

1. Introdução

O envelhecimento das populações é uma realidade característica das sociedades economicamente desenvolvidas, resultando da conjugação do aumento da esperança média de vida e da diminuição da natalidade (Sequeira, 2007). Destaca-se o contributo de diversos factores para a alteração da pirâmide etária das sociedades, tais como os progressos da medicina e o desenvolvimento socioeconómico (Agin & Perkins, 2008; Sequeira, 2007).

O envelhecimento populacional não se verifica somente pelo aumento da população acima dos 65 anos mas também pelo aumento dos indivíduos muito idosos. A título de exemplo, pode-se citar a realidade italiana. Em 1921 só se registavam 49 pessoas acima dos 100 anos, enquanto em 1997 esse número subiu para 4684 (IMUSCE, 1998; citado por Motta, Bennati, Ferlito, Malaguarnera & Motta, 2005).

Portugal é um dos países onde o aumento da população idosa é uma realidade. Nas últimas quatro décadas o número de indivíduos idosos duplicou. Em 2002 os idosos (pessoas com mais de 65 anos) representavam 16,7% da população total, sendo que esta percentagem deverá aumentar consideravelmente nas próximas décadas (INE, 2002; citado por Sequeira, 2007). Salienta-se que em 1960, o índice de envelhecimento era de 27 idosos por 100 jovens, enquanto em 2004 era de 106 idosos por 100 jovens (INE, 2005; citado por Sequeira, 2007).

O envelhecimento populacional implica novos desafios. Viver mais tempo nem sempre significa viver com qualidade de vida, sendo comum associar uma perspectiva negativa ao envelhecimento. Na verdade, o envelhecimento populacional coloca novos problemas, a vários níveis, principalmente na esfera social, económica e individual. Marquez, Bustamante, Blissmer e Prohaska (2009) referem que os custos, nomeadamente relacionados com a saúde, inerentes ao envelhecimento populacional

serão incomportáveis caso não se desenvolvam medidas proactivas para promover o envelhecimento bem sucedido.

Consequentemente, é necessário estudar o envelhecimento, de forma a permitir a reunião de conhecimentos válidos e úteis para o desenvolvimento de respostas adequadas à terceira idade e promotoras de qualidade de vida (Fontaine, 2000; Sequeira, 2007). No entanto, o estudo científico do envelhecimento é uma área relativamente recente, principalmente em Portugal (Paúl, 2005).

Constata-se, então, a necessidade de se desenvolver o conhecimento científico sobre a terceira idade. Acresce, o facto que promover o bem-estar dos idosos tornou-se num objectivo de investigação importante para diversas disciplinas, entre as quais a Psicologia da Saúde. Uma das razões que justifica tal interesse advém do facto de níveis superiores de bem-estar subjectivo (BES) promoverem a saúde dos indivíduos e representarem uma qualidade de vida superior.

Desta forma, considera-se importante compreender quais são as variáveis necessárias para um envelhecimento bem sucedido, identificando os factores promotores do BES e da saúde dos idosos. Pistas na literatura referem que o *coping* e os estilos de vida são duas variáveis valiosas na terceira idade, contribuindo para um envelhecimento com qualidade (e.g. Paúl, 2005). Neste sentido, pretende-se estudar o impacto do *coping* e dos estilos de vida no bem-estar subjectivo e na saúde física e mental dos idosos.

2. Enquadramento teórico

Envelhecimento bem sucedido

“ (...) o envelhecimento deve ser pensado numa perspectiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas de controlo e redução das perdas e não apenas nos efeitos negativos da velhice”.

(Fonseca, 2005; citado por Sequeira, 2007, p. 32)

O envelhecimento é uma realidade característica da população portuguesa. Em relação à caracterização da população idosa portuguesa, salienta-se que este grupo populacional é maioritariamente feminino (59%). Aliás, a esperança média de vida das mulheres também é superior (79,4 anos) à dos homens (72,4 anos). Outro dado a destacar é a elevada taxa de iliteracia dos idosos (55,1%), embora com tendência a decrescer. Neste aspecto são as mulheres que apresentam piores dados, demonstrando uma taxa mais elevada (64,7%), do que os homens (41,3%) (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Actualmente, não existe nenhuma definição unânime para o conceito de envelhecimento. No entanto, pode-se definir como um fenómeno caracterizado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais. Estas alterações ocorrem ao longo da vida, fazendo parte do ciclo natural da vida, e tornando-se mais evidente na terceira idade (Sequeira, 2007).

O envelhecimento sempre foi um assunto pelo qual o Homem se interessou. Por exemplo, o filósofo Platão (427-347 a.C.) apresentava uma perspectiva actual, opinando que o envelhecimento decorre da continuidade da vida, sendo que se envelhece de acordo com a forma como se viveu (Paúl, 2005). Por sua vez, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a tentar explicar o envelhecimento numa perspectiva médica, defendendo que consiste num fenómeno natural, físico e irreversível (Paúl, 2005; Sequeira, 2007).

Contudo, apesar do envelhecimento ser um tema estudado desde da Antiguidade, durante muitos séculos não consistiu num campo científico distinto. É em 1903 que Metchnikoff propõe uma nova ciência, a Gerontologia (Paúl, 2005). Este campo científico tem como objectivo o estudo de todas as alterações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais resultantes do envelhecimento. Como tal, a gerontologia engloba investigadores de diversas áreas, tais como a psicologia (Fontaine, 2000).

