Psicológico de acordo com a idade e o sexo. Em relação à idade, não há diferença no que diz aos construtos autoaceitação e relações positivas com os outros. A autonomia aumentou ao longo dos anos e atingiu seu auge na idade adulta ($F=4,04$, $p<0,05$), decrescendo na velhice (mas mesmo assim, foi maior do que na juventude). Propósito na vida aumentou com a idade e diminuiu drasticamente na terceira idade ($F=3,97$, $p<0,05$). Domínio do meio foi elevado na idade adulta e na velhice ($F=6,52$, $p<0,01$). Crescimento pessoal foi maior na juventude e na idade adulta e diminuiu na terceira idade ($F=4,73$, $p<0,05$). Em relação ao sexo, há apenas diferenças significativas em duas dimensões, nas relações positivas com os outros ($F=17,64$,

$p < 0,001$) e no crescimento pessoal ($F = 3,61$, $p < 0,058$), onde as mulheres apresentaram escores mais elevados que os homens nos dois construtos.

A versão de 120 itens gerou quatro validações da Escala de Bem-Estar Psicológico, no entanto, apenas um estudo contemplou o número de itens da versão original (NOVO, 2003). Os outros três estudos se embasaram nessa, mas possuem número de itens distintos, tais como 54, 91 e 44 itens (OTTENBACHER, 2007; GONZÁLES-FUENTES, 2010; KALLAY, 2014 respectivamente). Kallay (2014) utilizou a versão de Ryff (1989) para validar a escala na Romênia, em uma versão de 44 itens, em uma amostra de 664 pessoas, composta aproximadamente de 63% de mulheres, com média de idade de 39 anos e 75% vivendo na zona urbana. Encontrou três ajustes de modelo adequados, o modelo de seis fatores (RMSEA=0,059, SRMR=0,048, CFI=0,973, AIC=3128,85), que apresentou o melhor ajuste, seguido do modelo hierárquico (RMSEA=0,060, SRMR=0,050, CFI=0,971, AIC=3253,43) e do modelo de fator único (RMSEA=0,076, SRMR=0,055, CFI=0,960, AIC=4555,59).

Ryff & Essex (1992) validaram outra versão da escala, com 84 itens em uma amostra de 120 mulheres que tiveram que se mudar de suas casas para outros estabelecimentos. O primeiro lugar é uma instituição de longa permanência (oferece assistência social, de saúde e de transporte), o outro são apartamentos majoritariamente para idosos e o terceiro são conjuntos habitacionais subsidiados. O objetivo do estudo foi investigar como a experiência de vida e a maneira como ela é construída interfere na saúde mental dos indivíduos. Para isso, questionaram o porquê (*push factors*) e para onde (*pull factors*) as participantes foram, utilizando de cinco domínios para avaliação (saúde, família, amigos, atividades diárias e fatores financeiros), com quatro perguntas para cada domínio. A escala de Bem-Estar Psicológico foi reduzida a 84 itens, sendo que a seleção dos itens se baseou nos itens com melhores ajustes e abrangência teórica. As consistências internas da escala reduzida ficaram entre 0,83 e 0,91 e as correlações variaram entre 0,97 e 0,98. Não foi relatado nesse estudo as cargas fatoriais e nem foi realizado algum tipo de análise fatorial. Tem-se como características da amostra uma idade média de aproximadamente 75 anos, nível educacional médio foi a graduação e a renda anual média ficou entre 15 mil e 19 mil dólares. Os cinco domínios avaliados (saúde, família, amigos, atividades diárias e fatores financeiros) que levaram as mulheres a se mudarem estão fortemente relacionados com cinco domínios do Bem-Estar Psicológico: crescimento pessoal, domínio do meio, propósito na vida, relações positivas com os outros e autoaceitação. Mulheres que ainda tinham contato com a família e amigos e se sentiam confortáveis com os outros em seu novo ambiente apresentaram maiores

níveis de Bem-Estar Psicológico (exceto no domínio autonomia) e menores níveis de depressão em detrimento das que não se relacionavam com os familiares.

Kafka & Kozma (2002) tinham como objetivo estabelecer a validade de construto da escala Bem-Estar e esclarecer a relação da mesma com a Escala de Bem-Estar Psicológico (RYFF,1989), Escala de Satisfação com a Vida (DIENER, 1984) e a Escala da Felicidade da Universidade de Newfoundland (KOZMA & STONES, 1988) em uma amostra de 277 estudantes universitários de duas cidades canadenses, com idade média de 21,3 anos e média de 14,2 anos de estudo. Na primeira análise, foram encontrados 15 fatores para a escala de Ryff, e quando os itens foram forçados a se agruparem nos seis fatores, os mesmos não carregaram nas dimensões propostas pela teoria. Na segunda análise, a hipótese de que as três escalas citadas anteriormente carregariam em um fator único chamado de Escala de Bem-Estar foi refutada. As escalas da Felicidade e da Satisfação com a vida carregaram na Escala de Bem-Estar enquanto a escala de Bem-Estar Psicológico resultou em dois outros fatores, um fator composto pelas dimensões domínio do meio, crescimento pessoal, propósito na vida e autoaceitação e um segundo fator composto pela autonomia e relações positivas com os outros.

A terceira versão da escala de Ryff possui 18 itens (RYFF & KEYES, 1995) e foi validada em uma amostra composta por 1108 pessoas, 59% mulheres, 87% brancos, idade média de 45,6 anos, 70% casados, um terço com ensino médio completo e aproximadamente 60% com renda anual de 10 mil a 40 mil dólares. A amostra foi dividida em três grupos etários: adultos jovens (n=133), adultos (n=805) e idosos (n=160). Indivíduos com nível superior foi diminuindo com o avanço da idade (50%, 44% e 33%, para os adultos jovens, adultos e idosos respectivamente) bem como a renda. Para realizar o levantamento epidemiológico, devido às limitações de tempo e de custo, tornou-se necessária a utilização de uma escala abreviada de Bem-Estar Psicológico, reduzindo de 20 para 3 o número de itens de cada dimensão. A escolha dos itens deveu-se à amplitude teórica, sendo que a correlação entre os itens foi de 0,70 a 0,89. O estudo relatou que a escala abreviada obedece aos critérios psicométricos, no entanto, não mostra os resultados que corroboram com essa asserção. Todavia, as correlações entre as dimensões são modestas, variando de 0,13 (propósito na vida e autonomia) a 0,46 (autoaceitação e domínio do meio). Os valores das consistências internas são baixos a modesto, variando de 0,33 (propósito na vida) a 0,56 (relações positivas com os outros). Os autores justificam os baixos valores do alpha dizendo que isso ocorre devido ao baixo número de itens por dimensão e pelo fato dos itens escolhidos serem os que melhor

abrangem teoricamente cada construto. Na análise fatorial foram testados cinco modelos de distribuição dos itens: fator único, fator único e itens negativos, dois fatores – itens positivos e negativos, seis fatores, seis fatores com um fator de segunda ordem. Os modelos de seis fatores e de seis fatores com um fator de segunda ordem foram os que apresentaram os melhores ajustes, apresentando semelhanças nos índices (AGFI=0,89 e BIC=-167.64; AGFI=0,89 e BIC=-166.04 respectivamente). Houve correlação alta entre os construtos latentes autoaceitação e domínio do meio (0,85), sugerindo uma redundância entre esses construtos e, conseqüentemente, um modelo com cinco fatores. No estudo não há indicativo em que grupo etário a correlação ocorre, mas infere-se que essa relação seja significativa em indivíduos mais experientes, pois os mesmos aprenderam como manejar o meio para que ele seja favorável às suas demandas, mesmo diante de condições adversas, mostrando o importante papel da resiliência nesse domínio de acordo com as etapas da vida. No entanto, os autores rechaçam essa afirmação, pois há incremento nos níveis de domínio do meio nas idades mais avançadas e a autoaceitação não apresentou diferenças nos três estágios de vida estudados. A única dimensão que apresentou diferença em relação ao sexo foi relações positivas com os outros, sendo mais elevada para as mulheres. As outras dimensões não apresentaram diferença em relação ao sexo. Os autores correlacionaram a escala de 18 itens com seis fatores com as medidas de felicidade, satisfação com a vida e depressão. As dimensões de autoaceitação e de domínio do meio foram os únicos que tiveram associação significativa com as três medidas anteriormente citadas, sendo uma associação moderada a forte com a felicidade (0,36 e 0,40), forte com satisfação (0,42 e 0,39) e forte para depressão (-0,45 e -0,50), quando comparados com as outras quatro dimensões que apresentaram correlações fracas com esses três indicadores.

Tomas et al. (2010) avaliaram a estrutura fatorial da escala de Ryff nas versões 18, 29, 39 e 54 itens em diferentes configurações (modelos de um, dois, cinco e seis fatores) e, a partir do modelo com melhor ajuste, acrescentaram um fator. O estudo foi realizado em uma amostra de 556 idosos não-institucionalizados e sem déficit cognitivo grave. A amostra era composta por 59% de mulheres, 54,6% com ensino fundamental, 75% possuíam casa própria e 87,3% tinham filhos. Os autores concluíram que os ajustes não são adequados em nenhum dos modelos, sendo que todos apresentam ajustes similares, no entanto, os modelos de cinco e seis fatores apresentaram um ajuste ligeiramente melhor. Relataram que a adição de um fator somente com os itens negativos adicionados aos seis fatores melhora o ajuste da escala nas quatro versões analisadas, todavia, a escala segue apresentando baixa validade discriminante.

Em 2005, Van Dierendonck, com o objetivo de fazer a análise fatorial e de conteúdo da escala de Bem-Estar Psicológico, realizou um estudo em que três versões tiveram suas estruturas analisadas, as de 84, 54 e 18 itens, sendo que a de 54 itens foi proposta por ele a partir dos achados encontrados anteriormente nas outras duas versões. Para isso, realizou dois estudos com duas amostras, a primeira com 233 estudantes de Psicologia, 67% mulheres com média de idade de 22 anos, e a segunda com 420 trabalhadores, 60% com nível superior, 69% homens com idade média de 36 anos. Encontrou valores muito baixos de consistência interna para a escala de 18 itens (0,17 a 0,24), apresentando resultados melhores para as outras versões (0,77 a 0,90 para a versão de 54 itens, por exemplo). Testou seis modelos de fatores: fator único, dois fatores – sendo um fator negativo e outro positivo -, escala original de seis fatores, cinco fatores onde autoaceitação e domínio do meio carregam em um fator, seis fatores com um fator de segunda ordem chamado Bem-Estar Psicológico e cinco fatores com um fator de segunda ordem. Os resultados do estudo 1 mostraram que o modelo de melhor ajuste para as três versões foi o de seis fatores com um fator de segunda ordem, porém com valores inaceitáveis para o CFI nas três versões (0,65; 0,73 e 0,88 para as versões de 84, 54 e 18 itens, respectivamente). No estudo 2, os baixos valores de CFI se repetem 0,69 e 0,84 para as versões de 54 e 18 itens, respectivamente. O autor concluiu que os resultados das análises confirmatórias foram ambíguos, pois notou que, para haver uma consistência interna aceitável, a escala deve ser longa, enquanto que, para ter uma validade fatorial aceitável, é necessário que a escala seja curta. Para solucionar esse dilema, o autor propôs uma nova escala, sendo uma escala relativamente curta, que apresentasse boa consistência interna como a escala de 54 itens e uma boa validade fatorial como a de 18 itens. Para isso, a seleção dos itens se baseou na maior correlação intraitem (no mínimo 0,30) e nas menores cargas (menores que 0,40) com outras dimensões. A partir disso, criou-se uma escala de seis fatores com 6 a 8 itens em cada fator. O modelo de 54 itens apresentou boas consistências internas (0,72 a 0,81) e a análise fatorial apresentou bom ajuste do modelo (NNFI=0,87; CFI=0,88; SRMR=0,06).

Triadó et al. (2007) tinham como objetivo investigar a validade fatorial e de conteúdo da escala de Ryff na língua espanhola, na sua versão de 54 itens. Para isso, a amostra foi composta por 422 idosos, sendo 52,6% mulheres, 66,8% casados e a maioria possui poucos anos de estudo (60% com ensino fundamental e 34,4% sem nenhuma educação formal). Os valores de alpha encontrados variaram de 0,58 a 0,71 para crescimento pessoal e domínio do meio, respectivamente. Os pesquisadores constataram que as dimensões crescimento pessoal e

propósito na vida possuíam correlação significativa com idade, nível de escolaridade e renda, mostrando que pessoas com mais idade, com menos estudo e menos renda tinham tendência de apresentar baixos escores nas dimensões mencionadas. Na análise fatorial exploratória, foram extraídos 15 fatores, sendo que a análise com seis fatores, também realizada pelos autores, mostrou-se inconsistente, com itens carregando em dimensões distintas das originalmente propostas. Na análise fatorial confirmatória, foram testados cinco modelos: seis fatores, um fator, seis fatores com um fator de segunda ordem chamado bem-estar, seis fatores com dois fatores de segunda ordem (o primeiro fator de segunda ordem é denominado de bem-estar hedônico e é formado pelas dimensões domínio do meio, autoaceitação, relações positivas com os outros e autonomia; o segundo fator é chamado de bem-estar eudaimônico e inclui as dimensões crescimento pessoal e propósito na vida) e um modelo hierárquico similar ao anterior, mas com um terceiro fator de segunda ordem que reúne os fatores hedônico e eudaimônico do bem-estar em um terceiro fator. Os resultados mostraram que nenhum modelo mostrou um ajuste aceitável, mas que o modelo de seis fatores e o de seis fatores com dois fatores de segunda ordem foram os que apresentaram melhores índices, comparando com os outros modelos (AGFI=0,57, NNFI=0,37, CFRI=0,40, SRMR=0,12 e AGFI=0,57, NNFI=0,38, CFRI=0,40, SRMR=0,12).

Apesar de apresentar inconsistências psicométricas importantes em suas mais diferentes versões, a Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff é utilizada para avaliação de vários desfechos em saúde. Morozinck et al. (2010) tinham como objetivo investigar se fatores psicológicos (depressão, ansiedade e bem-estar psicológico) modulam os efeitos adversos ocasionados pela baixa escolaridade nos níveis de interleucina-6. Para isso, utilizaram os dados do Survey of Midlife Development in the U.S. (MIDUS). MIDUS foi um levantamento nacional iniciado em 1995, com uma amostra de americanos de 25 a 74 anos, com 7108 participantes no MIDUS I e 75% dessa amostra no MIDUS II (2004). Os dados coletados se basearam em questionários sociodemográficos e de avaliação psicológica através de entrevistas telefônicas e questionários autoaplicáveis. Os dados biológicos foram coletados apenas no MIDUS II, sendo que, para ser elegível para a coleta, era necessário que os participantes se deslocassem até o centro de pesquisa, diminuindo a taxa de resposta para 43%, havendo, assim, um viés de seleção, pois os respondentes possuíam nível educacional mais elevado que os não-respondentes. A amostra foi de 1028 indivíduos, de 35 a 86 anos (média de $58,0 \pm 11,6$), sendo 565 mulheres. Concluíram que quatro (domínio do meio, relações positivas com os outros, propósito na vida e autoaceitação) das seis dimensões do

bem-estar psicológico moderam o efeito da educação nos níveis de interleucina-6, indivíduos de baixa renda e depressivos apresentaram maiores níveis de interleucina-6 e participantes com ótimo funcionamento psicológico não apresentaram níveis significativos de interleucina-6 apesar da baixa renda.

Meléndez et al. (2009) avaliaram os efeitos do bem-estar psicológico, do funcionamento físico e dos fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda, escolaridade) na satisfação com a vida. Para medir essa relação, a amostra foi de 181 idosos com idade entre 65 e 94 anos (média de $75,6 \pm 7,05$), 59,1% eram mulheres e 51,7% possuíam ensino fundamental. Concluíram que os efeitos diretos da idade e dos anos de estudo no nível de satisfação com a vida desaparecem quando são mediados pelo bem-estar psicológico, sendo que a idade afeta negativamente o bem-estar psicológico, impactando no desfecho. O bem-estar físico e psicológico são importantes preditores de satisfação, no entanto, o bem-estar psicológico apresenta um papel de predominância nessa relação.

Kim, Strecher & Ryff (2014) analisaram a associação entre a dimensão propósito na vida e o uso de serviços de saúde preventivos e o número de dias de internação em hospitais. Para isso, a amostra se constituiu em 7168 norte-americanos de 50 anos ou mais, 57,7% mulheres, 78,2% brancos, 64,7% casados, 55,1% com ensino médio, a maioria com boa renda, 43,4% não-fumantes e 46,4% vivem na zona urbana. A dimensão propósito na vida mostrou ser fator de proteção para a saúde, pois as pessoas com maior nível dessa dimensão de bem-estar psicológico realizaram mais exames de colesterol, mamografias, papanicolau e exame de próstata e também houve diminuição dos dias de internação hospitalar. Quando foram adicionados fatores psicológicos negativos como depressão e ansiedade, a associação foi atenuada, mas permaneceu significativa. Percebeu-se que ter um bom funcionamento psicológico influenciou na procura por cuidado, e pode, conseqüentemente, reduzir o risco de condições debilitantes em saúde (AVE, infarto do miocárdio, doença de Alzheimer) e aumentar os níveis de bons biomarcadores como o HDL, impactando na qualidade de vida dos indivíduos.

Szwarcwald, Souza-Júnior & Damacena (2010) analisaram o acesso aos serviços de saúde de acordo com a idade, sexo, escolaridade, autopercepção de saúde e plano de saúde/Sistema Único de Saúde. O perfil dos usuários que mais utilizaram o serviço se define da seguinte forma: em sua maioria mulheres em comparação com os homens ($p < 0,001$), usuários idosos em detrimento dos mais jovens ($p = 0,039$), pessoas com maior nível

educacional ($p < 0,001$) e com plano de saúde ($OR = 1,96$). Ou seja, pessoas mais saudáveis, que moravam nos centros urbanos, com maior nível socioeconômico e com melhor percepção de saúde são as que mais acessaram os serviços de saúde, apontando para inequidade da atenção em saúde. Esse perfil de população não foi o mesmo encontrado no estudo de Romain, Marleau & Baillot, em que os autores encontraram que indivíduos adultos, obesos com transtorno de humor, mulheres, com nível médio de escolaridade são os que mais acessam os serviços em detrimento de pessoas obesas sem transtorno de humor. Nesse mesmo estudo também foi encontrado que um funcionamento psicológico ruim é mais prevalente em pessoas obesas com transtorno de humor (14,1%, $IC = 8,7-23,0$ para satisfação com a vida e 57,3%, $IC = 48,2-68,1$ baixa qualidade de vida) em relação às sem transtorno (2,8%, $IC = 2,0-3,9$ para baixa satisfação com a vida e 27,8%, $IC = 25,4-30,4$ para estresse), sendo o Bem-Estar Psicológico medido através da presença de alguns indicadores: episódio depressivo, estresse, qualidade de vida, satisfação com a vida, percepção de saúde mental. Pessoas obesas com transtorno de humor têm menos hábitos saudáveis que as pessoas obesas, são mais sedentárias ($OR = 1,9$, $IC = 1,2-31,1$), ingerem uma quantidade menos de frutas e vegetais ($OR = 1,7$, $IC = 1,1-2,6$) e são fumantes ($OR = 1,9$, $IC = 1,2-2,9$).

Thorpe et al. (2012), analisaram as múltiplas dimensões da percepção de acesso como potenciais mediadores entre sintomas depressivos e procura por cuidados preventivos em idosos. Avaliaram o acesso em quatro dimensões: disponibilidade dos cuidados em saúde, aceitabilidade (interação entre atitudes e preferências do usuário e do provedor do serviço), ambiência e acessibilidade (oferta de acordo com a renda do usuário). Os cuidados preventivos incluídos no estudo foram: vacinação da gripe, exame de colesterol, exame de pressão arterial, avaliação odontológica, exame físico de rotina, avaliação ocular e exame de rastreamento de câncer do cólon. A amostra foi composta por 54% de mulheres, 15,1% apresentaram sintomas de depressão, idade média de 64 anos, aproximadamente 80% casados, 87% com plano de saúde privado, 10% com plano público de saúde e 3% não possui nenhum plano de saúde. A maioria dos respondentes foi diagnosticada com três comorbidades e teve acesso a cinco dos sete serviços de saúde relatados na pesquisa. Os sintomas depressivos diminuíram a procura por cuidado, associando negativamente com duas dimensões do acesso, a aceitabilidade ($B = -0.17$, $p < 0,1$), evidenciando uma relação fraca de profissional e usuário, com pouca confiança e comunicação, dificultando a adesão ao tratamento; e a ambiência ($B = -0.10$, $p < 0,1$), mostrando que os serviços estão inconvenientemente organizados para receber

os usuários. No entanto, não correlacionaram com três práticas preventivas: vacinação da gripe, rastreamento do câncer de cólon e avaliação odontológica.

Nota-se, diante do exposto, que, embora haja vários estudos que mostrem a relevância do Bem-Estar Psicológico nos mais diversos desfechos em saúde, o mesmo não é verdadeiro quando se avalia esse conceito com variáveis de saúde bucal, como número de dentes, autopercepção de saúde bucal, uso de prótese. Não foram encontradas evidências da associação da escala elaborada por Ryff com qualquer desfecho odontológico, apenas conceitos psicológicos negativos e positivos que não correspondem ao modelo teórico de Ryff. As evidências na literatura mostram o quanto o Bem-Estar Psicológico influencia na saúde bucal, seja em relação ao tratamento endodôntico, em que pacientes submetidos a esse tipo de tratamento (caso) apresentaram menores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde bucal e Bem-Estar Psicológico quando comparados ao grupo de manutenção periodontal (controle) (LIU, McGRATH, CHEUNG, 2012), ao tratamento ortodôntico, o bem-estar psicológico modulou a relação de qualidade de vida relacionada à saúde bucal no que diz respeito à ortodontia em jovens (AGOU, LOCKER, MUIRHEAD, et al., 2011), à cárie, à doença periodontal, ao número de dentes perdidos (IDE, HOSHUYAMA, WILSON, et al. 2006), à autopercepção de saúde bucal (LOCKER, CLARKE, PAYNE, 2000). Finlayson, Williams, Siefert et al. (2010) encontraram evidências de que uma pobre saúde bucal (incluindo características como dor, dificuldade para comer, aparência) estava diretamente relacionada à depressão e aos altos níveis de estresse.

Harris et al. (2018) avaliaram o estresse e o Bem-Estar Psicológico em estudantes de Odontologia do Reino Unido e da Austrália, pois identificaram que há uma lacuna na literatura na identificação de fatores estressores e resilientes na graduação, desencadeando estresse e Síndrome de Burnout no decorrer da faculdade. Para isso, utilizaram cinco instrumentos: Questionário de Estresse do Ambiente Odontológico, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse, Escala de Bem-Estar Psicológico, Questionário de Avaliação e Escala Adulta de Esperança. Encontraram que o estresse se eleva de acordo com o desenvolvimento do curso, atingindo seu ápice nas práticas clínicas, concomitantemente, a fadiga faz com que os estudantes percebam negativamente o feedback dos professores. No segundo ano do curso, há crítica sobre o trabalho acadêmico e clínico, no terceiro ano, a crítica se dá sobre a equipe docente. Em relação à depressão e estresse, a maioria dos estudantes ficou no ponto de corte limítrofe, no que se refere à ansiedade, grande parte se encontra no estágio moderado a alto, e no que concerne à esperança, tanto estudantes britânicos como australianos apresentaram altos

escores. Os estudantes também apresentaram altos níveis de Bem-Estar Psicológico nas dimensões crescimento pessoal, propósito na vida e relações positivas com os outros. Percebeu-se, dessa maneira, que, apesar de índices elevados de estresse e do retorno negativo dos docentes, os estudantes veem os fatores estressores como oportunidade de aprendizado e crescimento.

Diferentemente do estudo acima, outros artigos utilizaram a denominação de Bem-Estar Psicológico para instrumentos distintos da escala de Ryff, tais como Brennan et al. (2018) e Saintrain et al. (2018). Brennan et al. (2018) estudaram a associação entre saúde geral e Bem-Estar (Escala de Satisfação com a Vida) com condições de moradia, saúde bucal e grau de dependência em idosos. A maior parte da amostra foi composta por mulheres, idosos entre 75 e 84 anos, com até 11 anos de estudo, com algum grau de dependência nas suas atividades diárias e com bom suporte social. Percepção de saúde geral ruim estava associada à menor independência de atividades diárias (RP=0,45, IC=0,30-0,67) e maior impacto de saúde bucal (RP=1,02, IC=1,01-1,03). Condição de saúde foi maior para independência (Coef=0,17, EP=0,03), menor para mulheres (Coef=-0,05, EP=0,03), para os que moravam de aluguel (Coef=-0,07, EP=0,03) e para os que apresentavam maior impacto de saúde bucal nas atividades diárias (Coef=-0,004, EP=0,001). Bem-Estar foi maior para os idosos independentes (Coef=0,85, EP=0,43) e com maior suporte social (Coef=2,22, EP=0,40), mas menor para os que moravam de aluguel (Coef=-1,06, EP=0,45), não falavam Inglês (Coef=-1,17, EP=0,53) e apresentavam maior impacto de saúde bucal no dia-a-dia (Coef=-0,08, EP=0,02). Saintrain et al. (2018), tinham o objetivo de identificar a relação entre desconforto em saúde bucal e Bem-Estar Subjetivo em idosos, em uma amostra composta por mulheres (80,9%), ensino fundamental incompleto (65,4%), renda de até um salário mínimo (74%), aposentados (68,7%), cor branca (40,7) e sem cônjuge (72%). A Escala de Bem-Estar Subjetivo é dividida em duas dimensões, sendo a primeira a do Afeto Positivo e Negativo e a segunda a de Satisfação com a Vida. O afeto associou-se com percepção de saúde no ano anterior ($p=0,027$), problemas na fala ($p=0,016$), problemas de visão ($p=0,006$), número de dentes ($p=0,010$) e boca seca ($p=0,044$). Satisfação com a Vida estava associada com percepção de saúde ($p<0,001$), com condições de saúde ($p<0,001$), com doenças sistêmicas ($p=0,001$), ingestão de álcool ($p=0,022$), problemas nos tecidos moles ($p=0,001$) e dor sem razão aparente ($p=0,025$). O escore total da Escala de Bem-Estar Subjetivo associou-se com fumo ($p=0,035$), problemas de fala ($p=0,045$), problemas de visão ($p=0,008$) e número de dentes ($p=0,038$).

Ide, Hoshuyama, Wilson, et al. (2006) relatam que as doenças mentais são as mais prevalentes das doenças ocupacionais no Japão e, em seu estudo, avaliaram a possível associação entre o bem-estar psicológico (avaliado através do questionário de saúde geral - GHQ-12) e as condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal, perda dentária, autorrelato de dor, de sensibilidade, dificuldade ao mastigar, aparência) em trabalhadores japoneses de 20 a 59 anos. Não encontraram associação entre bem-estar psicológico e cárie dentária, doença periodontal e perda dentária, todavia, há relação entre o bem-estar e o autorrelato sobre dificuldade de mastigar, aparência, ausência de dor e sensibilidade, em que ausência de sintomas está relacionada a um maior escore de bem-estar psicológico. Locker, Clarke & Payne (2000), analisaram a associação e a direção da associação entre autopercepção de saúde bucal, bem-estar psicológico (com o mesmo instrumento do estudo anterior) e satisfação na vida em idosos canadenses através do modelo teórico de Wilson & Cleary (1995). Não foi encontrada associação entre bem-estar psicológico e autopercepção de saúde bucal, mas com autopercepção de saúde geral, no entanto, a força da associação é fraca. Todavia, indicam que a autopercepção de saúde bucal ruim, baixo escore de bem-estar, níveis baixos de satisfação coexistem no mesmo subgrupo de idosos.

No entanto, Nguyen et al. (2013) apontam que há uma interrogação sobre a interação entre saúde bucal e bem-estar psicológico, sintomas depressivos e estresse. Reforçam que esse quadro é agravado, pois essa população representada na amostra não tem acesso aos serviços odontológicos, seja no serviço público ou pela falta da inclusão dessa modalidade nos planos de saúde. Ressaltam que há impacto da saúde bucal sobre o bem-estar entre idosos, mas não há evidências que corroboram essa associação. Uma hipótese para essa lacuna na literatura seriam as propriedades psicométricas inadequadas encontradas nas versões mais curtas da escala, onde, provavelmente, uma associação não seria evidente devido a não validade do construto Bem-Estar Psicológico.

3. PROBLEMA DE PESQUISA

A partir disso, iniciou-se, em um primeiro momento, uma revisão de literatura sobre a Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff e percebeu-se que há diferentes versões da escala e que, a versão mais curta usada para análise desse estudo, era a que apresentava propriedades psicométricas ruins. A revisão de literatura foi o primeiro passo para a construção da revisão sistemática, a fim de sanar as dúvidas sobre as distintas versões da escala e suas propriedades psicométricas. Na avaliação dessas várias versões, surgiu o interesse em fazer a validação da escala de 18 itens, pois, essa escala utilizada na coorte de Carlos Barbosa, não havia sido validada para o português brasileiro e também porque não havia estudos de validação da escala no Brasil em uma população idosa. A única validação da Escala de Bem-Estar Psicológico para o português brasileiro foi realizada por Machado & Bandeira (2010) com a versão de 84 itens em uma amostra de estudantes universitários de Psicologia. Diante desse panorama, a validação da escala de Bem-Estar Psicológico para uma população idosa se tornou necessária. Portanto, o objetivo da tese foi revisar sistematicamente as versões da Escala de Bem-Estar Psicológico validadas, bem como realizar a avaliação psicométrica da escala de 18 itens para uma população de idosos brasileiros.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral dessa tese foi avaliar todas as versões da escala de Bem-Estar Psicológico validadas bem como realizar a avaliação psicométrica da escala de 18 itens para uma população de idosos brasileiros.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar sistematicamente estudos de validação das versões da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, resumizando as propriedades psicométricas das mesmas.

Realizar a análise fatorial exploratória com diferentes versões da Escala de Bem-estar Psicológico de Ryff de 18 itens e realizar a análise fatorial confirmatória com o modelo que apresentou melhor ajuste em uma população de idosos brasileiros.

5. MANUSCRITOS

5.1 MANUSCRITO I

A ser submetido à Social Science & Medicine

PÁGINA DO TÍTULO

Título: Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff: uma revisão sistemática e análise de suas propriedades psicométricas

Andressa da Silveira Bez*

Roger Keller Celeste*

Juliana Balbinot Hilgert*

*Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência para: Andressa da Silveira Bez, Rua Ramiro Barcelos, 2492. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre, RS, CEP 92425-900, Brasil.

Telefone/Fax: +55 (0) 51 33085015

E-mail: andressabez@yahoo.com

RESUMO

Bem-Estar Psicológico é um construto multidimensional baseado no funcionamento psicológico positivo. Para mensurar sua teoria, Ryff propôs uma escala de seis dimensões, com versões de 120, 84, 54 e 18 itens. Essas quatro versões e outras distintas das originais foram validadas em diversos países nas mais variadas amostras. A fim de compilar as diferentes versões da escala, o objetivo deste artigo foi revisar sistematicamente todas as validações das escalas de Bem-Estar Psicológico, resumindo as propriedades psicométricas das mesmas, com ênfase na escala de 18 itens. Foram utilizadas duas bases de dados eletrônicas: PubMed e Scopus. Um revisor avaliou de forma independente os artigos e extraiu os dados. Foram identificados 4780 artigos, mas após exclusão por duplicação e leitura, foram selecionados 38 artigos e duas teses, totalizando 54 estudos, pois havia diversos artigos com mais de um estudo. A escala de 18 itens foi a mais validada, a língua espanhola a mais utilizada e apenas seis estudos não fizeram análise fatorial. A amostra da maioria dos estudos foi composta por adultos de alto nível de escolaridade e renda. A escala de 18 itens apresentou propriedades psicométricas semelhantes nas 16 versões, mas não nos itens, indicando que a escala de Ryff é culturalmente dependente.

Palavras-chave: Bem-Estar Psicológico, validação, psicometria, análise fatorial exploratória, análise fatorial confirmatória.

ABSTRACT

Psychological well-being is a multidimensional construct based on positive psychological functioning. To measure his theory, Ryff proposes a six-dimensional scale, with the last 120, 84, 54, and 18 items. The last four and other different from the originals were validated in the domains of the most varied variables. In order to compile the variables of the scale, the objective of this article was to systematically review all the validations of the Psychological Well-Being Scales, as psychometric properties of the same, with the emphasis of a scale of 18 items. Two electronic databases were used: PubMed and Scopus. One reviewer independently evaluated the articles and extracted the data. 4780 articles were identified, but were excluded by duplication and reading, 38 papers and two theses were selected, totaling 54 studies, since there were several articles with more than one study. The 18-item scale was the most valid, the most used Spanish language, and only six studies did not make a factorial analysis. Most of the studies were done by adults of high schooling and income. The 18-point scale was constructed in 16 psychometric amplitudes, but not in the items, indicating that the Ryff's scale is culturally dependent.

Keywords: Psychological Well-Being, Validation, Psychometrics, Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis.

Introdução

Há uma variedade de conceitos de bem-estar, que podem abordar desde teorias biológicas à predisposição genética para a felicidade, no entanto, há um lapso entre teoria e evidência, explicando, de certo modo, a variedade de conceitos de bem-estar encontrados na literatura. É importante, ao abordar a temática do bem-estar, citar duas escolas dos quais ele oriunda, levando a diferentes interpretações: o hedonismo e o eudaimonismo. A abordagem hedônica enfatiza o bem-estar baseado no prazer, na felicidade e na hesitação da dor, sendo o modelo hedônico mais conhecido o bem-estar subjetivo (COOKE, MELCHERT & CONNOR, 2016). O bem-estar subjetivo caracteriza-se pela avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas conjuntamente com as reflexões acerca dos seus afetos, sejam eles positivos e negativos (DIENER & RYAN, 2009). O conceito eudaimônico sugere que o bem-viver provém da ação em direção ao desenvolvimento dos potenciais únicos de cada pessoa, sendo que a saúde mental é alcançada através de um potencial ótimo de funcionamento psicológico, consistindo em diversos domínios para atingir o mesmo, sendo o bem-estar psicológico o modelo eudaimônico mais proeminente (COOKE, MELCHERT & CONNOR, 2016).

Bem-Estar Psicológico é uma convergência de modelos teóricos sobre funcionamento positivo, originando um modelo multidimensional de bem-estar. Há seis modelos de bom funcionamento psicológico, que consistem em uma avaliação positiva de si e de seu passado (autoaceitação); um senso de crescimento contínuo e desenvolvimento como pessoa (crescimento pessoal); a crença de que a vida tem um propósito e um significado (propósito na vida); a qualidade de relação com os outros (relação positiva com os outros); a capacidade de lidar com a sua vida e com os outros (domínio do meio ambiente) e o senso de determinação (autonomia) (RYFF, 1995).

A construção da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) foi realizada em uma amostra de 321 indivíduos jovens, de meia-idade e de idosos. O nível educacional dos três grupos era alto, a maioria relatou situação financeira confortável e boas condições de saúde. Baseou-se na avaliação da personalidade e nos pressupostos teóricos dos diferentes aspectos do funcionamento positivo, com escores alto e baixo, sendo autoaplicável para pessoas de ambos os sexos e para adultos de qualquer idade. Composta pelas seis subescalas citadas anteriormente, podendo ser utilizadas separadamente, sendo que cada subescala pode ter 20, 14, 9 ou 3 itens. Para a validade do construto foram utilizados vários instrumentos,

como a Escala de Afeto, o Índice de Satisfação com a vida, a Autoestima, a Moral, o Locus de Controle e a Escala de Depressão autorrelatada.

Ryff & Essex (1992) validaram a escala de Bem-Estar Psicológico na versão de 84 itens em uma amostra de 120 mulheres idosas, de alto nível educacional e monetário, com o objetivo de investigar como a experiência de vida e a maneira como ela é construída interfere na saúde mental dos indivíduos. Os itens foram selecionados a partir da abrangência teórica e do ajuste do item com a escala. A consistência interna da escala reduzida variou de 0.83 a 0.91 e as correlações variaram de 0.97 a 0.98. Não foram relatadas nesse estudo as cargas fatoriais e nem foi realizado algum tipo de análise fatorial. Maiores níveis de Bem-Estar Psicológico (exceto a dimensão autonomia) e menores níveis de depressão foram encontrados nas mulheres que ainda tinham contato com a família em detrimento das que não se relacionavam com os familiares.

A terceira versão da escala de Ryff possui 18 itens (RYFF & KEYES, 1995) e foi validada em uma amostra composta por 1108 pessoas, em sua maioria composta por mulheres, brancos, com idade média de 45,6 anos, casados, com ensino médio completo e com renda anual razoável. Para realizar o estudo, utilizou-se uma escala abreviada do Bem-Estar Psicológico, reduzindo de 20 para 3 o número de itens de cada dimensão. A escolha dos itens deveu-se à amplitude teórica, sendo que a correlação entre os itens foi de 0,70 a 0,89. O estudo relatou que a escala abreviada obedece aos critérios psicométricos, no entanto, não mostra os resultados que corroboram com essa asserção. Todavia, as correlações entre as dimensões são modestas, variando de 0,13 (propósito na vida e autonomia) a 0,46 (autoaceitação e domínio do meio). Os valores das consistências internas são baixos a modestos, variando de 0,33 (propósito na vida) a 0,56 (relações positivas com os outros).

Em 2005, Van Dierendonck, com o objetivo de fazer a análise fatorial e de conteúdo da escala de Bem-Estar Psicológico, realizou um estudo em que três versões tiveram suas estruturas analisadas, as de 84, 54 e 18 itens, sendo que a de 54 itens foi proposta por ele a partir dos achados encontrados anteriormente nas outras duas versões. Para isso, realizou dois estudos com duas amostras, a primeira com 233 estudantes de Psicologia e a segunda com 420 trabalhadores. Os resultados do estudo 1 mostraram que o modelo de melhor ajuste para as três versões foi o de seis fatores com um fator de segunda ordem, porém, com valores inaceitáveis para o CFI nas três versões (0,65; 0,73 e 0,88 para as versões de 84, 54 e 18 itens, respectivamente). No estudo 2, os baixos valores de CFI se repetem 0,69 e 0,84 para as

versões de 54 e 18 itens, respectivamente. Diante disso, o autor propôs uma nova escala com 54 itens, onde a seleção dos itens baseou-se na maior correlação intraitem (no mínimo 0,30) e nas menores cargas (menores que 0,40) com outras dimensões. Esse modelo apresentou boas consistências internas (0,72 a 0,81) e a análise fatorial apresentou bom ajuste do modelo (NNFI=0,87; CFI=0,88; SRMR=0,06).

Essas três versões oriundas da versão original apresentaram boas propriedades psicométricas nas populações-alvo em que foram realizadas. No entanto, quando algumas dessas versões foram adaptadas para outras amostras, as propriedades não tiveram a mesma performance da original. Diante dessa diferença, supõe-se que o construto é culturalmente dependente, podendo apresentar discrepâncias na compreensão de alguns itens. Para que o conceito teórico seja preservado nas mais diversas amostras, é necessário que a escala seja adaptada transculturalmente, ou seja, uma combinação entre um componente de tradução literal de palavras e frases de um idioma a outro conjuntamente com um processo meticuloso de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo da versão. Para que isso seja possível, é necessário adotar a versão universalista da adaptação transcultural que não assume *a priori* que os construtos são os mesmos em diferentes culturas. Primeiro investiga-se se um conceito efetivamente existe ou se é interpretado similarmente na nova cultura, para depois se estabelecer sua equivalência transcultural por meio de metodologia própria. Para que haja adaptação transcultural, é necessário realizar a equivalência conceitual, de item, operacional, de mensuração e funcional. Após, sugere-se uma sistemática operacional para utilizar instrumentos desenvolvidos em outros contextos linguístico-sócio-culturais, sendo fundamental comparar perfis epidemiológicos em diferentes localidades e culturas (REICHEINHEIM & MORAES, 2007).

Há abundância de evidências do uso do instrumento de bem-estar psicológico com vários desfechos como inteligência emocional (BHULLAR, SCHUTTE, & MALOUFF, 2013), satisfação com a vida (DÍAZ et al., 2015) e religiosidade (LAVRIC & FLERE, 2008). No âmbito da validação do instrumento, a Escala de Bem-Estar Psicológico foi traduzida para 13 idiomas em 21 países, indicando validade de conteúdo. No entanto, há nebulosidade no que diz respeito a suas dimensões, com vários estudos sugerindo a unidimensionalidade do construto. A maioria dos estudos utilizou análise fatorial para análise dimensional, sugerindo agrupamento de itens distintos do original. A maior parte dos estudos fez a adaptação transcultural das versões originais da escala e outros autores sugeriram uma escala com número de itens diversos.

Percebe-se um número relevante de evidências acerca da validação da Escala de Bem-Estar Psicológico em suas diferentes versões, no entanto, não há uma sumarização que abranja a variedade das diversas validações. Nota-se que, embora teoricamente as validações se assemelhem ao aporte teórico da original, há muitas versões dessa escala, com diferente número de itens; o mesmo número de itens em duas versões não corresponde aos mesmos itens e há várias análises fatoriais que não foram compiladas. A escolha da versão de 18 itens da Escala de Bem-Estar Psicológico para uma análise detalhada das propriedades psicométricas ocorreu por essa versão ser a mais utilizada, por ser a mais adequada durante levantamentos epidemiológicos e por ser a versão coletada no estudo de Carlos Barbosa nos anos de 2008 e 2012.

Percebe-se que as inúmeras validações da Escala de Bem-Estar Psicológico apresentam semelhanças quanto à questão da dimensionalidade do construto. Nesse estudo, será aprofundada a escala abreviada de 18 itens, mas, baseando-se na leitura dos artigos da revisão sistemática, nota-se que a maioria dos estudos corrobora com a versão dimensional original de seis fatores conjuntamente com o aporte teórico da escala. Na maioria dos estudos, outras configurações de dimensão foram encontradas com melhores ajustes, mas apenas os valores das cargas fatoriais e dos índices não são premissas suficientes para justificar uma possível mudança da dimensionalidade dessa teoria. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo revisar sistematicamente estudos de validação das versões da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, resumindo as propriedades psicométricas da versão de 18 itens.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática sobre a validação da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989). Esta revisão seguiu uma adaptação do check-list descritas em Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) para revisões sistemáticas incluindo itens sugeridos para adaptação transcultural do COSMIN (BOX G).

Tipos de estudos, participantes, escala

Foram incluídos estudos quantitativos que utilizaram a escala de Bem-Estar Psicológico, considerando as versões originais de 120, 84, 54 e 18 itens. Foram considerados elegíveis apenas os estudos sobre a validação da escala de Ryff em quaisquer versões e estudos com diferente número de itens oriundos das versões originais citadas anteriormente. Excluíram-se desta seleção os estudos que se encontravam repetidos nas bases de dados, de

outras escalas de bem-estar, artigos de Bem-Estar Psicológico de Ryff que não eram sobre a validação da escala, artigos com apenas aspectos teóricos da escala.

Base de dados e estratégia de busca

Como estratégia de busca, incluíram-se as bases de dados indexados Scopus e National Library of Medicine (Pubmed) todas as publicações até 18 de maio de 2017. O processo de construção de consulta de pesquisa incluiu dois conceitos para obtenção do máximo de sensibilidade com especificidade. A primeira estratégia de busca consistiu de palavras e descritores de Bem-Estar Psicológico. A segunda estratégia de busca adicionou palavras para especificar publicações na área de psicometria. A estratégia utilizada para o Scopus e o PubMed foi:

#1 - ("psychosocial well being" OR "WBI" OR "PWBS OR "psychosocial wellbeing" OR "psychological well being"OR "psychological wellbeing" OR "ryff"OR "ryff's") AND ("indicators"OR "questionnaire" OR "scale" OR "scales" OR "subscale" OR "subscales" OR "index" OR "indices").

#2 – Essa estratégia de busca encontra-se no apêndice I (Terwee et al., 2009).

#3 - #1 AND #2

Caso houvesse dúvida em relação ao escopo de algum artigo, dois avaliadores eram consultados e a decisão pela inclusão ou não era feita através de consenso. A partir dos estudos identificados, examinou-se o título e o resumo de cada artigo recuperado, a fim de selecionar os estudos da seguinte fase, ou seja, a leitura de texto completo. A lista de base de dados, data de pesquisa bibliográfica, consultas utilizadas e o número total de artigos são descritos na Tabela 1.

Análise dos dados extraídos

A extração dos dados se baseou nas seguintes informações: características da publicação (número de itens da escala - baseada na versão original de Ryff ou na versão adaptada de outros autores, autor, ano de publicação, país, características da amostra – n, escolaridade, faixa etária, tipo de análise realizada). Outra análise realizada diz respeito às propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade, análise fatorial, validade de construto).

Os resultados apresentados foram compilados através da elaboração de duas tabelas de extração de dados a fim de sintetizar as características dos estudos. A tabela 2 refere-se aos dados extraídos dos 54 estudos e corresponde às seguintes características: autor, estudo de

adaptação, número de itens da nova escala, versão da escala, número de domínios estudados, se há consistência interna amostra (número de participantes), método utilizado para análise e se fez validade de construto. A tabela 3 se refere aos dados extraídos dos estudos que utilizaram a escala de 18 itens, seja na sua versão original ou distinta. Nessa tabela, os dados estimados foram: autor, país, grupo etário, número de participantes, método de análise, estimador, rotação, software utilizado, modelos testados, fatores de correlação (RMSEA, SRMRS, CFI, TLI, BIC, AIC, AGFI, GFI, NNFI, NFI), alpha de Cronbach total e por domínios, e correlação intraclasse.

Resultados

As estratégias utilizadas para o levantamento dos artigos foram adaptadas para cada uma das bases de dados, de acordo com suas especificidades de acesso. No Scopus e no PubMed foram encontrados 4474 artigos e 6 artigos através de outras fontes por meio da literatura cinzenta. Após a análise dos títulos, 1211 foram excluídos por estarem duplicados nas duas bases de publicações, totalizando 3569 artigos. Após a leitura dos títulos e/ou resumos, foram excluídos 3411 registros, restando 158 artigos. Desses 158, 43 foram excluídos após leitura na íntegra, 41 por contemplarem outras escalas, 9 por não serem estudos de validação, 1 por ser estudo de validação teórica e 26 por utilizarem o instrumento em questão sem fim de validação. Das 38 referências incluídas, foram extraídos dados de 54 estudos, número maior do que as referências incluídas devido a oito artigos (VAN DIERENDONCK, 2005; CHENG & CHAN, 2005; SPRINGER & HAUSER, 2006; BURNS & MACHIN, 2009; SIRIGATTI et al., 2009; FERNANDES, VASCONCELOS-RAPOSO & TEIXEIRA, 2010; VILLAR, TRIADÓ & CELDRÁN, 2010; SIRIGATTI et al., 2012) avaliarem mais do que uma amostra. Um artigo avaliou a validação da escala com 84 itens com uma amostra e com 54 itens em outra amostra (BURNS & MACHIN, 2009), outro estudo trabalhou a validação da escala de 18 e 54 e 84 itens em duas amostras (VAN DIERENDONCK, 2005). Outro estudo que continha três amostras diferentes fez a análise exploratória e confirmatória da escala de 18 itens (apenas uma se refere à escala original de 18 itens de Ryff) em duas amostras e a análise confirmatória da escala com 30 itens em uma terceira amostra (FERNANDES, VASCONCELOS-RAPOSO & TEIXEIRA, 2010) e outro estudo fez análise em duas amostras, sendo a exploratória com a versão de 18 itens e a confirmatória com uma nova versão de 24 itens (CHENG & CHAN, 2005). A maioria dos artigos selecionados foi publicado nos últimos 10 anos, realizados na Europa e adaptados para

o espanhol. Grande parte utilizou a escala com 18 itens e doze estudos validaram escalas com itens diferentes das versões originais. A maioria dos estudos foi realizada na Europa, com uma amostra entre 201 e 1000 participantes e com uma população adulta de alta escolaridade. Grande parte possui análise fatorial confirmatória no seu processo de validação (Tabela 1).

A maioria dos estudos que validaram esse instrumento utilizou alguma das versões originais para legitimá-la em seu país, no entanto, há autores que elaboraram versões com diferente número de itens do original. Apesar do número de itens ser diverso, todos os estudos que propuseram novas combinações de questões o fizeram baseados em alguma das escalas originais.

Dos 54 estudos selecionados, somente 5 fizeram apenas análise fatorial exploratória, sendo que as escalas analisadas e que originaram escalas de itens diversos foram as seguintes: um estudo utilizou a escala de 120 itens (KAFKA & KOZMA, 2002), três a de 54 itens (CHENG & CHAN, 2005; SIRIGATTI et al., 2009; VILLAR et al., 2010) e um a de 42 itens (SIRIGATTI et al., 2009). Kafka & Kozma (2002) não confirmaram a existência de seis domínios nem o conjunto desses como fator único. Cheng & Chan (2005) analisaram a escala de 54 itens a fim de reter 18 itens e, após, acrescentar um novo item a cada dimensão da escala. No entanto, após a análise da correlação intraitens, notou-se que a versão de 18 itens não era a mais adequada, pois havia itens que não eram compreendidos pela população-alvo e a consistência interna das dimensões era baixa ($\alpha=0.39$ para crescimento pessoal, $\alpha=0.48$ para propósito na vida e $\alpha=0.51$ para autoaceitação, por exemplo). Diante disso, optaram por reter 24 itens da escala de 54 itens na versão da escala de Ryff para a população chinesa. Sirigatti et al. (2009) fizeram análise fatorial exploratória com a escala nas versões de 54 e de 42 itens com três hipóteses de agrupamento das dimensões: seis e cinco fatores e modelo hierárquico. No modelo de seis fatores, a maioria dos itens carregou conforme a teoria, com exceção da dimensão domínio do meio, em que os itens se dispersaram nos seis fatores, apenas dois itens carregaram em um fator e um item carregou em uma dimensão diferente da original. Situação semelhante ocorre no modelo de cinco fatores, carregando conforme a proposta original, apresentando uma baixa saturação nos cinco fatores. No modelo hierárquico, os itens carregaram de maneira difusa, dificultando a interpretação dos resultados. Villar et al. (2010) fizeram análise fatorial exploratória da escala de 54 itens em uma amostra de 267 idosos, sendo 55,7% homens, 61% com ensino fundamental e 29% sem estudo formal. Examinaram a estrutura da escala com análise dos componentes principais e, devido aos altos escores entre as dimensões, aplicaram a rotação oblíqua, sendo que 16 itens foram extraídos e outros seis

itens foram incluídos de acordo com o carregamento dos itens (maior que 0.50) e complementos de carregamento nos outros itens ser menos que 0.30. Dessa forma, uma escala de Bem-Estar Psicológico de 22 itens, restrita a quatro fatores (autoaceitação, orientação para o presente, estresse e tensão social) foi elaborada.

A análise fatorial confirmatória foi feita em 43 estudos, sejam baseados nas quatro versões originais ou nas novas versões de diversos autores (INGERSOLL-DAYTON et al., 2004; VAN DIERENDONCK, 2005; CHENG & CHAN, 2005; SPRINGER & HAUSER, 2006; DÍAZ et al., 2006; FERNANDES, VASCONCELOS-RAPOSO & TEIXEIRA, 2010; LI, 2014; KALLAY & RUS, 2014). A versão de 120 itens não foi validada em nenhum idioma, embora tenha sido utilizada para validação de outras versões (RYFF & KEYES, 1995 – 18 itens; KAFKA & KOZMA, 2002 – 84 itens; OTTENBACHER, KUO & OSTIR, 2007 – 54 itens; GONZÁLES-FUENTES & PALOS, 2016 – 91 itens). A versão de 84 itens foi validada por 11 estudos (KAFKA & KOZMA, 2002; RUINI et al., 2003; KITAMURA & KISHIDA, 2004; VAN DIERENDONCK, 2005; AKIN, 2008; BURNS & MACHIN, 2009; MACHADO & BANDEIRA, 2010; SALAMA-YOUNES et al., 2011; LI, KAO & WU, 2015; HENN, HILL & JORGENSEN, 2016), a versão de 54 itens por 7 estudos (VAN DIERENDONCK, 2005; OTTENBACHER, KUO & OSTIR, 2007; TRIADÓ et al., 2007; MIGUEL, MORAL & PARDO 2008; BURNS & MACHIN, 2009; SIRIGATTI et al., 2009; TOMÁS et al., 2010), a de 42 por dois estudos (ABBOTT et al., 2006; SPRINGER & HAUSER, 2006) e a de 18 por 16 estudos, sendo 14 referentes à escala original (RYFF & KEYES, 1995; FLEESON & BALTES, 1998; CLARKE et al., 2001; LINDFORS, 2002; GUINDON, O'ROURKE, CAPPELIEZ, 2004; VAN DIERENDONCK, 2005; CHENG & CHAN, 2005; SPRINGER & HAUSER, 2006; SIRIGATTI et al., 2009; TOMÁS et al., 2010; FERNANDES, VASCONCELOS-RAPOSO, TEIXEIRA, 2010 – 2 estudos; GIGANTESCO et al., 2011; SIRIGATTI et al., 2012 – 2 estudos; LI, 2014).

As análises fatoriais que serão abordadas a seguir referem-se ao modelo original com seis domínios, embora, em muitos artigos, esse não é o melhor modelo para se avaliar Bem-Estar Psicológico, pois há outras combinações de itens que mensuram mais adequadamente o conceito que se espera da escala. Abbott et al. (2006) investigaram a estrutura da escala de 42 itens de Ryff em uma amostra de 1179 mulheres de 52 anos no Reino Unido. Foram testados três modelos, o primeiro foi unidimensional, o segundo com seis domínios e o terceiro incorporou um fator de segunda ordem. O segundo modelo possui RMSEA=0.114, CFI=0.702, TLI=0.889, sendo inferior ao terceiro que apresenta RMSEA=0.115, CFI=0.698,

TLI=0.888. Van Dierendonck (2005) analisou três versões da escala em dois estudos. No primeiro estudo foi analisada a versão de 18, 54 e 84 itens em uma amostra de 233 estudantes de Psicologia e no segundo estudos, as versões de 54 e 18 itens com 420 trabalhadores. Em ambos os estudos a consistência interna foi baixa na escala de 18 itens, com alpha de Cronbach variando de 0.17 a 0.68. No estudo 1, a versão de 84 itens apresentou AIC=7385.28, NNFI=0.54, CFI=0.56 e SRMR=0.19. A versão de 54 itens mostrou AIC=3458.22, NNFI=0.56, CFI=0.58 e SRMR=0.19. A versão de 18 itens mostrou AIC=610.38, NNFI=0.48, CFI=0.54 e SRMR=0.17. No estudo 2, a versão de 54 itens apresentou AIC=4919.86, NNFI=0.49, CFI=0.51 e SRMR=0.15 e a versão de 18 itens AIC=905.40, NNFI=0.40, CFI=0.47 e SRMR=0.15. Em ambos os estudos o autor conclui que melhor adaptação à escala é um modelo de seis dimensões com um fator de segunda ordem. No Chile, Burgos (2012) analisou as propriedades psicométricas da escala em 691 universitários em uma versão de 39 itens, com seis domínios, oriunda da versão de Van Dierendonck (2005). A consistência interna entre os seis domínios variou entre 0.54 (propósito na vida) e autoaceitação (0.79). A análise fatorial confirmatória mostrou um bom ajuste do modelo com RMSEA=0.068 (0.065-0.071), CFI=0.95, NNFI=0.094, SRMR=0.060.

Nota-se que a maioria dos estudos tinha como propósito realizar a adaptação da escala nos seus seis domínios originais e não realizaram validade de construto (tabela 2). A maioria fez a validação da versão de 18 itens, que é detalhadamente explicada na tabela 3. Clarke et al. (2001), em uma amostra de 4960 idosos canadenses, testaram vários modelos fatoriais e encontraram no modelo de seis fatores e no modelo de seis fatores modificado, os melhores índices (RMSEA=0.06, CFI=0.77 e AIC=1790.4, RMSEA=0.03, CFI=0.88 e AIC=776.8, respectivamente) – embora modestos, e as cargas fatoriais apresentaram valores razoáveis (crescimento pessoal, por exemplo, com valores de 0.37, 0.33 e 0.54) no modelo de seis fatores. Guindon, O'Rourke & Cappeliez (2004) testaram o modelo de seis fatores em três subamostras, sendo uma para análise fatorial exploratória e outras duas (homens e mulheres) para análise fatorial confirmatória. Para homens e mulheres, os itens correspondentes às dimensões propósito na vida e relações positivas com os outros não apresentaram significância estatística ($t < 1.96$) ou obtiveram valores maiores do que 1 (Heywood cases). Assim, a análise fatorial confirmatória foi feita para os outros quatro domínios (autoaceitação, crescimento pessoal, autonomia e domínio do meio). Não encontraram diferença nos modelos em relação ao sexo (RMSEA= 0.042, CFI=0.93, AGFI=0.93, GFI=0.96 e RMSEA=0.041, CFI=0.94, AGFI=0.94, GFI=0.96 para homens e mulheres respectivamente), ou seja, ambos

interpretaram e responderam de maneira semelhante aos 12 itens. Todavia, três associações entre as quatro dimensões se mostraram estatisticamente diferentes (crescimento pessoal e autonomia: -0.90 e 0.31, domínio do meio e autonomia: 0.69 e 0.34, autoaceitação e domínio do meio: 0.49 e 0.79 para homens e mulheres, respectivamente), embora as contribuições dos itens dessas dimensões sejam equivalentes, a associação entre os fatores difere entre homens e mulheres.

Tomás et al. (2010) fizeram análise fatorial confirmatória de cinco modelos e concluíram que o modelo de seis fatores apresenta o melhor ajuste (RMSEA=0.053, CFI=0.782, AIC=72.47, NNFI=0.0931). Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira (2010) também concluíram que o modelo original apresenta o melhor ajuste, apesar dos índices modestos obtidos (RMSEA=0.06, CFI=0.75, AGFI=0.88, GFI=0.91). Sirigatti et al. (2012) tinham como hipótese a invariância dos fatores da escala de Bem-Estar Psicológico de 18 itens em duas amostras de estudantes italianos e bielorrussos, onde os mesmos responderam ao construto com escalas tipo likert em 4 alternativas de resposta. O melhor modelo encontrado no estudo foi de seis fatores com um fator de segunda ordem chamado Bem-Estar (RMSEA=0.41, CFI=0.98 RMSEA=0.43, NFI=0.98; CFI=0.97, NFI=0.96, para italianos e bielorrussos).

Dos 16 artigos de validação da versão de 18 itens, apenas dois não foram idênticos à versão original (FERNANDES, VASCONCELOS-RAPOSO & TEIXEIRA, 2010; LI, 2014), a maioria realizou análise fatorial exploratória e confirmatória e fez validação de construto. Grande parte dos estudos foi realizada em amostras com pessoas adultas, de alto nível de escolaridade e confirmaram a versão de seis dimensões com um fator de segunda ordem como a versão de melhor ajuste.

Discussão

Esse estudo revisou sistematicamente a validação das diferentes versões da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, resumizando as propriedades psicométricas da versão de 18 itens. O estudo mostra que na maioria das validações foi realizada análise fatorial exploratória e confirmatória, no entanto, a maioria não fez validade de construto. Estudos de validade de construto são frequentes quando não há instrumento de referência (padrão-ouro) para o contraste. Avaliam-se as relações entre as dimensões supostamente captadas pelas diferentes escalas do instrumentos, bem como as relações com outros conceitos atributos e características ligadas à teoria geral na qual se insere o construto sob escrutínio. O encontro

de associações previstas ou afinadas com evidências pregressas corrobora e reforça a validade do instrumento. O inverso também pode ser relevante ao se constatar a inexistência de relações entre os conceitos teóricos manifestos pelas escalas adaptadas e outras reconhecidamente fora do escopo da teoria geral envolvendo o fenômeno de interesse (REICHENHEIM & MORAES, 2007).

A maioria dos estudos foi realizada no continente europeu, na versão espanhola, as amostras foram compostas por indivíduos adultos de bom nível educacional, com um tamanho amostral adequado entre 201 e 1000 participantes. A versão mais validada é a de 18 itens, com 16 estudos, sendo 14 referentes à escala original de 18 itens. Na escala mais utilizada, nota-se que o modelo de seis fatores, juntamente com o modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem, foram os modelos fatoriais que encontraram os melhores ajustes nas diferentes populações. As correlações entre as dimensões também se comportaram de maneira semelhante na maioria dos estudos.

A versão de 18 itens (RYFF, 1995), por possuir poucos itens que representam as dimensões teoricamente, é a que apresenta as piores propriedades psicométricas se comparada com as outras três versões da escala (RYFF, 1989a, RYFF & ESSEX, 1992; VAN DIERENDONCK, 2005). No estudo em que Ryff propõe a escala mais curta, ao realizar análises de diferentes modelos, aponta que o modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem chamado Bem-Estar Psicológico é o que apresenta o melhor ajuste entre os modelos testados (AGFI=0.89 e BIC=-167.64). No entanto, enfatiza que os efeitos do Bem-Estar Psicológico mudam ao longo da vida, não podendo ser explicados por um fator único, e as diferenças notadas se apresentam de maneira discrepante nos grupos etários e nas dimensões. Clarke et al. (2001) analisaram 9 modelos fatoriais e concluíram que o modelo de seis fatores é o que apresenta o melhor ajuste, embora seus índices sejam baixos (CFI=0.80, AIC=1790.4, SRMSR=0.06). No entanto, também encontraram no estudo que havia quatro itens que se correlacionavam com duas dimensões: a vida é um processo contínuo de aprendizado, mudança e crescimento, da dimensão crescimento pessoal também se correlacionava com “propósito na vida”, as pessoas me descrevem como uma pessoa generosa, originalmente da dimensão relações positivas mostrou uma associação tênue com autoaceitação. Outro item com correlação dúbia é “algumas pessoas são sem objetivo, mas eu não sou uma delas” compartilha a correlação da versão original de propósito na vida com crescimento pessoal e o item “as demandas do dia-a-dia me deixam pra baixo”, da dimensão domínio do meio se relaciona também com a dimensão relações positivas com os outros. Quando os quatro itens

foram liberados para terem cargas compartilhadas na escala, houve melhoria nos índices do modelo (CFI=0.88, AIC=776.8, SRMSR=0.03). Esse estudo mostrou que as dimensões crescimento pessoal e propósito na vida decrescem com o aumento da idade, domínio do meio está negativamente associado ao estado de saúde e capacidade funcional, e a dimensão relações positivas com os outros está associada com o sexo, sendo mais elevada nas mulheres.

Guindón, O'Rourke & Cappeliez (2004), ao estudarem a dimensionalidade da escala e a variância de acordo com o sexo, também encontraram itens problemáticos nas dimensões relações positivas com os outros e propósito na vida, eliminando-as da escala e realizando a análise fatorial confirmatória das outras quatro dimensões restantes. Com essa nova versão da escala, encontraram bons ajustes (CFI=0.93, AGFI=0.93, RMSEA=0.42 e CFI=0.94, AGFI=0.94, RMSEA=0.41 para homens e mulheres, respectivamente). Perceberam que homens e mulheres interpretam de maneira semelhante às questões, mas as correlações de algumas dimensões apresentam diferenças significativas. Concluíram que, apesar da contribuição dos fatores ser semelhante entre os sexos, a associação relativa entre as dimensões é desigual, dando a entender que a estrutura do construto difere entre homens e mulheres. Van Dierendonck (2005) analisou a escala de 84 e 18 itens, e criou uma versão com 54 itens. Notou que a escala abreviada apresenta as menores consistências internas quando comparadas com as escalas de maior número de itens, o modelo de seis fatores apresentou índices ruins (AIC=610.38, NNFI=0.48, CFI=0.54 e SRMR=0.17) quando comparado a outros modelos testados, como o modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem (AIC=297.35, NNFI=0.86, CFI=0.88 e SRMR=0.06).

Sirigatti et al. (2009), bem como os outros autores citados anteriormente, também encontraram no modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem chamado Bem-Estar Psicológico, o melhor ajuste para o modelo. Todavia, reforçam que, o modelo baseado na amplitude teórica do construto e no melhor ajuste só é possível com o modelo original, de seis fatores. Embora não seja esse que apresenta os melhores índices, é o teoricamente compreensível e aceitável estatisticamente. Springer & Hauser (2006) e Burns & Machin (2009) sugerem que quatro dimensões podem, empiricamente, formar uma única dimensão: crescimento pessoal, propósito na vida, autoaceitação e domínio do meio. No estudo de Springer & Hauser (2006) é necessário fazer uma ressalva, pois o instrumento foi administrado de três maneiras: por telefone, e-mail e autopreenchimento, podendo mensurar diferentemente o mesmo item, devido à interpretação e à abordagem distintas. Tomás et al. (2010) também encontram melhor ajuste do modelo de seis fatores com um fator de segunda

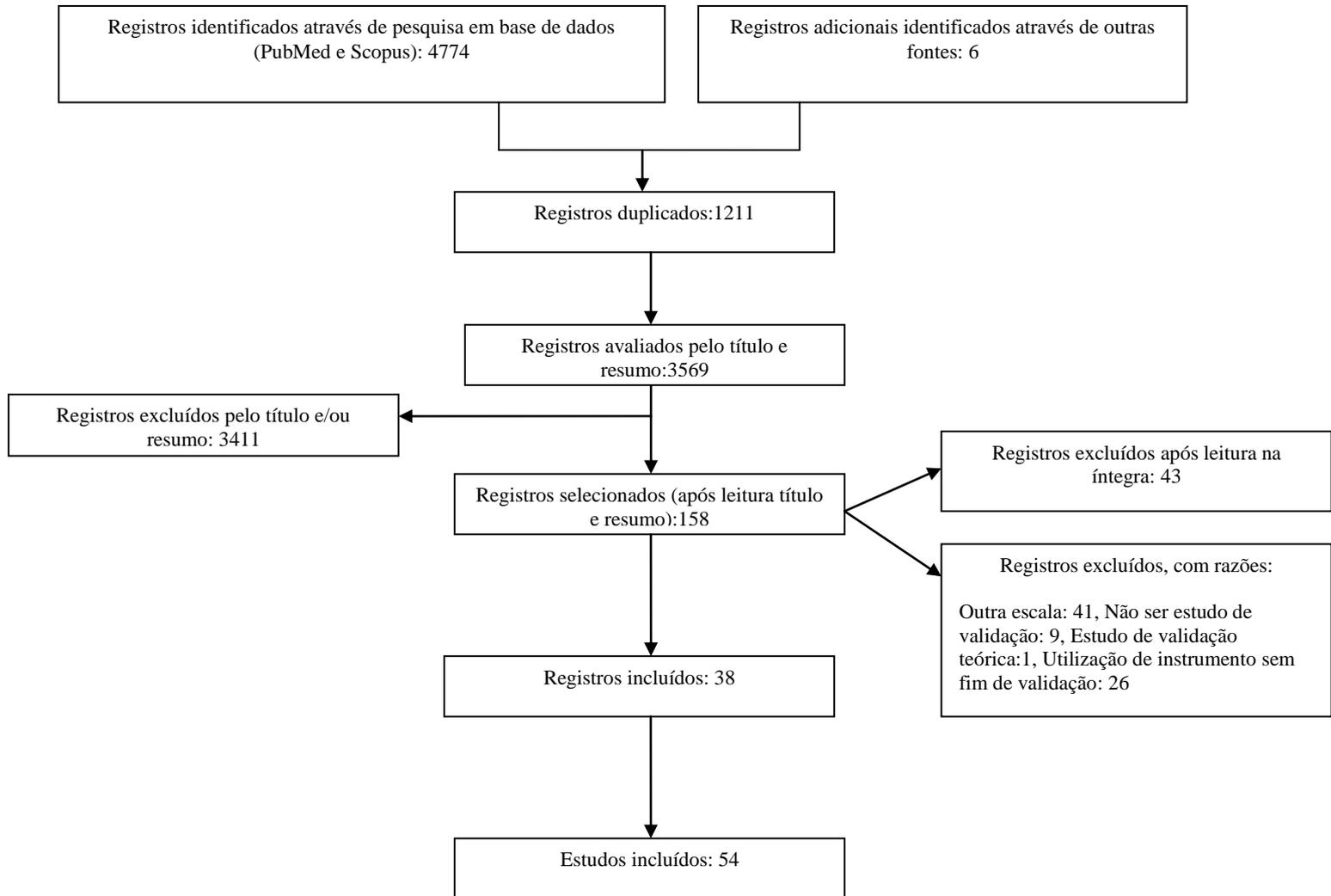
ordem quando comparado com o original (RMSEA=0.043/0.053, CFI=0.871/0.782, AIC=2.13/72.47, GFI=0.952/0.931). Fernandes, Vasconcelos-Raposo & Teixeira (2010) encontraram valores semelhantes nos modelos citados acima, não preterindo um modelo em relação ao outro. Gigantesco et al. (2011), ao analisarem a influência genética e ambiental no construto Bem-Estar Psicológico, perceberam que não há diferença na mensuração quando se compara gêmeos monozigóticos de gêmeos dizigóticos e nem diferença no sexo. O modelo fatorial original foi o que apresentou os piores ajustes (CFI=0.86, SRMR=0.06, RMSEA=0.06, AIC=42438.69), sendo o modelo modificado com itens negativos e positivos o que apresentou o melhor ajuste (CFI=0.95, SRMR=0.03, RMSEA=0.04, AIC=42162.18).

Uma limitação desta revisão sistemática foi a incapacidade de sintetizar os dados usando meta-análise e, conseqüentemente, não se pode fazer recomendações sobre os melhores pontos de corte para as diferentes ferramentas de rastreamento identificadas. Outra limitação é a inclusão de estudos com diferentes metodologias de coleta de dados, incluindo estudos que coletam os dados por meio de entrevista, autopreenchimento, telefone ou e-mail. Em um estudo de validação, sabe-se que o método como a pergunta é feita, influencia diretamente na interpretação do enunciado, alterando todo processo de validação do construto. Devido a todos os artigos serem incluídos, independentemente da qualidade, há a possibilidade de alguns trabalhos não terem realizado análises de dados importantes para adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Psicológico.

Nota-se que grande parte dos estudos foi realizada na Europa, com amostras “jovens”, com boas condições de saúde, com alto nível educacional e financeiramente confortáveis. Talvez esse perfil de amostra tenha um entendimento diferente de outros tipos de populações, como os indivíduos com mais idade, com comorbidades, com baixa escolaridade e financeiramente dependentes. No entanto, é possível ter parcimônia ao se validar uma escala para cada tipo de amostra, pois as características da sociedade influenciam diretamente no indivíduo, no seu comportamento, na interação com os outros e com o meio em que se vive. Ao mesmo tempo em que as características culturais, sociais e individuais influenciam no entendimento de uma teoria (como se é esperado), há de se ter certo cuidado para que o preciosismo matemático limite o uso de bons instrumentos por um item apresentar carga insuficiente, minimizando a teoria devido ao rigor estatístico. O embasamento teórico é fator primordial para que o processo de adaptação transcultural seja iniciado. Por se tratar de instrumentos de Psicologia, em que a subjetividade é pujante e, conseqüentemente, a compreensão é peculiar em cada perfil amostral, percebo que validar a Escala de Bem-Estar

Psicológico em pessoas que não são estudiosas da área, enriquece o escopo da teoria, já que o bom funcionamento psicológico é vivido na comunidade e não em centros acadêmicos, como ocorreu na única adaptação da escala para o português brasileiro. Creio que validar o construto em populações mais vulneráveis, adequando os itens para diferentes amostras, permitiria estudar a razão da felicidade das pessoas e quais os fatores influenciam nesse caminho.

Figura 1. Fluxograma



Tabelas

Tabela 1. Descrição das publicações selecionadas com dados sobre adaptação transcultural da escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff.

Características dos estudos incluídos na revisão	Número de estudos selecionados	
Total de estudos selecionados	54	
Ano de publicação	1998-2005	10
	2006-2011	17
	2012-2016	11
Continente dos participantes	América	11
	África	1
	Ásia	6
	Europa	19
	Oceania	1
Versão Original Adaptada		
	Versão 1: Ryff, 1989 (120 itens)	1
	Versão 2: Ryff & Essex, 1992 (84 itens)	10
	Versão 3: Ryff & Keyes, 1995 (18 itens)	14
	Versão 4 : Ingersoll-Dayton, 2004 (15 itens)	1
	Versão 5 : Van Dierendonck, 2005 (54 itens)	7
	Versão 6 : Van Dierendonck, 2005 (39 itens)	5
	Versão 7 : Springer & Hauser, 2006 (42 itens)	4
	Versão 8 : Díaz, 2006 (29 itens)	3
	Versão 9: Springer & Hauser, 2006 (12 itens)	1
	Versão 10 : Cheng, 2005 (24 itens)	1
	Versão 11: Villar et al., 2010 (22 itens)	2
	Versão 12: Fernandes, 2010 (18 itens)	1
	Versão 13: Fernandes, 2010 (30 itens)	1
	Versão 14: Kallay & Rus, 2014 (44 itens)	1
	Versão 15: Li, 2014 (18 itens)	1
	Versão 16: Gonzáles-Fuentes & Palos, 2016 (91 itens)	1
Característica da Amostra		
N	0- 100	3
	101- 200	3
	201-500	19
	501-1000	18
	≥1001	11
Faixa etária	Crianças/adolescentes	8
	Adultos	22
	Adultos/Idosos	10
	Idosos	14

Escolaridade média	Ensino fundamental	8
	Ensino médio	13
	Ensino superior	21
	Sem informação	12
<hr/>		
Tipo de análise	Não fez AFE/AFC*	6
	AFE*	5
	AFC**	43
<hr/>		

*AFE: análise fatorial exploratória

**AFC: análise fatorial confirmatória

Tabela 2. Propriedades psicométricas gerais das versões da escala de Bem-estar Psicológico nos 54 estudos incluídos.

Estudo	Objetivo do estudo era adaptação?	Nº itens nova escala	Baseada na escala	N amostra	N domínios estudados	Calculou consistência interna?	Fez análise fatorial?	Validade de construto
Ryff & Keyes, 1995	Sim	BEP-18	BEP-120	1108	6	† $\alpha=0.33$	AFE/AFC	Felicidade, Satisfação com a vida e Depressão
Novo, 1997	Sim	BEP-84	BEP-84	412	6	† $\alpha=0.74$	Não	Não
Fleeson & Baltes, 1998	Sim	BEP-18	BEP-18	398	6	† $\alpha=-0.03$	AFE/AFC	Satisfação com a vida, otimismo, saúde mental e responsabilidade social
Clarke <i>et al.</i> , 2001	Sim	BEP-18	BEP-18	4960	6	† $\alpha=-0.04$	AFE/AFC	Não
Kafka & Kozma, 2002	Sim	BEP-84	BEP-120	277	6	N/C	AFE	MUNSH, Satisfação com a vida
Lindfors, 2002	Sim	BEP-18	BEP-18	91	6	† $\alpha=0.26$	Não	Não
Ruini <i>et al.</i> , 2003	Sim	BEP-84	BEP-84	415	6	† $\alpha=0.21$	Não	Não
Kitamura & Kishida, 2004	Sim	BEP-84	BEP-84	574	6	† $\alpha=0.45$	AFE/AFC	Depressão, Ansiedade, Eventos da primeira infância
Ingersoll-Dayton, 2004	Sim	15 itens	BEP-18	460	5	† $\alpha=0.69$	AFE/AFC	Satisfação com a vida, depressão
Guindon, 2004	Sim	BEP-18	BEP-18	846	4	N/C	AFE/AFC	Não
Van Dierendonck, 2005	Sim	BEP-84	BEP-84	233	6	† $\alpha=0.77$	AFE/AFC	Bem-estar espiritual, Vitalidade, Autoestima, Felicidade, Personalidade
Van Dierendonck, 2005	Sim	BEP-54	BEP-84	233/420	6	† $\alpha=0.61$	AFE/AFC	Bem-estar espiritual, Vitalidade, Autoestima, Felicidade, Personalidade
Van Dierendonck,	Sim	BEP-18	BEP-18	233	6	† $\alpha=0.17$	AFE/AFC	Bem-estar

2005				420		$\dagger \alpha=0.24$		espiritual, Vitalidade, Autoestima, Felicidade, Personalidade
Van Dierendonck, 2005	Não	39 itens	BEP-54	233	6	$\dagger \alpha=0.72$	Não	Bem-estar espiritual, Vitalidade, Autoestima, Felicidade, Personalidade
Cheng & Chan, 2005	Sim	BEP-18	BEP-54	83	6	$\dagger \alpha=0.39$	AFE	Não
Cheng & Chan, 2005	Sim	BEP-24	BEP-84	83/1259	6	$\dagger \alpha=0.52$	AFE/AFC	Não
Springer & Hauser, 2006	Não	BEP-42	BEP-42	6282	6	N/C	AFE/AFC	Não
Springer & Hauser, 2006	Não	BEP-18	BEP-18	9240/2731	6	N/C	AFE/AFC	Não
Springer & Hauser, 2006	Não	BEP-12	BEP-18	6038	6	N/C	AFE/AFC	Não
Abbott, 2006	Sim	BEP-42	BEP-42	1179	6	N/C	AFE/AFC	GHQ-28
Díaz <i>et al.</i> , 2006	Sim	29 itens	39 itens	467	6	$\dagger \alpha=0.68$	AFE/AFC	Não
Ottenbacher, 2007	Não	BEP-54	BEP-120	40	6	N/C	Não	Não
Triadó <i>et al.</i> , 2007	Sim	BEP-54	BEP-54	422	6	$\dagger \alpha=0.58$	AFE/AFC	Não
Van Dierendonck <i>et al.</i> , 2008	Sim	39 itens	BEP-54	919	6	$\dagger \alpha=0.71$	AFE/AFC	Não
Akin, 2008	Sim	BEP-84	BEP-84	1214	6	$\dagger \alpha=0.86$	AFE/AFC	Autocompaixão, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
Miguel, Moral & Prado, 2008	Sim	BEP-54	BEP-54	159	6	N/C	AFE/AFC	Não
Burns & Machin, 2009	Não	BEP-84	BEP-84	401/679	6	N/C	AFE/AFC	Bem-estar subjetivo
Burns & Machin, 2009	Não	BEP-54	BEP-54	401/679	6	N/C	AFE/AFC	Bem-estar subjetivo
Sirigatti <i>et al.</i> , 2009	Sim	BEP-54	BEP-54	296	6	N/C	AFE	Não

Sirigatti <i>et al.</i> ,2009	Sim	BEP-42	BEP-42	296	6	N/C	AFE	Não
Sirigatti <i>et al.</i> ,2009	Sim	BEP-18	BEP-18	298	6	N/C	AFE/AFC	Não
Machado & Bandeira, 2010	Sim	BEP-84	BEP-84	313	6	† $\alpha=0.72$	Não	Satisfação com a vida, Afetos positivos e negativos, balanço entre afetos e depressão
Tomas <i>et al.</i> , 2010	Não	BEP-18	BEP-18	556	6	N/C	AFE/AFC	Não
Tomas <i>et al.</i> , 2010	Não	29 itens	29 itens	556	6	N/C	AFE/AFC	Não
Tomas <i>et al.</i> , 2010	Não	39 itens	39 itens	556	6	N/C	AFE/AFC	Não
Tomas <i>et al.</i> , 2010	Não	BEP-54	BEP-54	556	6	N/C	AFE/AFC	Não
Villar <i>et al.</i> , 2010	Sim	BEP-22	BEP-54	267	4	† $\alpha=0.60$	AFE	Autoconfiança, orientação para o presente, estresse e tensão social
Villar <i>et al.</i> , 2010	Sim	BEP-22	BEP-22	107	4	† $\alpha=0.70$	AFE/AFC	Autoestima, Depressão e Satisfação com a vida
Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Teixeira, 2010	Sim	18 itens	BEP-84 Novo,1997	402	6	† $\alpha=0.35$	AFE/AFC	Não
Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Teixeira, 2010	Sim	18 itens	BEP-18 Ferreira & Simões,1999	790	6	† $\alpha=0.27$	AFE/AFC	Não
Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Teixeira, 2010	Sim	30 itens	BEP-84	771	6	† $\alpha=0.59$	AFE/AFC	Não
Gigantesco <i>et al.</i> , 2011	Não	BEP-18	BEP-18	742	6	† $\alpha=0.72$	AFE/AFC	Não
Salama-Younes <i>et al.</i> , 2011	Sim	BEP-84	BEP-84	426	6	† $\alpha=0.72$	AFE/AFC	Não
Cuadra,2012	Não	39 itens	39 itens	335	6	† $\alpha=0.59$	AFE/AFC	Sim

Sirigatti <i>et al.</i> , 2012	Não	BEP-18	BEP-18	619	6	N/C	AFE/AFC	Não
Sirigatti <i>et al.</i> , 2012	Não	BEP-18	BEP-18	495	6	N/C	AFE/AFC	Não
Burgos, 2012	Sim	39 itens	39 itens	691	6	† $\alpha=0.54$	AFE/AFC	Não
Chitgian, Úrzua & Villarroel, 2013	Não	29 itens	29 itens	300	6	† $\alpha=0.55$	AFE/AFC	Felicidade Subjetiva, Otimismo e Depressão de Beck
Vera Villarroel <i>et al.</i> , 2013	Não	29 itens	29 itens	1646	6	† $\alpha=0.47$	AFE/AFC	Sim
Li, 2014	Sim	BEP-18	BEP-84	409/411/820	6	† $\alpha=0.60$	AFE/AFC	GDS, WHOQOL-bref
Kallay & Rus, 2014	Não	BEP-44	BEP-84	664	6	N/C	AFE/AFC	Não
Li, Kao & Wu, 2015	Não	BEP-84	BEP-84	653	6	† $\alpha=0.60$	AFE/AFC	Não
González-Fuentes & Palos, 2016	Sim	BEP-91	BEP-120	1064	6	† $\alpha=0.50$	AFE/AFC	Não
Henn, Hill, Jorgensen, 2016	Não	BEP-84	BEP-84	434	6	N/C	AFE/AFC	Não

Tabela 3. Características dos estudos com a versão de 18 itens da Escala de Bem-Estar Psicológico. (Excel)

REFERÊNCIAS

- Abbott, R.A., Ploubidis, G.B., Huppert, F.A., et al., 2006. Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health Qual Life Outcomes*. 4, 76-91.
- Akin, A., 2008. The Scales of Psychological Well-Being: a study of validity and reliability. *Educ. Sci.: Theory & Practice*. 8 (3), 741-750.
- Burgos, A.V., 2012. Psychometric properties and factor structure of scale of Psychological Well-Being in Chilean university students. *Psicoperspectivas*. 11 (2), 143-163.
- Burns, R.A.B., Machin, M.A., 2009. Investigating the structural validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales across two samples. *Soc. Indic. Res.* 93 (2), 359-375.
- Cheng, S.T., Chan, A.C.M., 2005. Measuring psychological well-being in the Chinese. *Pers Individ Dif.* 38, 1307-1316.
- Chitgian-Urzúa, V., Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., 2013. Análisis preliminar de las escalas de bienestar psicológico em población chilena. *Rev. Argent. Clin. Psic.* 21 (1), 5-14.
- Clarke, P.J., Marshall, V.W., Ryff, C.D., et al., 2001. Measuring Psychological Well-Being in the Canadian Study of Health and Aging. *Int Psychogeriatr.* 13 (1), 79-90.
- Cuadra, I.G., Moyano-Díaz, E., 2012. Análisis psicométrico de las escalas Ryff (version española) em una muestra de adolescentes chilenos. *Univ. Psychol.* 11 (3), 931-939.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., et al., 2006. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 18 (33), 572-577.
- Fernandes, H.M., Vasconcelos-Raposo, J., Teixeira, C.M., 2010. *Span. J. Psychol.* 13 (2), 1032-1043.
- Fleeson, W., Baltes, P.B., 1998. Beyond present-day personality assessment: an encouraging exploration of the measurement properties and predictive power of subjective lifetime personality. *J. Res. Pers.* 32, 411-430.
- Gigantesco, A., Stazi, M.A., Alessandri, G., et al., 2011. Psychological well-being (PWB): a natural life outlook? An Italian twin study on heritability of PWB in young adults. *Psychol. Med.* 41, 2637-2649.
- González-Fuentes, P., Palos, P.A. Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes. *RIDEP*. 42 (2), 69-83.
- Guindon, S., O'Rourke, N., Cappeliez, P., 2004. Factor structure and invariance of responses by older men and women to an abridged version of the Ryff Scale of Psychological Well-Being. *Aging Ment Health*. 10 (4), 301-310.
- Henn, C.M., Hill, C., Jorgensen, L.I., 2016. An investigation into the factor structure of the Ryff Scales of Psychological Well-Being. *SAJIP*. 42 (1), 1-12.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, j., et al, 2004. Measuring Psychological Well-Being: insights from thai elders. *Gerontologist*. 44 (5), 596-604.

- Kafka, G.J., Kozma, A, 2002. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being (SPWB) and their relationship to measures of Subjective Well-Being. *Soc Indic. Res.* 57, 171-190.
- Kállay, E., Rus, C., 2014. Psychometric properties of the 44-item version of Ryff's Psychological Well-Being Scale. *Eur. J. Psychol. Assess.* 30 (1), 15-21.
- Kitamura, T., Kishida, Y., Gatayama, R., et al., 2004. Ryff's Psychological Well-Being Inventory: factorial structure and life history correlates among Japanese university students. *Psychol. Rep.* 94, 83-103.
- Li, R., 2014. Reliability and validity of a shorter Chinese Version for Ryff's Psychological Well-Being Scale. *Health Educ. J.* 73 (4), 446-452.
- Li, R., Kao, C., Wu, Y., 2015. Gender differences in psychological well-being: tests of factorial invariance. *Qual. Life Res.* 24, 2577-2581.
- Lindfors, P., 2002. Positive health in a group of Swedish white-collar workers. *Psychol. Rep.* 91, 839-845.
- Machado, W.L. Escala de Bem-Estar Psicológico: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, março de 2010.
- Miguel, J.M.T., Moral, J.C.M., Pardo, E.N., 2008. Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema.* 20 (2), 304-310.
- Novo, R.F. Para além da eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, agosto de 2003.
- Ottenbacher, M.E., Kuo, Y., Ostir, G.V., 2007. Test-retest reliability of a psychological well-being scale in hospitalized older adults. *Aging Clin. Exp. Res.* 19 (5), 424-429.
- Özmete, E., 2016. A study of the adaptation of the Psychological Well-Being Scale for married women and men to Turkish. *BILIG.* 78, 361-391.
- Reincheinheim, M.E., Moraes, C.L., 2007. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Públ.* 41(4), 665-673.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., et al., 2003. La validazione italiana delle Psychological Well-Being Scales (PWB). *Riv. Psichiatr.* 38 (3), 117-130.
- Ryff, C.D., Essex, M.J., 1992. The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. *Psychol. Aging.* 7(4), 507-517.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M., 1995. The structure of Psychological Well-Being revisited. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69 (4), 719-727.
- Ryff, C.D., Singer, B.H., 2006. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc. Sci. Res.* 35, 1103-1119.
- Sirigatti, S., Penzo, I., Iani, L., Mazzeschi, A., et al., 2012. Measurement Invariance of Ryff's Psychological Well-being Scales Across Italian and Belarusian Students. *Soc. Sci. Res.* 1-14.

- Springer, K.W., Hauser, R.M., 2006. An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: method, mode, and measurements effects. *Soc. Sci. Res.* 35, 1080-1102.
- Terwee, B.C., Jansma, E.P., Riphagen, I.I., de Vet, H.C.W., 2009. Development of a methodological Pubmed search filter for finding studies on measurement properties of measurement instruments. *Qual. Life Res.* 18,1115–1123.
- Tomás, J.M., Meléndez, J.C., Oliver, A., et al., 2010. Efectos de método en las escalas de Ryff: un estudio en población de personas mayores. *Psicológica.* 31, 383-400.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., et al., 2007. Construct validity of Ryff's Scale of Psychological Well-Being in Spanish older adults. *Psychol. Rep.* 100, 1151-1164.
- Van Dierendonck, D., 2005. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Pers. Individ. Dif.* 36, 629-643.
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., et al., 2007. Ryff's Six-factor model of Psychological Well-Being, a Spanish exploration. *Soc. Indic. Res.* 87, 473-479.
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Silva, J.R., et al., 2013. Ryff Scale of Well-Being: factorial structure of theoretical models in different age groups. *Psychology.* 26 (1), 106-112.
- Villar, F., Triadó, C., Celdrán, M., et al., 2010. Measuring well-being among Spanish older adults: development of a simplified version of Ryff's Scales of Psychological Well-Being. *Psychol. Rep.* 107 (1), 265-280.

5.2 MANUSCRITO II

A ser submetido à Social Science & Medicine

PÁGINA DO TÍTULO**Título: Bem-Estar Psicológico: mensuração dos fatores do construto****Andressa da Silveira Bez*****Roger Keller Celeste*****Luísa Helena do Nascimento Tôrres******Camila Mello dos Santos*******Fernando Neves Hugo*****Juliana Balbinot Hilgert******

*Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Departamento de Estomatologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria

*** Centro de Pesquisas em Odontologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**** Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Programa de Pós-Graduação de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência para: Juliana Balbinot Hilgert, Rua Ramiro Barcelos, 2492. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre, RS, CEP 92425-900, Brasil.

Telefone/Fax: +55 (0) 51 33085015

E-mail: jhilgert@gmail.com

RESUMO

O conceito de Bem-Estar Psicológico surgiu da necessidade de explicar as experiências positivas ao longo da vida, sendo que, para isso, avaliou teorias de envelhecimento bem-sucedido e de bem-estar ao longo desse processo. Para avaliar o construto, Ryff elaborou seis dimensões sobre o funcionamento psicológico positivo baseadas na saúde mental, na motivação para o crescimento pessoal e no desenvolvimento ao longo da vida. A escala de Bem-Estar Psicológico apresenta quatro versões originais: de 120, 84, 54 e 18 itens, sendo todas validadas em diversos idiomas. No entanto, a estrutura dimensional da teoria foi questionada em diversos estudos de validação, mostrando que a multidimensionalidade mostrada inicialmente não era encontrada em outras populações e versões. O objetivo do estudo é fazer a análise fatorial exploratória com diferentes versões da Escala de Bem-estar Psicológico de Ryff e análise fatorial confirmatória com o modelo que apresentou melhor ajuste. A Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff aplicada foi a versão de 18 itens. Para analisar a carga fatorial do instrumento, foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória. O modelo de seis dimensões apresentou boas propriedades psicométricas (CFI=0.939, TLI=0.922, RMSEA=0.049, WRMR=1.411), bem como o modelo de fator único (CFI=0.936, TLI=0.927, RMSEA=0.047, WRMR=1.468). De acordo com a fundamentação teórica, opta-se pelo modelo original com alterações em duas questões, devido à baixa carga fatorial das mesmas e pela dificuldade de interpretação das mesmas pela amostra deste estudo.

Palavras-chave: Escala de Bem-Estar Psicológico, Psicometria, Análise Fatorial Exploratória, Análise Fatorial Confirmatória.

ABSTRACT

The concept of Psychological Well-Being arose from the need to explain positive experiences throughout life, and for this, evaluated theories of successful aging and well-being throughout this process. To assess the construct, Ryff developed six dimensions of positive psychological functioning based on mental health, motivation for personal growth, and lifelong development. The Psychological Welfare scale presents four original versions: 120, 84, 54 and 18 items, all of them are validated in several languages. However, the dimensional structure of the theory was questioned in several validation studies, showing that the multidimensionality initially shown was not found in other populations and versions. The objective of the study is to do the exploratory factorial analysis with different versions of the Ryff Psychological Well-Being Scale and confirmatory factor analysis with the model that presented the best fit. The Ryff Psychological Welfare Scale applied was the 18-item version. In order to analyze the factorial load of the instrument, exploratory and confirmatory factor analyzes were performed. The six-dimensional model presented good psychometric properties (CFI = 0.939, TLI = 0.922, RMSEA = 0.049, WRMR = 1.411), as well as the single factor model (CFI = 0.936, TLI = 0.927, RMSEA = 0.047, WRMR = 1.468). According to the theoretical basis, the original model with changes in two questions is chosen, due to the low factorial load of the same ones and the difficulty of their interpretation by the sample of this study.

Keywords: Psychological Well-Being Scale, Psychometrics, Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis.

Introdução

O conceito de Bem-Estar Psicológico surgiu da necessidade de explicar as experiências positivas ao longo da vida, sendo que, para isso, avaliou teorias de envelhecimento bem-sucedido e bem-estar ao longo desse processo. Ryff argumenta que há quatro principais limitações nas pesquisas sobre envelhecimento bem-sucedido, sendo que a primeira é a ausência de teorias sobre o funcionamento psicológico positivo. A segunda limitação mostra que há um negativismo implícito nas abordagens, sendo as pesquisas conduzidas por medidas de doença e não de bem-estar. A terceira corresponde à negligência, por muitos pesquisadores, de que a senilidade possui recursos e desafios únicos, não considerando o potencial de crescimento e desenvolvimento de cada idoso. A última limitação se refere à ausência de reconhecimento de que os conceitos de bem-estar são construtos humanos, passíveis de mudanças ao longo do tempo devido a variações culturais, históricas e ideológicas dos diversos conceitos (RYFF, 1989a).

Cosco et al. (2014), ao realizarem uma revisão sistemática sobre envelhecimento bem-sucedido, encontraram cinco construtos que definem essa temática: construto fisiológico, bem-estar, engajamento, recursos pessoais e fatores extrínsecos. Trinta e quatro dos 103 estudos encontrados definiram envelhecimento bem-sucedido com apenas um construto, o fisiológico. O construto fisiológico foi medido através de disfunção, déficit cognitivo, presença de doença, estado de saúde, longevidade e saúde mental. Bem-Estar foi operacionalizado através de definições de estado afetivo e satisfação com a vida/bem-estar. O construto engajamento utilizou as definições de engajamento ativo, social e de vida e suporte do sistema. Os recursos pessoais utilizaram resiliência, coping, entre outros e autonomia/independência. Os fatores externos foram medidos através do meio e das finanças. Concluíram que, dependendo da definição teórica que se estabelece, os indivíduos podem ou não ser bem-sucedidos na velhice. Modelos teóricos que utilizaram apenas um construto para embasar o envelhecimento bem-sucedido, tiveram uma média de 32.5% da amostra com essa característica, modelos com dois construtos apresentaram 33.4%, sendo que nenhum estudo fez uso dos cinco construtos para alicerçar a teoria. Como a qualidade de vida, o envelhecimento bem-sucedido é um conceito multidimensional que abrange a saúde social, física e mental, mas também a função cognitiva, engajamento social, produtividade, controle pessoal e satisfação com a vida. No entanto, esses aspectos, individualmente, não definem o conceito em questão, tornando-se necessários critérios objetivos e subjetivos, considerando a variação cultural.

Para Dahany et al. (2014), envelhecimento bem-sucedido está baseado na dimensão “saúde geral” do construto qualidade de vida, considerando a saúde física, mental e social das pessoas. Os pesquisadores encontraram que estar abaixo do peso, ter alguma religiosidade e praticar alguma atividade física se associaram positivamente com o envelhecimento bem-sucedido, enquanto ser ansioso, ter uma doença crônica e ser incapaz de lidar com as dificuldades, se associam negativamente como o desfecho em questão. A pesquisa sobre envelhecimento bem-sucedido possui modelos teóricos sofisticados e múltiplas definições e determinantes. Estudos apontam diferenças culturais entre países orientais e ocidentais. Americanos relacionam envelhecimento bem-sucedido com autossuficiência enquanto residentes de Hong Kong não entendem por que um idoso envelhece sozinho (KEITH, FRY & IKELS, 1990). No entanto, outros estudos apontam que não há diferença cultural entre países, ressaltando que a teoria é multidimensional, contendo as dimensões física, funcional, psicológica e condições sociais (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS et al., 2008, 2010).

Em resposta a esses lapsos na literatura, Ryff elaborou o construto de Bem-Estar Psicológico enfatizando o otimismo, destacando o bem-estar em detrimento da doença e enfatizando o constante crescimento pessoal ao longo dos anos. Para isso, elaborou seis dimensões sobre o funcionamento psicológico positivo baseadas na saúde mental, na motivação para o crescimento pessoal e no desenvolvimento ao longo da vida. As seis dimensões são: (1) autoaceitação, (2) relações positivas com os outros, (3) autonomia, (4) domínio do meio, (5) propósito na vida e (6) crescimento pessoal (NOVO, 2003).

As seis dimensões possuem semelhanças e diferenças das teorias de envelhecimento positivo em que se embasam. Para elaborar o construto do Bem-Estar Psicológico, Ryff trabalhou com teorias de diversos autores, que são os seguintes: Maslow (1968) com sua visão de autorrealização, Rogers (1961) com sua teoria de máximo funcionamento pessoal, Jung (1933) com seu processo de individuação e Allport (1961) com o construto de maturidade. A autoaceitação é a aceitação das suas próprias qualidades e dos defeitos e a aceitação do seu passado. A dimensão domínio do meio inclui a habilidade do indivíduo de utilizar os recursos do ambiente a seu favor, de manejar atividades em diversas áreas e mudar ou criar novos ambientes se for necessário. A dimensão relações positivas compreende em se sentir acolhido, ter relações confiáveis, se interessar pelo bem-estar dos outros, ter capacidade de empatia, afeição e intimidade, e compreender que as relações humanas são atos de dar e receber. A dimensão propósito na vida inclui ter objetivos na vida, um senso de direção, um sentimento de que há um significado na vida. A autonomia inclui a capacidade de

autodeterminação, de resistência à pressão que a sociedade impõe nos modos de pensar e agir, de evolução pessoal conforme suas crenças e expectativas. A dimensão crescimento pessoal emerge o sentimento de desenvolvimento contínuo, de estar aberto a novas experiências, de se avaliar e melhorar constantemente, sendo que, para isso, há necessidade de políticas públicas que sustentem o desenvolvimento bem sucedido dos idosos.

A Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff possui quatro versões originais, de 120 itens (RYFF, 1989), de 84 itens (RYFF & ESSEX, 1992), de 42 itens (VAN DIERENDONCK, 2005) e de 18 itens (RYFF & KEYES, 1995). A versão da escala de 18 itens foi realizada em 1995, por Ryff & Keyes, em uma amostra de 1108 norte-americanos adultos. A escolha dos três itens por subescala, oriundos dos 20 itens originais, foi feita a partir da abrangência conceitual de cada construto, não levando tanto em consideração a consistência interna. A análise preliminar, cujos resultados não foram detalhados no estudo, indicou que os 18 itens apresentaram boa psicometria, com cada item correlacionando forte e positivamente apenas com sua dimensão correspondente, sendo as correlações entre as dimensões, modestas. As consistências internas foram baixas (0.33 para propósito na vida e 0.56 para relações positivas com os outros). O estudo conclui que o modelo de seis dimensões possui um bom ajuste, sendo que cada uma pertence a um único domínio conceitual chamado bem-estar psicológico. No entanto, o modelo com um suprafator apresenta melhores índices, sendo que os seis fatores mensuram o construto latente Bem-Estar Psicológico (RYFF & KEYES, 1995).

Outra validação da escala de 18 itens foi realizada por Fleeson & Baltes (1998), em uma população adulta, na Alemanha. Na análise fatorial exploratória, as correlações dos domínios se mostraram baixas, sendo que foi realizada a análise fatorial confirmatória e apresentado o valor do CFI equivalente a 0.94. Clarke et al. (2001) validaram a escala em uma amostra de 4960 idosos com análise fatorial exploratória e confirmatória para o modelo de seis dimensões e para um modelo de seis dimensões modificado, em que quatro itens se correlacionaram com dimensões diferentes da versão original. Para a validação da versão original, o alpha de cada dimensão variou de 0.26 (propósito na vida) a 0.52 (autoaceitação), com CFI=0.80. A versão modificada apresentou um melhor ajuste do modelo, com CFI=0.90 e SRMSR abaixo de 0.05. Miguel, Moral & Pardo (2008) validaram a escala em uma amostra de 169 pessoas entre 65 e 94 anos de idade, não institucionalizadas, moradoras da região da Valência (Espanha), sem déficit cognitivo, sendo composta por 59.2% de mulheres e 50.3% casados. Foram realizadas análises fatoriais exploratória e confirmatória de oito modelos da

escala de 18 itens, em que os autores concluem que nenhum modelo pode ser considerado plenamente adequado, no entanto os modelos de seis e cinco fatores são os que se aproximam de valores de ajuste satisfatórios, com valores de CFI e AGFI em torno de 0.90, RMSEA abaixo de 0.08 e SMSR acerca de 0.08. Nota-se que nos estudos apresentados, os melhores índices são discrepantes do modelo teórico original proposto por Ryff. Todavia, é importante destacar que somente o elemento estatístico não é suficientemente forte para que haja mudança no rearranjo das dimensões. Instigante perceber que as dimensões se agruparam distintamente em duas amostras com populações idosas, que entenderam diferentemente a estrutura do Bem-Estar Psicológico.

O estudo de adaptação da escala de 18 itens para o português brasileiro foi realizado por Couto (2007), em uma amostra de 111 idosos participantes de grupos de convivência. As intercorrelações entre as dimensões foram modestas, variando de -0.04 (autonomia e objetivos na vida) a 0.48 (objetivos na vida e crescimento pessoal) e a consistência interna variou de 0.27 (autonomia) a 0.59 (autoaceitação). Ao analisar o Bem-Estar Psicológico como um construto de fator único, o alpha encontrado foi de 0.70. Nesse estudo, foi realizada a análise fatorial exploratória das escalas de Bem-Estar Psicológico e da escala de Resiliência para avaliar a independência dos dois construtos, pois, embora havendo distinção conceitual, há proximidade entre os itens que as compõem. A partir das análises fatoriais realizadas, a autora conclui que, embora as estruturas internas sejam interrelacionadas, os instrumentos não medem as mesmas variáveis latentes. Há também um estudo de validação da escala de 84 itens em uma amostra de conveniência de estudantes de graduação (MACHADO & BANDEIRA, 2010) tendo o Bem-Estar Psicológico como fator de segunda ordem, apresentando valores de alpha de Cronbach entre 0.72 e 0.80 para a versão original e 0.92 para a versão modificada. Os autores sugerem que esses resultados podem sugerir que alguns itens não estão covariando como o esperado com a escala com as quais pertencem, refletindo problemas de adaptação ou pouca qualidade psicométrica dos mesmos, sugerindo que estudos fatoriais são úteis para identificar esses casos e permitir reformular ou descartar os itens.

Uma correlação baixa para a escala de 18 itens foi relatada por Ryff & Keyes (1995), em norte-americanos adultos. O estudo não mostra as cargas fatoriais dos itens, apenas os índices dos cinco modelos testados, sendo que o de seis fatores apresenta AGFI=0.89 e BIC=-167.74. No referido estudo, o α variou de 0.39 a 0.85, sendo que a maioria dos domínios apresenta correlação inferior à 0.60. Os autores recomendam a utilização da versão de 18 itens em inquéritos populacionais, por ser mais curta. Entretanto, as cargas dos itens nos domínios

propostos foram baixas, não sendo possível a manutenção das seis dimensões nessa versão. Diante disso, surgiu a necessidade de explorar outras possibilidades da escala de 18 itens em outras populações, a fim de confirmar se a versão curta não apresenta boas propriedades psicométricas e se há formas de reorganizar itens ou categorias. A hipótese é que a escala curta, por não apresentar boas propriedades psicométricas, pode não possuir seis domínios. Um motivo para seis domínios virarem um, é um número baixo de itens para discriminar fatores diferentes. Ainda assim, é necessário um suprafator para garantir que os itens possuam uma correlação entre si. No contexto brasileiro, percebe-se que é preciso validar a escala em amostras representativas, e não em amostras de conveniência, utilizadas no estudo de adaptação e no estudo de validação. Amostras de conveniência apresentam viés de seleção, limitando o amplo uso da escala em outras populações e, conseqüentemente, o sentido dos itens para referida amostra. Idosos que participam de grupos de convivência e estudantes de graduação são amostras viciadas, muito específicas, e o entendimento do construto se dá de maneira distinta nos grupos etários, dependendo também do nível educacional. Diante do exposto, o objetivo do estudo é fazer a análise fatorial exploratória com diferentes recategorizações da Escala de Bem-estar Psicológico de Ryff e análise fatorial confirmatória com o modelo que apresentou melhor ajuste.

Método

A amostra

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte. Os dados desse estudo foram obtidos a partir da coorte de Carlos Barbosa cujo objetivo foi avaliar a saúde geral, bucal e psicológica e estado nutricional de idosos vivendo de maneira independente neste município (HILGERT et al., 2014). Os idosos, aleatoriamente selecionados, responderam a um questionário que, entre outras questões, incluía o instrumento de bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas como raça, sexo, local de moradia, renda, situação conjugal, escolaridade e idade. Os dados avaliados nesse estudo se referem ao segundo acompanhamento realizado em 2012, cuja amostra foi de 389 indivíduos (HILGERT et al., 2009).

O instrumento

Foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff adaptada para o português de Portugal (NOVO, 1997). Segundo Ryff & Keyes (1995), a dimensão autonomia contém os itens 1, 7 e 13, autoaceitação os itens 6, 12 e 18, crescimento pessoal os itens 3, 9 e 15,

propósito na vida os itens 5, 11 e 17, domínio do meio os itens 2, 8 e 14 e relação com os outros os itens 4, 10 e 16. As respostas para todos os itens são do tipo Likert com seis opções: discordo totalmente (1), discordo em grande parte (2), discordo parcialmente (3), concordo parcialmente (4), concordo em grande parte (5) e concordo totalmente (6). Os itens negativos tem pontuação invertida, desse modo, pontuação maior indica um índice mais elevado de funcionamento psicológico positivo, não havendo ponto de corte proposto na literatura.

Análise dos dados

A figura 1 mostra a versão original e as seis recategorizações preliminarmente utilizadas, bem com os respectivos valores de alpha de Cronbach. A decisão de se realizar as recategorizações foi feita como forma exploratória porque a análise inicial mostrou uma matriz de correlação com baixos valores entre itens ($r < 0.30$), com baixos valores de alpha por domínios ($\alpha < 0.60$), KMO inaceitável para uma análise fatorial. Consideraram-se, como um alpha aceitável, valores entre 0.70 e 0.90 (STREINER, 2003) e, portanto, a única versão considerada para análise fatorial exploratória foi a versão 5, que dicotomiza os escores extremos superiores (escores 1 a 5 versus escore 6) de todos os itens. A versão original 1 possui $\alpha = 0.47$, a recategorização 1 apresenta $\alpha = 0.51$, a recategorização 2 possui $\alpha = 0.51$, a recategorização 3 tem $\alpha = 0.41$, a recategorização 4 apresenta $\alpha = 0.52$, a recategorização 5 tem valor de alpha igual a 0.83 e a recategorização 6, $\alpha = 0.42$. Nota-se que, matematicamente, a única versão aceita para realização de análise fatorial é a recategorização 5, conforme o critério de Streiner (2003). Teoricamente pode-se explicar a polarização da categoria concordo totalmente versus as outras categorias devido à compreensão do fenômeno estudado ser captado somente em um grau muito alto de afirmação, ou seja, as possibilidades de resposta só fazem sentido ao ouvinte quando esse agrupamento é proposto. Da Silva (2003), ao estudar a produção de sentido na saúde, faz uma análise usando a teoria de Bahktin. Relata que a objetificação do dado, mediante a produção de inscrições sógnicas, ocorre mediante o reconhecimento de uma narrativa familiar e de hábitos sociais e científicos. Não restrita a uma metalinguagem científica, uma experiência espontânea é traduzida por meio de signos de solidariedade, cuidado e mobilização social. Cabe, então, destacar que os enunciados e inscrições são reconhecidos e objetificados por serem signos sociais. Portanto, estão investidos de historicidade, conformam hábitos, esforçam-se para traduzir uma linguagem em outra, adquirem novas formas (e qualidades), configuram e/ou alteram práticas culturais – sempre com o risco de produzir (novos) ruídos e interferências de comunicação.

Análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada para avaliar a estrutura dimensional da escala de 18 itens. O número de fatores foi definido pela combinação do número de eigenvalues com valores maiores que 1.0 com a interpretabilidade do agrupamento de itens vis a vis a dimensionalidade teoricamente postulada. A rotação oblíqua geomin (geomin oblique rotation) foi adotada para soluções com mais de um fator, e as análises fatoriais usaram como base a matriz de correlação policórica dos itens de escala ordinal (MUTHÉN & MUTHÉN, 2010).

O ajuste do modelo dos dados foi avaliado usando parâmetros providos do software Mplus. O Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) incorpora penalidade para modelo pobre com parcimônia. Valores abaixo de 0.06 sugerem adequação do modelo, enquanto valores acima de 0.10 indicam que o modelo é ruim e deve ser rejeitado. O Comparative Index (CFI) e o Tucker-Lewis Index (TLI) representam o índice de ajuste incremental, contrastando o modelo da hipótese com o modelo de base, o modelo nulo. Os dois índices variam de zero a um e valores acima de 0.9 indicam um bom ajuste do modelo. Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) com valores iguais ou menores que 0.08 indicam um bom ajuste do modelo. Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) <0.90 indica um valor que é baseado, em parte, nas diferenças médias entre as variâncias ou covariâncias da amostra e os valores estimados do modelo (MUTHÉN & MUTHÉN, 1998-2004). Qualquer conclusão sobre o ajuste do modelo considera os índices simultaneamente (MUTHÉN & MUTHÉN, 2010; SCHERMELLEH-ENGEL, MOOSBRUGGER & MÜLLER, 2008).

Adotaram-se valores acima de 0.40 como carga fatorial aceitável da contribuição dos itens na criação do fator em análises fatoriais exploratórias, com o objetivo de evitar o problema da indeterminação da relação entre itens e fatores (HAIR et al., 2006).

Todas as análises foram realizadas usando os softwares Mplus 7.1 e Stata 13.1.

Resultados

A amostra se caracteriza pela predominância de pessoas de cor branca (97,9%), mulheres (67,9%) e idosos que moram na zona urbana (55,3%), 61,2% têm renda de até um salário mínimo, 67,6% são casados, 71,2% possuem até quatro anos de estudo e praticamente metade da amostra possui entre 67 e 72 anos (50,6%), apresentando apenas 16 perdas em uma amostra de 389 indivíduos (Figura 2).

A matriz de correlação se mostrou inadequada, com a maioria dos itens se correlacionando com valores inferiores a 0.3, indicando uma matriz de correlação fraca, sugerindo a ausência da multidimensionalidade do instrumento (Tabela 1).

O modelo que se mostrou sustentável estatisticamente e teoricamente foi o modelo de fator único, em que todos os itens carregaram no mesmo fator ($\alpha=0.834$). Os modelos com mais de um fator não apresentaram correlação entre os itens, sendo os mesmos igualmente baixos. Os itens se agruparam aleatoriamente nos domínios, não respeitando a orientação teórica original, impossibilitando, assim, a explicação do fenômeno através de dimensões. Diante disso, foi realizada a análise fatorial exploratória do modelo de fator único (Tabela 2).

A análise fatorial exploratória foi realizada na versão 5 do modelo, em que há a polarização da resposta “concordo totalmente” versus as outras opções de respostas. Quatro eigenvalues deram maior do que um, o primeiro foi 10.23, o segundo foi 3.39, o terceiro foi 1.26 e o quarto foi de 1.09. O modelo de fator único apresentou um bom ajuste (CFI=0.94, TLI=0.93, RMSEA=0.05, SRMR=0.211) e os valores do erro (uniqueness) se mostraram apropriados para esse modelo (Tabela 3). A análise fatorial exploratória realizada com dois fatores também apresentou um bom ajuste (CFI=0.98, TLI=0.98, RMSEA=0.03, SRMR=0.11) e os valores do erro também se mostraram adequados. No entanto, não há interpretabilidade teórica que embase esse resultado, pois o agrupamento de itens se dá de maneira quase aleatória à teoria da Escala de Bem-Estar Psicológico, ou seja, os itens não se agrupam conforme os domínios, dividindo-se aleatoriamente em dois grupos similares (Tabela 2).

A análise fatorial confirmatória também foi realizada na versão 5, conforme citado anteriormente. Os modelos de seis fatores (CFI=0.939, TLI=0.922, RMSEA=0.049, WRMR=1.411) e de fator único (CFI=0.936, TLI=0.927, RMSEA=0.047, WRMR=1.468) mostraram ajustes semelhantes. Em ambos, os itens 9 e 11 apresentaram cargas inferiores a 0.40, não possuindo incremento suficiente para contribuir com o pressuposto teórico dos domínios crescimento pessoal e propósito na vida, respectivamente. Diff-Test apresentou p valor= 0.01 em favor do modelo de seis fatores (Tabela 3).

Discussão

Esse estudo revisou a estrutura dimensional brasileira da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989). Após se refutar o modelo original, com respostas ordinais em seis

níveis, o modelo que apresentou melhor ajuste foi uma das versões com respostas dicotomizadas, ainda assim, os itens 9 e 11 se comportaram com cargas baixas. Os modelos que apresentaram os melhores ajustes foram o modelo com seis fatores propostos em teoria e o modelo com apenas um fator.

Diante do que foi encontrado, questionam-se as razões da escala abreviada de Ryff não apresentar boa performance para os idosos dessa amostra, que são em sua maioria brancos, com baixa escolaridade e baixa renda. Percebe-se que a maioria dos estudos realizados, que utilizaram o instrumento tanto para validação da escala como o Bem-Estar Psicológico como variável independente, foram em amostras de adultos, com no mínimo 10 anos de estudo e com uma renda satisfatória (LINDFORS, 2001; VAN DIERENDONCK, 2005; CHENG, 2005; SPRONGER, 2006; GIGANTESCO, 2011; SIRIGATTI, 2012; LI, 2014). Infere-se que as características dessa amostra podem ter influenciado, em parte, na compreensão do instrumento por parte dos respondentes, em que a escolaridade reduzida pode ter limitado o entendimento de algumas questões, bem como a idade avançada dos participantes, comprometendo a mensuração adequada do funcionamento psicológico positivo. Momtaz, Ibrahim, Hamid et al. (2011), ao identificar os fatores sociodemográficos que contribuíam para o Bem-Estar Psicológico em idosos malaios, concluíram que o nível educacional, função laboral e zona da residência não exercem influência no Bem-Estar Psicológico. Com o aumento da idade há declínio do bem-estar, homens apresentam escores mais altos que as mulheres, bem como pessoas casadas em detrimento das não casadas (solteiras ou divorciadas) e com renda familiar mais elevada. Nguyen, Taylor, Peterson et al. (2013) analisaram a relação entre preditores sociodemográficos e de saúde com bem-estar psicológico em afroamericanas idosas e concluíram que idosas acima de 85 anos apresentaram maiores níveis de bem-estar que as da faixa etária imediatamente inferior. Uma hipótese para essas diferenças é que, com o avançar da idade, as pessoas tendem a ser mais confiantes em suas crenças e experiências pessoais e também manejam melhor o ambiente a fim de atender suas necessidades. Entretanto, o mesmo processo conduz a uma minimização da busca de objetivos de vida e do investimento no desenvolvimento pessoal. Outra hipótese é que existe uma forte conexão entre o nível de desigualdade social e o bem-estar psicológico, já que maiores níveis de bem-estar estão presentes em pessoas com melhores oportunidades e condições socioeconômicas.

Um possível motivo para que o item “Sinto que no decorrer do tempo consegui me desenvolver bastante como pessoa” não tenha expressado adequadamente a dimensão

crescimento pessoal seria a percepção de comunidade intrínseca à essa amostra. Os idosos não se percebem individualmente, mas com função social no coletivo em que vivem, portanto, não haveria razão para um crescimento pessoal, mas um sentimento de desenvolvimento comunitário, com conquistas e objetivos comuns ao grupo, ficando evidente o senso de comunidade existente nessa amostra. Senso de comunidade é um território em que o interesse e a identidade unem as pessoas em arranjos sociais e espaciais a fim de conviver em harmonia (SARASON, 1974 *apud* Farahani, 2016). Em outras palavras, é uma rede de relacionamentos de apoio mútuo, composta por quatro elementos, o indivíduo (quem pertence e quem não pertence ao grupo), a influência, a integração e o cumprimento das necessidades e conexões emocionais compartilhadas (a história em comum da comunidade), enfatizando a interdependência, o pertencimento, o comprometimento e o apoio coletivos (McMILLAN & CHAVIS, 1986 *apud* Farahani, 2016). Zhang et al. (2018) indicam que espaços públicos estimulam o contato do idoso com a natureza, facilitam a realização de atividades físicas e promovem a interação social, diminuindo a solidão e atuando como fator protetivo para o Bem-Estar em idosos. Relatam também que o ambiente físico não exerce tanta importância para os idosos, mas as percepções que esses fazem do meio em que vivem. Zhang et al. (2018) mostraram que as características de vizinhança (espaço público per capita, densidade de população idosa e serviços voltados aos idosos, coeficiente não-padronizado=0.15, $p<0.01$, coeficiente não-padronizado=0.13, $p<0.05$, coeficiente não-padronizado=0.18, $p<0.001$, respectivamente) estão positivamente associadas com Bem-Estar após o controle da resiliência, bem como as características de vizinhança (espaço público per capita, densidade de população idosa e serviços voltados aos idosos, efeito indireto=0.07, $p<0.01$, efeito indireto=0.07, $p<0.01$, efeito indireto=0.06, $p<0.05$, respectivamente) melhoraram o Bem-Estar através do senso de comunidade.

Outro item que não carregou conforme o esperado, agora na dimensão propósito na vida, foi “Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.” Um aspecto que deve ser considerado é a visão de futuro para pessoas com idade avançada. Estudos mostram que 95% dos idosos têm tendência de focar a sua vida no presente (REISCHSTADT et al., 2010), 75% consideram ter um envelhecimento bem-sucedido, apesar de apenas 85% relatarem alguma comorbidade ou disfunção (MONTROSS, DEPP, DALY, 2006). Envelhecer bem, portanto, está relacionado à atitude/adaptação, segurança/estabilidade, saúde/bem-estar, engajamento/estímulo, perspectivas em relação à qualidade de vida e não restrito à limitações funcionais (REISCHDAT, DEPP, PALINKAS,

2007). Brothers et al. (2016) concluíram que um melhor nível de Bem-Estar Psicológico está associado à uma visão mais ampla de futuro, com predominância de percepções positivas em detrimento das negativas relacionadas às mudanças com o avanço da idade. Os psicólogos conceituam a perspectiva do tempo como o grau em que um indivíduo se concentra, no passado, no presente ou no futuro. As pessoas diferem o quanto se concentram em cada um desses segmentos de tempo e também na medida em que mantêm sentimentos positivos ou negativos sobre eles. Há dois tipos de perspectiva de tempo passado: o passado-positivo e o passado-negativo, dois tipos de perspectiva de tempo presente, incluindo a preocupação em apreciar o presente (presente hedonista) e a crença na incapacidade de afetar o presente (presente-fatalista) e uma única perspectiva de tempo futuro (MAKI, DWYER & SNYDER, 2016). Em idosos, uma perspectiva limitada de tempo futuro está relacionada à proximidade com a morte, focando no presente em detrimento do passado e do futuro, mas, concomitantemente associada à melhor regulação e funcionamento emocionais. Uma perspectiva de futuro limitada, bem como autopercepção de saúde ruim, estão associados a mais sintomas depressivos e menor satisfação com a vida. Apesar disso, os idosos estão mais inclinados a vivenciar a alegria e menos motivados a experienciar a raiva, a tristeza, o medo e o desgosto em detrimento dos mais jovens (GRÜTH, SHARIFIAN & CHU, 2016).

Outro aspecto importante a ser considerado nesse item, além da visão nebulosa de futuro na senilidade, é a questão cultural de pertencimento de futuro, se os idosos se veem numa realidade mais distante ou se há prioridade para o presente a fim de construir um futuro mais próspero e tranquilo para os seus familiares. Novamente percebe-se a importância da questão cultural e do senso de comunidade, a relevância do coletivo nas decisões individuais, com pensamentos e atitudes voltados para o bem comum e não para o seu próprio Bem-Estar Psicológico. Evidencia-se um sentimento de coesão, de apropriação do território em que se vive, com integração e contribuição sociais, do reconhecimento de seu papel na comunidade. Fica claro a percepção de semelhança com os outros, uma interdependência reconhecida, uma disposição para mantê-la, dando ou fazendo para os outros o que se espera deles, sensação de que se faz parte de uma estrutura mais confiável e estável (ZHANG & ZHANG, 2017). Vê-se também que, à medida que os idosos percebem o tempo futuro limitado, priorizam as estratégias emocionais passivas em detrimento das estratégias emocionais ativas, evitando o confronto com sentimentos negativos para atingir seus objetivos (YEUNG, FUNG & KAM, 2012).

Nota-se que ambos os itens (9 e 11) poderiam ser substituídos por outros que medissem essa parte do construto, de forma a garantir que a escala não perca a validade de conteúdo. Nossos resultados finalizam para uma falta de validade de face destes dois itens, e isso requer substituição dos mesmos. A simples exclusão deles pode ser suficiente, mas é mais provável que deixe uma parte do construto sem mensuração. Desde a criação da Escala de Bem-Estar Psicológico, as dimensões crescimento pessoal e propósito na vida mostraram diferença em relação à idade, apresentando declínio na velhice em ambas. Nota-se que houve apenas dois estudos que realizaram a adaptação e a validação da escala no Brasil, o de Couto (2007) e o de Machado & Bandeira (2010), respectivamente. Couto (2007) fez um estudo de adaptação da escala na versão 18 itens em grupos de convivência de idosos comparando a Escala de Bem-Estar Psicológico com a Escala de Resiliência e concluiu que os instrumentos não medem as mesmas variáveis latentes, apesar da proximidade entre os itens. Machado & Bandeira (2010) validaram o construto na versão de 84 itens em uma amostra de conveniência de estudantes de graduação. Alguns itens apresentaram valores baixos de alpha de Cronbach, inferindo que alguns itens não estão covariando com a escala com as quais pertencem, sugerindo estudos fatoriais para identificar e permitir reformular ou descartar itens. Esse estudo preenche essa lacuna no estado da arte ao sinalizar os itens com problemas psicométricos. Percebe-se que as validações da escala foram realizadas em amostras de conveniência, com pouca representatividade em outras populações, não possuindo validade interna nem externa em estudos com perfis epidemiológicos diferentes.

Conclui-se, então, que a Escala de Bem-Estar Psicológico validada para o português brasileiro apresenta algumas falhas no processo de validação, seja devido a não representatividade da amostra, seja pela ausência de sentido de alguns itens em determinadas populações. Sugere-se um novo processo de validação da Escala de Bem-Estar Psicológico em uma população de idosos brasileiros, no qual os itens que apresentaram cargas baixas sejam substituídos ou reformulados, para que as dimensões aos quais pertencem não percam o seu poder de mensuração. Realizar esse processo permitirá estabelecer associações do bom funcionamento psicológico positivo com importantes desfechos em saúde, especificamente em saúde bucal, em que não há evidências de que o Bem-Estar Psicológico exerce influência nos cuidados orais e nos comportamentos em saúde. Validar essa escala para o português brasileiro em uma amostra representativa iniciará o estado da arte dessa relação, inexistente atualmente.

Categorias	1=Discordo Totalmente	2=Discordo em grande parte	3=Discordo parcialmente	4=Concordo parcialmente	5=Concordo em grande parte	6=Concordo totalmente	Alfa de Cronbach
Versão original	1	2	3	4	5	6	0.476
	Versões com categorias colapsadas						
Versão 1	1		2	3	4		0.510
Versão 2	1		2		3		0.513
Versão 3	1			2			0.418
Versão 4	1				2		0.529
Versão 5	1					2	0.834
Versão 6	1		2				0.420

Figura 1. Quadro de recategorização da escala de Bem-Estar Psicológico.

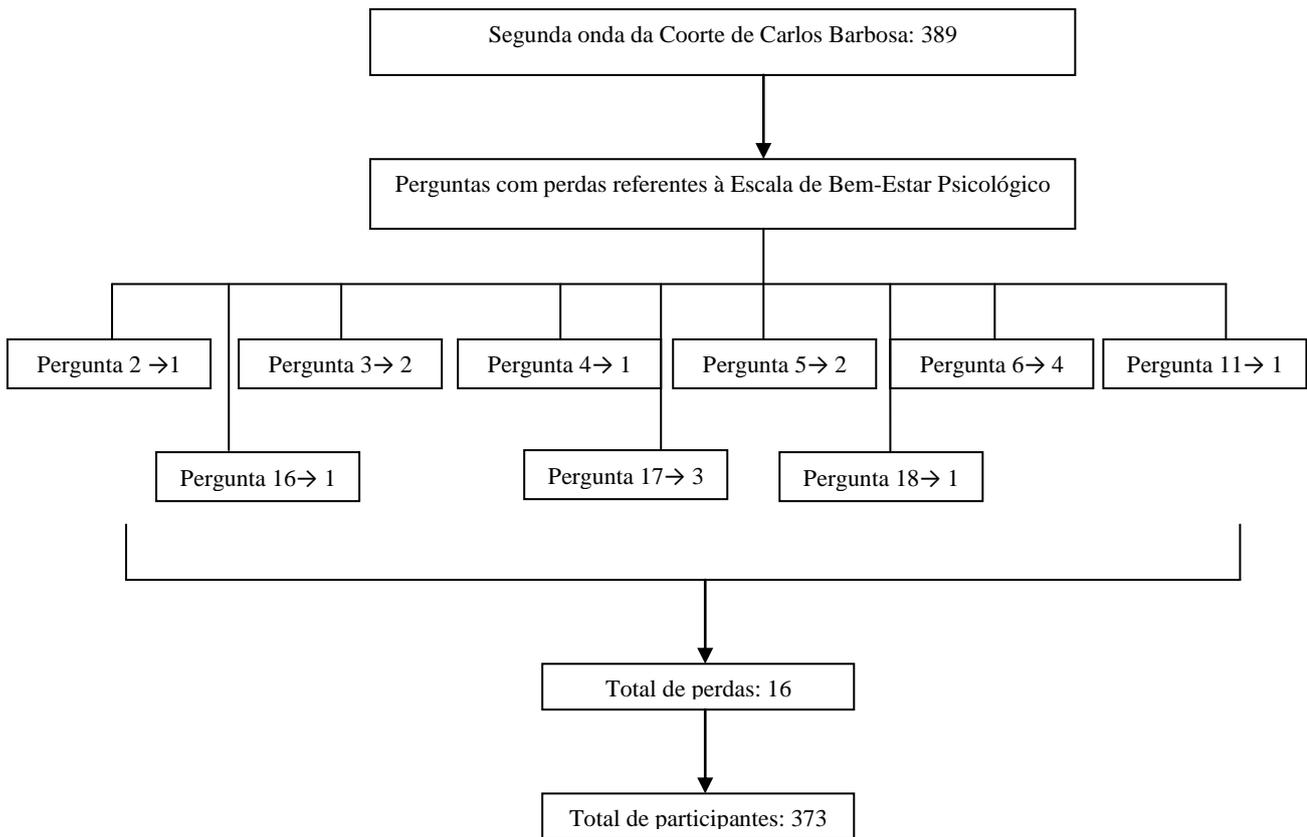


Figura 2. Fluxograma da amostra do estudo.

Tabelas

Tabela 1. Matriz de correlação tetracórica

item	N	% indivíduos=1	1	7	13	2	8	14	3	9	15	4	10	16	5	11	17	6	12	18
1	389	2.3%	1																	
7	389	8.2%	0.63	1																
13	389	5.1%	0.60	0.76	1															
2	388	5.7%	0.29	0.64	0.63	1														
8	389	0.8%	0.78	0.83	0.87	0.52	1													
14	389	5.1%	0.63	0.77	0.89	0.78	0.69	1												
3	387	1.8%	0.18	0.66	0.44	0.54	0.65	0.51	1											
9	389	3.6%	0.60	0.35	-0.03	-0.14	0.68	0.03	0.23	1										
15	389	2.6%	0.63	0.66	0.84	0.48	0.70	0.79	0.58	0.17	1									
4	388	7.0%	0.63	0.72	0.77	0.73	0.59	0.84	0.56	0.05	0.67	1								
10	389	1.3%	0.92	0.69	0.67	0.28	0.81	0.64	0.65	0.52	0.76	0.70	1							
16	388	5.9%	0.67	0.76	0.74	0.50	0.79	0.70	0.44	0.45	0.77	0.81	0.81	1						
5	387	3.9%	0.67	0.75	0.80	0.71	0.72	0.83	0.55	0.22	0.75	0.92	0.76	0.87	1					
11	388	0.8%	0.74	0.59	0.44	0.36	0.88	0.52	0.67	0.68	0.76	0.40	0.75	0.60	0.54	1				
17	386	7.5%	0.05	0.67	0.63	0.63	0.51	0.63	0.25	0.09	0.60	0.53	0.25	0.65	0.59	0.29	1			
6	385	3.9%	0.68	0.78	0.39	0.35	0.82	0.49	0.69	0.66	0.41	0.51	0.71	0.61	0.50	0.77	0.35	1		
12	389	1.3%	0.81	0.75	0.49	0.28	0.87	0.55	0.64	0.75	0.62	0.60	0.87	0.78	0.70	0.81	0.36	0.82	1	
18	388	9.0%	0.42	0.73	0.85	0.69	0.48	0.77	0.61	-0.19	0.78	0.82	0.58	0.69	0.75	0.28	0.65	0.39	0.39	1

Tabela 2. Análise Fatorial Exploratória da Escala de Bem-Estar Psicológico com um modelo unifatorial e bifatorial.

Questão	AFE-1 Fator		AFE-2 Fatores			
	Fator 1		Fator 1	Fator 2		
	λ_i	h^2	λ_i	λ_i	h^2	
Bep1	Opinião	0.79	0.37	0.84	0.08	0.23
Bep2	Responsabilidade	0.65	0.57	-0.23	0.90	0.34
Bep3	Novas experiências	0.55	0.68	0.33	0.33	0.68
Bep4	Relacionamentos	0.93	0.12	0.05	0.92	0.11
Bep5	Objetivo na vida	0.90	0.17	0.12	0.85	0.17
Bep6	Satisfação	0.63	0.60	0.73	0.08	0.41
Bep7	Preocupação outros	0.84	0.28	0.38	0.66	0.19
Bep8	Tempo útil	0.88	0.21	0.87	0.13	0.33
Bep9	Desenvolvimento pessoal	0.33	0.88	0.93	-0.44	-0.07
Bep10	Amizade	0.91	0.16	0.94	0.17	0.50
Bep11	Planos futuros	0.35	0.87	0.73	-0.04	0.50
Bep12	Personalidade	0.85	0.26	0.97	-0.01	0.07
Bep13	Influência	0.86	0.24	0.01	0.87	0.23
Bep14	Organização	0.86	0.26	0.01	0.87	0.23
Bep15	Modificação	0.77	0.39	0.22	0.67	0.37
Bep16	Relacionamentos	0.89	0.20	0.45	0.64	0.12
Bep17	Insatisfação com a vida	0.71	0.49	-0.29	0.94	0.30
Bep18	Desilusão	0.96	0.07	-0.16	1.06	0.00
Índices de Ajuste						
CFI		0.94		0.98		
TLI		0.93		0.98		
RMSEA		0.05		0.03		
SRMR		0.21		0.11		

λ_i : cargas

Entre parênteses: erro

h^2 : resíduos

Tabela 3. Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Bem-Estar Psicológico com modelos de seis fatores e fator único.

Questão	6-factor model						1-factor model		
	Self-acceptance	Autonomy	Personal growth	Environmental mastery	Purpose in Life	Positive Relations	Communalities	PWB	Communalities
Bep1		0.79					0.63	0.79	0.63
Bep2				0.74			0.54	0.65	0.43
Bep3			0.43				0.19	0.56	0.31
Bep4						0.98	0.96	0.94	0.88
Bep5					0.85		0.72	0.91	0.82
Bep6	0.58						0.33	0.63	0.40
Bep7		0.83					0.69	0.85	0.72
Bep8				0.99			0.99	0.88	0.78
Bep9			0.27				0.07	0.34	0.11
Bep10						0.94	0.87	0.92	0.84
Bep11					0.33		0.11	0.35	0.13
Bep12	0.79						0.62	0.86	0.74
Bep13		0.86					0.73	0.87	0.75
Bep14				0.96			0.92	0.86	0.74
Bep15			0.56				0.32	0.78	0.61
Bep16						0.91	0.82	0.89	0.80
Bep17					0.67		0.44	0.71	0.51
Bep18	0.84						0.70	0.96	0.92
Índices de Ajuste									
CFI				0.939			0.936		

TLI	0.922	0.927
RMSEA	0.049	0.047
WRMR	1.411	1.468

Diff test comparing nested model $p=0.01$

Tabela Suplementar. Alphas de Cronbach e correlação média intraitens

	Versão original	Versão 1	Versão 2	Versão 3	Versão 4	Versão 5	Versão 6
alpha	0.476	0.510	0.513	0.418	0.529	0.834	0.420
	Correlação média intraitens						
Bep1	0.047	0.059	0.060	0.042	0.064	0.219	0.041
Bep7	0.047	0.056	0.056	0.039	0.060	0.209	0.037
Bep13	0.047	0.053	0.054	0.036	0.060	0.214	0.033
Bep2	0.048	0.050	0.051	0.034	0.055	0.224	0.034
Bep8	0.044	0.055	0.056	0.039	0.059	0.219	0.039
Bep14	0.048	0.050	0.051	0.032	0.053	0.215	0.037
Bep3	0.048	0.058	0.058	0.043	0.061	0.234	0.041
Bep9	0.042	0.051	0.052	0.038	0.055	0.235	0.039
Bep15	0.046	0.051	0.051	0.037	0.054	0.221	0.035
Bep4	0.049	0.052	0.053	0.034	0.055	0.209	0.038
Bep10	0.044	0.053	0.053	0.038	0.056	0.210	0.038
Bep16	0.048	0.050	0.052	0.032	0.054	0.209	0.037
Bep5	0.047	0.057	0.058	0.046	0.062	0.213	0.037
Bep11	0.050	0.050	0.061	0.041	0.062	0.236	0.043
Bep17	0.051	0.052	0.052	0.035	0.055	0.222	0.039
Bep6	0.053	0.060	0.061	0.043	0.064	0.224	0.041
Bep12	0.050	0.057	0.058	0.040	0.062	0.217	0.039
Bep18	0.047	0.052	0.052	0.037	0.053	0.208	0.040

REFERÊNCIAS

- Birren, J.E., & Renner, V. J., 1980. Concepts and issues of mental health and aging. In J. E. Birren & R. B. Sloane (Eds), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 3-33.
- Brothers, A., Gabrian, M., Wahl, H.W., Diehl, M, 2016. Future Time Perspective and Awareness of Age-Related Change: Examining their Role in Predicting Psychological Well-Being. *Psychol Aging*. 31(6): 605–61.
- Cheng, S.T., Chan, C.M.A, 2005. Measuring psychological well-being in the Chinese. *Pers Individ. Differ*. 38, 1307–1316.
- Clarke, P.J., Marshall, V.W., Ryff, C.D., Wheaton, B, 2001. Measuring Psychological Well-Being in the Canadian Study of health and aging. *Int. Psychogeriatr*. 13 (1), 79-90.
- Couto, MCPP. Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento, 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- Cosco, T.D., Prina, A.M., Perales, J., Stephan, B.C.M., Brayne, C, 2015. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 26 (3), 373-381.
- Cronbach, L. J. & Meehl, P., 1955. Construct validity in psychological tests, *Psychol Bull*. 52, 4, 281-302.
- Dahany, M.M., Dramé, M., Mahmoudi, R., Novella, J.L., Ciocan, D., Kanagaratnam, L., Morrone, I., Blanchard, F., Nazeyrollas, P., Barbe, C., Jolly, D., 2014. Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *Eur Geriatr Med*.5, 365–370.
- Farahani, L.M, 2016. The value of the sense of community and neighbouring. *Hous. Theor. Soc*. 33 (3):357-376.
- Fernández-Ballesteros, R., García, L.F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Moraitou, D., Patricia, S, 2008. The concept of ageing well in Latin American and European countries. *Ageing Soc*. 30, 41-56.
- Fleeson, W., Baltes, P.B, 1998. Beyond Present-Day Personality Assessment: An Encouraging Exploration of the Measurement Properties and Predictive Power of Subjective Lifetime Personality. *Journal of Research in Personality* 32, 411–430.
- Gigantesco, A., Stazi, M.A., Alessandr,i G., Medda, E., Tarolla, E., Fagnani, C, 2011. Psychological well-being (PWB): a natural life outlook? An Italian twin study on heritability of PWB in young adults. *Psychol Med*. 41, 2637–2649.
- Grüth, D., Sharifian, N., Chu, Q., 2016. The limits of a limited future time perspective in explaining age differences in emotional functioning. *Psychol Aging*. 31 (6), 583-593.
- Hilgert, J.B., Santos, C.M., Marchi, R.J., Celeste, R.K., Hugo, F.N, 2014. Carlos Barbosa Cohort. *Rev. Bras Epidemiol*. 17 (3), 801-804.

Hilgert, J.B., Hugo, F.N., Sousa, M.L., Bozzetti, M.C, 2009. Oral status and its association with obesity in Southern Brazilian older people. *Gerodontology*. 26:46-52.

da Silva, L.A.V, 2003. Saúde e produção de sentidos no cotidiano: práticas de mediação e translinguística bahktiniana. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 7(13):135-48.

Hair, Jr, Black, W.C.; Babin, B.J.; Anderson, R.E., Tatham, R. L, 2006. *Multivariate Data Analysis*. 6^a ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Keith, J., Fry, C.L., Ikels, C., 1990. Community as context for successful aging. In J. Sokolovski (Ed.). *The cultural context of aging: worldwide perspectives*, 245-261.

Karasawa, M., Curhan, K.B.; Markus, H.R., Kitayama, S.S., Love, G.L., Radler, B.T.; Ryff, C.D, 2011. Cultural perspectives on aging and well-being: a comparison of Japan and the U.S. *Int J Aging Hum Dev*, 73 (1), 73-98.

Lindfors, P, 2002. Positive health in a group of Swedish white-collars workers. *Psychol Rep*. 91, 839-845.

Li, R.H., 2014. Reliability and validity of a shorter Chinese version for Ryff's psychological well-being scale. *Health Educ J*. 73(4), 446-452.

Machado, W.L., Bandeira D.R., 2012. Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595.

Maki, A., Dwyer, P.C., Snyder, M, 2016. Time perspective and volunteerism: the importance of focusing in the future. *J Soc Psychol*. 156 (3), 334-349.

Miguel, J.M.T.M., Moral, J.C.M., Pardo, E.N., 2008. Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema* 20 (2), 304-310.

Momtaz, Y.A.; Ibrahim, R.; Hamid, T.A.; Yahaya, N., 2011. Sociodemographic predictors of elderly's psychological well-being in Malaysia. *Aging Ment Health*. 15, (4), 437-445.

Morozink, J.A., Friedman, E.M., Coe, C.L. Ryff, C.D., 2010. Socioeconomic and psychosocial predictors of interleukin-6 in the MIDUS national sample. *Health Psychol* 29, 626-635.

Montross, L.P., Depp, C., Daly, J., et al., 2006. Correlates of self-rated successful aging among community dwelling older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 14:43-51.

Muthén, L. K., Muthén, B. O. (1998-2004). *Mplus user's guide*, 3rd ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Muthén, L.K., Muthén, B.O, 2010. *Mplus user's guide*. 6th Ed. Los Angeles: Muthén & Muthén.

Nguyen, A.W.; Taylor, R.J.; Peterson, T.; Chatters, L.M., 2013. Health, disability, psychological well-being, and depressive symptoms among older African American women. *Women, gender, and families of color*. 1 (2), p.105-123.

Novo, R.F. Para além da eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, agosto de 2003.

Reichstadt, J., Depp, C.A., Palinkas, L.A., et al., 2007. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 15, 194–201.

Reichstadt, J., Geetika-Sengupta, M.D., Colin A. Depp, D, Lawrence, A., Palinkas, L.A., Dilip, V. Jeste, M.D., 2010. Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews. *Am J Geriatr Psychiatry*. 18(7): 567–575.

Ryff, C.D., Keyes, C.L.M., 1995. The Structure of Well-being revisited. *J Pers and Soc Psychol*. 69, (4),719-727.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger H., Müller H., 2003. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Meth Psychol Res*. 8, 23-74.

Sirigatti, S., Penzo, I., Iani, L., Mazzeschi, A., Hatalskaja, H., Giannetti, E., Stefanile, C, 2012. Measurement Invariance of Ryff's Psychological Well-being Scales Across Italian and Belarusian Students. *Soc Indic Res*. 1-14.

Springer, K.W. Hauser, R.M., 2006. An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, mode, and measurement effects. *Soc Sci Res*. 35, 1080–1102.

Streiner, D.L, 2003. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess*. 80, 217-222.

Van Dierendonck, D., 2005. The construct validity of Ryff's Scale of Psychologic Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Pers Individ Dif*. 36 (3), 629-633.

Yeung, D.Y., Fung, H.H., Kam.c., 2012. Age differences in problem solving strategies: the mediating role of future time perspective. *Pers. Individ. Dif*.53:38-43.

Zhang, Z., Zhang, J, 2017. Perceived residential environment of neighborhood and subjective well-being among the elderly in China: a mediating role of sense of community. *J. Environ. Psuchol*. 51:82-94.

Zhang, J., Zhang, J., Zhou, M., Yu, N.X, 2018. Neighborhood characteristics and older adults' Well-Being: the roles of sense of community and personal resilience. *Soc. Indic. Res*.137: 949-963.

Zeller, R. A., Carmines, E. G., 1980. Measurement in the social sciences: The link between theory and data. Cambridge: Cambridge University Press.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto defendido tinha como objetivo analisar a possível associação entre Bem-Estar Psicológico e as variáveis sociodemográficas e de saúde geral e bucal, bem como se essas variáveis atuavam na mudança de Bem-Estar Psicológico. Outro fator considerado nessa pesquisa foi saber se existiria efeito direto e indireto das variáveis observadas no construto de Bem-Estar Psicológico, por meio de um estudo transversal e de coorte. Seriam analisadas se variáveis exógenas (idade e sexo), determinantes primários (localização do domicílio, estado civil, comorbidades, renda, escolaridade, resiliência, participação em grupos de terceira idade e depressão), comportamentos (frequência de escovação, tabagismo, uso de álcool, mudança de dieta, uso do serviço odontológico) e condições de saúde bucal (perda dental nos últimos quatro anos) influenciavam na mudança de Bem-Estar Psicológico. Porém, já neste projeto, na realização da revisão de literatura, observou-se que havia diferentes versões da escala, com os mais variados números de itens, nos mais diversos idiomas e em distintas populações. Notou-se também, que a versão mais curta da escala, a versão de 18 itens, por ser a mais utilizada, foi a escolhida para o estudo da Coorte de Carlos Barbosa, cuja pesquisadora participou da coleta do segundo acompanhamento. Após avaliação da qualidade das validações, percebeu-se que essa versão apresentava as piores propriedades psicométricas. Com o projeto que foi defendido, tentou-se realizar várias análises estatísticas com o modelo teórico e desenhos metodológicos citados anteriormente. Todavia, percebeu-se que havia algum erro, pois não era possível realizar nenhuma análise estatística com o primeiro delineamento escolhido, o estudo de coorte. No entanto, a mudança no delineamento não acarretou em sucesso nas análises. Diante desse panorama, realizou-se uma primeira avaliação das várias versões e surgiu o interesse de fazer uma nova validação com a escala de 18 itens utilizada no estudo de Carlos Barbosa.

Esse estudo revisou sistematicamente 54 estudos de validação das diferentes versões da Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff, resumindo detalhadamente as propriedades psicométricas da versão de 18 itens. A maioria das validações foram realizadas na Europa, com 11 estudos em espanhol, seguidos de 9 estudos na língua inglesa. Apenas um estudo foi realizado no continente africano e apenas uma dissertação fez a adaptação da escala para o português brasileiro na versão de 84 itens. As amostras foram compostas por indivíduos adultos de bom nível educacional, e as análises fatoriais realizadas confirmaram o bom ajuste do modelo original, embora alguns estudos contestem as dimensões propostas por Ryff, sugerindo outras configurações da escala, com diferente número de itens e rearranjos das

dimensões. A versão mais validada é a de 18 itens, notando-se que o modelo de seis fatores, juntamente com o modelo de seis fatores com um fator de segunda ordem, são os modelos fatoriais que encontraram os melhores ajustes nas diferentes populações. As correlações entre as dimensões também se comportaram de maneira semelhante na maioria dos estudos, indicando que a Escala de Bem-Estar Psicológico, por apresentar validações em vários países nos mais diversos idiomas, é dependente culturalmente.

Outro objetivo deste trabalho foi fazer a análise fatorial exploratória com diferentes versões da Escala de Bem-estar Psicológico de Ryff e análise fatorial confirmatória com o modelo que apresentou melhor ajuste. Os modelos de seis dimensões e de fator único apresentaram propriedades psicométricas semelhantes. Duas questões apresentaram baixa carga fatorial nas dimensões crescimento pessoal e propósito na vida, respectivamente: “Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa” e “Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade”. A partir desses enunciados, notou-se que o processo de envelhecimento diminui a busca por objetivos na vida e que os idosos não têm uma visão de futuro, comprometendo a mensuração das dimensões devido ao não entendimento da primeira questão e devido à ausência de um objetivo claro na vida, visto que muitos já almejavam os seus desejos ao longo do tempo. A escala de 18 itens não foi adaptada para uma população idosa brasileira, apenas para uma amostra de estudantes universitários (MACHADO & BANDEIRA, 2010). Nota-se a importância metodológica durante o processo de validação, com rigor nas propriedades psicométricas do instrumento, mas respeitando o aporte teórico do construto. Sugere-se, então, que a versão abreviada da Escala de Bem-Estar Psicológico seja validada adequadamente nessa amostra, substituindo ou rephraseando as questões que não mensuraram as suas dimensões e validando o construto com a nova versão para uma população idosa brasileira.

7. REFERÊNCIAS

- AGOU, S.; LOCKER, D.; MUIRHEAD, V.; TOMPSON, B.; STREINER, D.L. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v.139, n.3, p.369-377, 2011.
- BRENNAN, D.S.; KEUSKAMP, D.; BALASUBRAMANIAN, M.; AMARASENA, N. General health and well-being among primary care patients aged 75+ years: associations with living conditions, oral health and dependency. **Australasian Journal of Ageing**, v.37, n.1, p.e1-e6, 2018.
- DIENER, E.; RYAN, K. Subjective Well-Being: a general overview. **South African Journal of Psychology**, v. 39, n. 4, p.391-406, 2009.
- FINLAYSON, T. L.; WILLIAMS, D.R.; SIEFERT, K.; JACKSON, J.S.; NOWJACK-RAYMER, R. Oral Health Disparities and Psychosocial Correlates of Self-rated Oral Health in the National Survey of American Life. **American Journal of Public Health**, n.100, p. S246–S255, 2010.
- GONZÁLEZ-FUENTES, M.B.; PALOS, P.A. Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica**, v.2, n.42, p.69-83, 2016.
- HARRIS, M.; WILSON, J.C.; HUGHES, S.; KNEVEL, R.J.M.; RADFORD, D.R. Perceived stress and well-being in UK and Australian dental hygiene and dental therapy students. **European Journal of Dental Education**, n.22, p. e602-e611, 2018.
- HILGERT, J.B.; HUGO,F.N.; de SOUSA,M.L.; BOZZETTI,M.C. Oral status and its association with obesity in Southern Brazilian older people. **Gerodontology**, v.26, p.46-52, 2009.
- HUTZ, C.S.; BANDEIRA, D.R.; TRENTINI, C.M. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- IDE, R.; HOSHUYAMA, T.; WILSON, D.; TAKAHASHI, K.; HIGASHI, T. Association of psychological well-being with oral conditions in Japanese workers. **Journal of Occupational Health**, v.48, p.487-493, 2006.
- KAFKA, G.J.; KOZMA, A. The construct validity of Ryff's scales of Psychologic Well-Being (SPWB) and their relationship to measures of Subjective Well-Being. **Social Indicators Research**, n.57, p.171-190, 2002.
- KÁLLAY, E.; RUS, C. Psychometric properties of the 44-item version of Ryff's Psychological Well-Being Scale. **European Journal of Psychological Assessment**, v.30, n.1, p.15-21, 2014.
- KIM, E.S.; STRECHER, V.J.; RYFF, C.D. Purpose in life and use of preventive health care services. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.111, p.46, 2014.
- LIU, P.; McGRATH, C.; CHEUNG, G.S.P. Quality of life and psychological well-being among endodontics patients: a case-control study. **Australian Dental Journal**, n.57, p. 493-497, 2012.

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. **Journal of Dental Research**, v.74, n.9, p. 970-975, 2000.

MACHADO, W.L. **Escala de Bem-Estar Psicológico: adaptação para o português brasileiro e evidências de validade**, 60f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MELÉNDEZ, J.C.; TOMÁS, J.M.; OLIVER, A.; NAVARRO, E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: a structural model examination. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, n.48, p.291-295, 2009.

MOROZINCK, J.A.; FRIEDMAN, E.M.; COE, C.L.; RYFF, C.D. Socioeconomic and psychosocial predictors of interleukin-6 in the MIDUS national sample. **Health Psychology**, v.29, n.6, p.626-635, 2010.

MUTHÉN, L.K., MUTHÉN, B.O. Mplus user's guide. 6th Ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, 2010.

NOVO, R.F. Para além da eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia, agosto de 2003.

NGUYEN, A.W.; TAYLOR, R.J.; PETERSON, T.; CHATTERS, L.M. Health, disability, psychological well-being, and depressive symptoms among older African American women. **Women, gender, and families of color**, v.1, n.2, p.105-123, 2013.

OTTENBACHER, M.E.; KUO Y.; OSTIR, G.V. Test-retest reliability of a psychological well-being scale in hospitalized older adults. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.19, n.5, p.424-429, 2007.

PASQUALI, L. Histórico dos instrumentos psicológicos. In L. Pasquali (Org.), **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília, DF: LabPAM; IBAPP, 1999; p.13-21.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.M. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.665-673, 2007.

ROMAIN, A.J.; MARLEAU, J.; BAILLOT, A. Impact of obesity and mood disorders and physical comorbidities, psychological well-being, health behaviours and use of health services. **Journal of Affective Disorders**, n.225, p.381-388, 2018.

RYFF, C.D. Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: new directions in quest of successful ageing. **International Journal of Behavioral Development**, v.12, n.35, 1989.

RYFF, C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.57, n.6, p.1069-1081, 1989.

RYFF, C.D. In the eye of the beholder: views of Psychological Well-Being among middle-aged and older adults. **Psychology and Aging**, v.4, n.2, p.195-210, 1989.

RYFF, C.D.; ESSEX, M.J. The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. **Psychology and Aging**, v.7, n.4, p.507-517, 1992.

RYFF, C.D.; KEYES, C.L.M. The structure of Psychological Well-Being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.69, n.4, p.719-727, 1995.

RYFF, C.D. Psychological Well-Being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. **Psychotherapy and Psychosomatics**, n.83, p.10-28, 2014.

SAITRAIN, M.V.L.; BEZERRA, T.M.M.; SANTOS, F.S.; SAINTRAIN, S.V.; PEQUENO, L.L.; da SILVA, R.M.; VIEIRA-MEYER, A.P.G.F. Subjective Well-Being and oral discomfort in older people. **International Psychogeriatrics**, p.1-9, 2018.

SCHERMELLEH-ENGEL, K., MOOSBRUGGER H., MÜLLER H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. **Methods of Psychological Research**, n.8, p.23-74, 2003.

SZWARCWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; DAMACENA, G.N. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from World Health Survey. **BMC Health Services Research**, n.10, p. 217-223, 2010.

THORPE, J.M.; THORPE, C.T.; KENNELTY, K.A.; CHEWNING, B.A. Depressive symptoms and reduced preventive care use in older adults: the mediating role of perceived access. **Medical Care**, v.50, n.4, p.302-310, 2012.

TOMAS, J.M.; MELÉNDEZ, J.C.; OLIVER, A.; NAVARRO, E.; ZARAGOZA, G. Efectos de método em las escalas de Ryff: um estudio em población de personas mayores. **Psicológica**, n.31, p.383-400, 2010.

TRIADÓ, C.; VILLAR, F. Construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being in Spanish older adults. **Psychological Reports**, n.100, p.1151-1164, 2007.

URBINA, S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VAN DIERENDONCK, D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. **Personality and Individual Differences**, n.36, p.629-643, 2005.

8. ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido UNICAMP

Título do projeto de pesquisa: *“Fatores de risco para a saúde bucal em idosos independentes, com ênfase no estado nutricional e na fragilidade: estudo de coorte de base populacional”.*

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba está convidando você a participar de uma pesquisa intitulada: *“Fatores de risco para a saúde bucal em idosos independentes, com ênfase no estado nutricional e na fragilidade: estudo de coorte de base populacional”* sob responsabilidade da Prof^a Maria da Luz Rosário de Sousa, Luísa Helena do Nascimento Tôrres e Prof. Fernando Neves Hugo. Para tanto, solicitamos sua colaboração, aceitando participar desta pesquisa que será desenvolvida junto aos Encontros dos Grupos de Convivência para Terceira Idade de Carlos Barbosa, RS, e, eventualmente, em alguma Unidade Básica de Saúde do município. Este termo pode ser apresentado pelo próprio cirurgião-dentista que realizará o exame bucal ou por um entrevistador.

No Brasil, de acordo com a literatura, este é um dos poucos trabalhos de que temos conhecimento que estuda a saúde bucal dos idosos de uma coorte e seus fatores associados. Nesse contexto, estudos longitudinais são importantes para a identificação de indicadores ligados aos problemas prevalentes na população idosa, como a perda dentária, e contribuem de maneira significativa para um conhecimento mais abrangente das particularidades deste grupo etário que se encontra em crescimento e que requer cuidados direcionados às peculiaridades oriundas do próprio processo de envelhecimento. Os objetivos da pesquisa incluem avaliar determinantes de agravos à saúde bucal em uma coorte de idosos independentes residentes em Carlos Barbosa, RS, verificar a incidência de perda dentária entre idosos residentes em Carlos Barbosa, RS, durante período de oito anos e avaliar fatores de risco, com ênfase ao estado nutricional (IMC) e fragilidade, para a perda dentária entre idosos residentes em Carlos Barbosa, RS, durante período de oito anos. Será realizado um exame da sua boca e serão verificadas suas medidas de peso, altura, velocidade para caminhar, força na mão e serão feitas algumas perguntas sobre a saúde do seu corpo e boca. Será utilizado um questionário com informações sócio-demográficas, comportamentais, de

acesso aos serviços, de história médica, de depressão, de atividade física e fragilidade. Não haverá grupo de comparação neste trabalho nem placebo. Não há métodos alternativos para obtenção das informações pretendidas. Esta pesquisa não envolve riscos previsíveis para o paciente, uma vez que para os exames clínicos serão utilizados instrumentos descartáveis ou devidamente esterilizados, além disto, o examinador estará utilizando equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, gorro, óculos de proteção e avental). Estes exames clínicos e físicos realizados causam um desconforto mínimo. Para assegurar maior comodidade ao paciente, a entrevista será realizada em local reservado. Não haverá benefícios diretos pela participação nesta pesquisa. Os voluntários que apresentarem necessidades de tratamento curativo odontológico serão informados sobre essas necessidades de tratamento e devidamente encaminhados para atendimento odontológico na Unidade de Saúde da Família do bairro. A assistência dos sujeitos que apresentarem qualquer alteração bucal será realizada via Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família de Carlos Barbosa, para a qual o voluntário será encaminhado. Em caso de dúvidas ou maiores esclarecimentos, a qualquer momento da pesquisa, entrar em contato com a Prof^ª. Dr^ª. Maria da Luz Rosário de Sousa (19 2106-5364) ou a cirurgiã-dentista Luísa Helena do Nascimento Tôrres (51 9955-1277), ou ainda através da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (19 2106-5209). Em caso de dúvida, quanto aos seus direitos como voluntário de pesquisa entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba; Avenida Limeira, 901. Caixa Postal 52, 13414-903 - Piracicaba, SP. Fone FAX: 19 2106-5349, e-mail: cep@fop.unicamp.br, endereço eletrônico: www.fop.unicamp.br/cep. Os voluntários receberão os esclarecimentos que se fizerem necessários antes, durante e depois da pesquisa com os pesquisadores responsáveis, relativos aos objetivos da pesquisa e a utilização das informações. Os voluntários terão a liberdade de sair da pesquisa a qualquer momento sem que haja qualquer penalidade ou prejuízo, sendo que os mesmos, se estiverem de acordo, poderão realizar os exames e entrevista. Os dados obtidos durante a pesquisa serão conservados em sigilo, ou seja, as identidades dos participantes não serão reveladas para propósito de publicação científica ou educativa. Não há previsão de ressarcimento de gastos aos pacientes, pois não há risco previsível pela participação na pesquisa. Não está prevista qualquer forma de indenização referente a possíveis danos visto que não há riscos previsíveis por se tratarem somente de exames bucal e físico e uma entrevista. Esperando contar com sua gentil colaboração, desde já agradecemos.

Consentimento livre e esclarecido:

Eu, _____ -
_____ certifico que tendo lido o documento acima exposto e, suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar da pesquisa, permito que os exames clínicos visuais e a entrevista sejam feitos, estou ciente que os resultados obtidos serão publicados para difusão do conhecimento científico e que a identidade do voluntário será preservada.

Por ser verdade, firmo o presente. Data: / / .

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____ RG _____ Telefone: _____

2ª via – Voluntário

ANEXO 2**Questionário sociodemográfico**

- B1.** Qual a sua idade? _____ anos (999). NR
- B2.** Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____ (99).NR
- B3.** Qual seu sexo? (0) Masculino (1) Feminino
- B4.** Qual a sua raça ou cor? (0) branco (1)pardo (2)negro (3)amarelo (5)indígena
- B5.** . Qual seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado/União estável/morando junto (3) Separado (4) Viúvo (5) Outro (99)NR
- B6.** Até que ponto (série) você estudou?

- (1) Menos que a quarta série.
- (2) Completou a quarta série.
- (3) Menos que a oitava série.
- (4) Completou a oitava série.
- (5) Menos que o Ensino secundário.
- (6) Completou o Ensino secundário.
- (7) Ensino Superior incompleto.
- (8) Ensino Superior completo.
- (9) Pós-graduação.
- (99) NR

- **Sendo assim**, quantos anos de estudo no total? _____anos

- B7.** Qual a sua renda mensal (em reais)?_____
- B8.** Qual a renda mensal da sua família (em reais)?_____
- B9.** Você mora na região urbana ou rural da cidade? (0) urbana (1) rural
- B10.** Com quem o senhor mora?
- (1) Sozinho
- (2) Moro com familiares

(3) Esposo (a)/ companheiro (a) somente

(99) NR

B11. Número de pessoas vivendo na casa: _____ pessoas

B12. Você trabalha atualmente?

(1) Não – desempregado

(2) Não – Aposentado

(3) Sim – 40h

(4) Sim – 20h

(5) Informalmente

(99) NR

- Se **não trabalha**, qual era seu serviço? _____ e há quantos anos não trabalha? _____ anos.

B13. Você considera que possui dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

(0) Sim (1) Não (99) NR

ANEXO 3

Questionário de saúde geral

Você tem ou teve alguma doença?	Não	Sim, presente	Sim, passad o	NR	
C1. Pressão alta / hipertensão	0	1	2	99	
C2. Artrite / reumatismo	0	1	2	99	
C3. Osteoporose	0	1	2	99	
C4. Câncer	0	1	2	99	
C5. Doença do coração	0	1	2	99	
C6. Derrame / AVC / Isquemia	0	1	2	99	
C7. Doença do pulmão (bronquite e enfisema)	0	1	2	99	
C8. Depressão	0	1	2	99	
C09. Alguma vez um médico falou que você tem diabetes, que alguns chamam de açúcar elevado no sangue? (Se não, vá para a questão D16)	Não 0	Sim 1		NR 99	
C10. Outras, quais? _____					
C11. Você toma algum remédio receitado por médico ou por conta própria? (Se não, pular as duas próximas questões)	Não 0	Sim, receita 1	Sim, cont a 2	Ambo s 3	NR 99
C12. Quais remédios?					
C13. Compra com recursos próprios esses medicamentos ou obtém no “Posto de Saúde”?	Não 0	Sim , meu \$ (1)	Sim, post o (2)	Sim, ambos (3)	NR 99

ANEXO 4

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF

<p>Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:</p>	Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1. Não tenho medo de expressar as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Frequentemente, me sinto “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
3. Penso que é importante ter novas experiências que questionem a forma como pensamos acerca de nós mesmos e do mundo.	1	2	3	4	5	6
4. Para mim, manter relacionamentos sinceros com os outros tem sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6

5. Não tenho a noção do que pretendo alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
6. Quando revejo a minha vida, fico contente da forma como as coisas aconteceram.	1	2	3	4	5	6
7. Tenho tendência de me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
8. Sou capaz de utilizar bem o meu tempo para conseguir fazer tudo o que preciso fazer.	1	2	3	4	5	6
9. Sinto que no decorrer do tempo, consegui me desenvolver bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto que aproveito muito as minhas amizades.	1	2	3	4	5	6
11. Sinto prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
12. Gosto da maioria dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
13. Tenho tendência a ser influenciado(a) por pessoas com opiniões firmes.	1	2	3	4	5	6
14. Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
15. Há muito tempo que desisti de fazer grandes modificações ou melhorias na minha vida.	1	2	3	4	5	6
16. Não tive a experiência de ter muitas	1	2	3	4	5	6

relações calorosas e baseadas na confiança.						
17. Em última análise, olhando para trás, não tenho bem certeza de que a minha vida tenha valido muito.	1	2	3	4	5	6
18. Em muitos aspectos me sinto desiludido(a) com o que alcancei na vida.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 5

Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE)

Table. A Proposed Reporting Checklist for Authors, Editors, and Reviewers of Meta-analyses of Observational Studies

Reporting of background should include
Problem definition
Hypothesis statement
Description of study outcome(s)
Type of exposure or intervention used
Type of study designs used
Study population
Reporting of search strategy should include
Qualifications of searchers (eg, librarians and investigators)
Search strategy, including time period included in the synthesis and keywords
Effort to include all available studies, including contact with authors
Databases and registries searched
Search software used, name and version, including special features used (eg, explosion)
Use of hand searching (eg, reference lists of obtained articles)
List of citations located and those excluded, including justification
Method of addressing articles published in languages other than English
Method of handling abstracts and unpublished studies
Description of any contact with authors
Reporting of methods should include
Description of relevance or appropriateness of studies assembled for assessing the hypothesis to be tested
Rationale for the selection and coding of data (eg, sound clinical principles or convenience)
Documentation of how data were classified and coded (eg, multiple raters, blinding, and interrater reliability)
Assessment of confounding (eg, comparability of cases and controls in studies where appropriate)
Assessment of study quality, including blinding of quality assessors; stratification or regression on possible predictors of study results
Assessment of heterogeneity
Description of statistical methods (eg, complete description of fixed or random effects models, justification of whether the chosen models account for predictors of study results, dose-response models, or cumulative meta-analysis) in sufficient detail to be replicated
Provision of appropriate tables and graphics
Reporting of results should include
Graphic summarizing individual study estimates and overall estimate
Table giving descriptive information for each study included
Results of sensitivity testing (eg, subgroup analysis)
Indication of statistical uncertainty of findings
Reporting of discussion should include
Quantitative assessment of bias (eg, publication bias)
Justification for exclusion (eg, exclusion of non-English-language citations)
Assessment of quality of included studies
Reporting of conclusions should include
Consideration of alternative explanations for observed results
Generalization of the conclusions (ie, appropriate for the data presented and within the domain of the literature review)
Guidelines for future research
Disclosure of funding source

ANEXO 6

COSMIN MANUAL, BOX G - VALIDADE TRANSCULTURAL

Box G. Cross-cultural validity				
<i>Design requirements</i>		yes	no	?
1	Was the percentage of missing items given?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Was there a description of how missing items were handled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Was the sample size included in the analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Were both the original language in which the HR-PRO instrument was developed, and the language in which the HR-PRO instrument was translated described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Was the expertise of the people involved in the translation process adequately described? e.g. expertise in the disease(s) involved, expertise in the construct to be measured, expertise in both languages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Did the translators work independently from each other?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Were items translated forward and backward?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Was there an adequate description of how differences between the original and translated versions were resolved?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Was the translation reviewed by a committee (e.g. original developers)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Was the HR-PRO instrument pre-tested (e.g. cognitive interviews) to check interpretation, cultural relevance of the translation, and ease of comprehension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Was the sample used in the pre-test adequately described?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Were the samples similar for all characteristics except language and/or cultural background?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>		yes	no	NA
14	for CTT: Was confirmatory factor analysis performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	for IRT: Was differential item function (DIF) between language groups assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. APÊNDICE

APÊNDICE I. ESTRATÉGIA DE BUSCA

#2 - (((instrumentation[sh] OR Validation Studies[pt] OR “reproducibility of results”[MeSH Terms] OR reproducib*[tiab] OR “psychometrics”[MeSH] OR psychometr*[tiab] OR clinimetr*[tiab] OR clinometr*[tiab] OR “observer variation”[MeSH] OR observer variation[tiab] OR “discriminant analysis”[MeSH] OR reliab*[tiab] OR valid*[tiab] OR coefficient[tiab] OR “internal consistency”[tiab] OR (cronbach*[tiab] AND (alpha[tiab] OR alphas[tiab]))) OR “item correlation”[tiab] OR “item correlations”[tiab] OR “item selection”[tiab] OR “item selections”[tiab] OR “item reduction”[tiab] OR “item reductions”[tiab] OR agreement[tw] OR precision[tw] OR imprecision[tw] OR “precise values”[tw] OR test–retest[tiab] OR (test[tiab] AND retest[tiab]) OR (reliab*[tiab] AND (test[tiab] OR retest[tiab]))) OR stability[tiab] OR interrater[tiab] OR inter-rater[tiab] OR intrarater[tiab] OR intra-rater[tiab] OR intertester[tiab] OR inter-tester[tiab] OR intratester[tiab] OR intra-tester[tiab] OR interobserver[tiab] OR inter-observer[tiab] OR intraobserver[tiab] OR intra-observer[tiab] OR intertechnician[tiab] OR inter-technician[tiab] OR intratechnician[tiab] OR intra-technician[tiab] OR interexaminer[tiab] OR inter-examiner[tiab] OR intraexaminer[tiab] OR intra-examiner[tiab] OR interassay[tiab] OR inter-assay[tiab] OR intraassay[tiab] OR intra-assay[tiab] OR interindividual[tiab] OR inter-individual[tiab] OR intraindividual[tiab] OR intra-individual[tiab] OR interparticipant[tiab] OR inter-participant[tiab] OR intraparticipant[tiab] OR intra-participant[tiab] OR kappa[tiab] OR kappa’s[tiab] OR kappas[tiab] OR “coefficient of variation”[tiab] OR repeatab*[tw] OR ((replicab*[tw] OR repeated[tw]) AND (measure[tw] OR measures[tw] OR findings[tw] OR result[tw] OR results[tw] OR test[tw] OR tests[tw])) OR generaliza*[tiab] OR generalisa*[tiab] OR concordance[tiab] OR (intraclass[tiab] AND correlation*[tiab]) OR discriminative[tiab] OR “known group”[tiab] OR “factor analysis”[tiab] OR “factor analyses”[tiab] OR “factor structure”[tiab] OR “factor structures”[tiab] OR dimensionality[tiab] OR subscale*[tiab] OR “multitrait scaling analysis”[tiab] OR “multitrait scaling analyses”[tiab] OR “item discriminant”[tiab] OR “interscale correlation”[tiab] OR “interscale correlations”[tiab] OR ((error[tiab] OR errors[tiab]) AND (measure*[tiab] OR correlat*[tiab] OR evaluat*[tiab] OR accuracy[tiab] OR accurate[tiab] OR precision[tiab] OR mean[tiab])) OR “individual variability”[tiab] OR “interval variability”[tiab] OR “rate variability”[tiab] OR “variability analysis”[tiab] OR (uncertainty[tiab] AND (measurement[tiab] OR measuring[tiab])) OR “standard error of measurement”[tiab] OR sensitiv*[tiab] OR responsive*[tiab] OR (limit[tiab] AND

detection[tiab]) OR “minimal detectable concentration”[tiab] OR interpretab*[tiab] OR (small*[tiab] AND (real[tiab] OR detectable[tiab]) AND (change[tiab] OR difference[tiab])) OR “meaningful change”[tiab] OR “minimal important change”[tiab] OR “minimal important difference”[tiab] OR “minimally important change”[tiab] OR “minimally important difference”[tiab] OR “minimal detectable change”[tiab] OR “minimal detectable difference”[tiab] OR “minimally detectable change”[tiab] OR “minimally detectable difference”[tiab] OR “minimal real change”[tiab] OR “minimal real difference”[tiab] OR “minimally real change”[tiab] OR “minimally real difference”[tiab] OR “ceiling effect”[tiab] OR “floor effect”[tiab] OR “Item response model”[tiab] OR IRT[tiab] OR Rasch[tiab] OR “Differential item functioning”[tiab] OR DIF[tiab] OR “computer adaptive testing”[tiab] OR “item bank”[tiab] OR “cross-cultural equivalence”[tiab])).