Apesar da gerontologia ter sido proposta, como ciência independente, no início do século XX, só se estabeleceu definitivamente a partir de 1945, com a criação da *Society of Gerontology*. Em relação à realidade portuguesa, a autora opina que o Ano Internacional do Idoso, em 1999, foi decisivo na consolidação da importância desta temática (Paúl, 2005).

É difícil estabelecer um critério rigoroso que defina a entrada na terceira idade, pois existem diversos factores que contribuem para o envelhecimento, sendo este um fenómeno progressivo, com manifestações a vários níveis (Fontaine, 2000; Paúl, 2005; Sequeira, 2007). O significado do envelhecimento, e consequentemente a entrada na terceira idade, também está dependente do contexto social e histórico envolvente (Paúl & Fonseca, 2005). Acresce o facto de o envelhecimento ser um processo individual e diferenciado (Paúl, 2005). Na verdade, é impossível datar o início preciso da terceira idade, pois existe uma grande variação entre sujeitos. Para além disso, nem sempre a idade cronológica corresponde à idade biológica (referente ao envelhecimento dos órgãos), à idade social (alusiva ao papel e estatutos do indivíduo face à sociedade) ou à idade psicológica (Fontaine, 2000).

Todavia, tradicionalmente, estabelece-se um critério etário para definir a entrada na terceira idade: a partir dos 65 anos (Spar & La Rue, 2005; citados por Sequeira, 2007). Sequeira (2007) salienta que a idade cronológica consiste somente num marco

utilizado para definir o início da terceira idade, sendo um critério artificial. No entanto, é um critério bastante útil e usual. Outro critério, também muito comum, é a passagem à reforma (Paúl & Fonseca, 2005; Silva, 2005).

O envelhecimento ocorre a vários níveis: biológico, psicológico e social, sendo este um processo complexo e dinâmico. O envelhecimento não incide numa só área, mas sim em todas as dimensões do sujeito, pelo que as alterações numa dimensão implicam alterações em todos os outros aspectos da vida. Por exemplo, o envelhecimento físico implica alterações psicológicas e sociais (Sequeira, 2007).

A base do envelhecimento biológico resulta da diminuição da capacidade de regeneração celular (McArdle *et al.*, 1998; citados por Sequeira, 2007), predispondo o idoso a diversas patologias, tais como doenças cardiovasculares, diabetes ou obesidade (Sequeira, 2007). Também o sistema imunitário sofre uma diminuição de eficácia, aumentando assim os riscos de doença. Ao mesmo tempo, a doença na terceira idade implica repercussões mais graves no indivíduo, mesmo que não seja uma doença mortal ou debilitante (Paúl, 2005).

O envelhecimento celular origina diversas alterações: menor eficácia de órgãos vitais (e.g. coração, pulmões, rins), mudanças no aspecto exterior (e.g. surgimento de cabelos brancos), lentificação motora, diminuição do equilíbrio e da força muscular, diminuição da velocidade de reacção, diminuição da capacidade funcional, alterações emocionais e diminuição das capacidades cognitivas (Sequeira, 2007), principalmente as capacidades mnésicas, o raciocínio abstracto e a resolução de problemas desconhecidos (Paúl, 2005).

O conhecimento acerca do declínio cognitivo na terceira idade ainda apresenta lacunas. Uma das grandes questões centra-se em torno do inevitável declínio cognitivo *versus* a relativa estabilidade dessas capacidades (Marchand, 2005). Por exemplo, actualmente já se pensa que o envelhecimento não implica necessariamente

a deterioração da memória, simplesmente ocorre uma menor velocidade de processamento da informação (Agin & Perkins, 2008). Porém, é necessário ter em atenção que grande parte da variabilidade entre indivíduos depende das características individuais, tais como a capacidade cognitiva *a priori* e a estimulação cognitiva anterior e actual (Paúl, 2005).

A capacidade perceptiva dos idosos também parece ser menor, principalmente a nível da audição e da visão. Estes problemas podem tornar-se graves. Por exemplo, a menor acuidade auditiva pode diminuir os contactos sociais, enquanto a menor acuidade visual dificulta tarefas como a leitura ou ver televisão. Consequentemente, o idoso demonstra menor estimulação ambiental (Fontaine, 2000).

Geralmente o envelhecimento está associado a uma menor participação social, verificando-se uma diminuição dos contactos sociais e da rede de suporte social. A interacção dos idosos começa a centrar-se mais na família e no grupo de amigos íntimos. No entanto, quando se estabelece um quadro de dependência e diminuição das capacidades cognitivas e funcionais, a dimensão social fica mais comprometida. Aliás, actualmente, em virtude da organização da sociedade ocidental, os idosos assistem a uma perda do seu espaço e papel na família. No extremo mais negativo o idoso pode ser considerado inútil e problemático (Sequeira, 2007).

O envelhecimento físico é bastante relevante, sendo um desafio para o indivíduo, pois implica a aceitação de uma nova imagem corporal e de uma menor capacidade física (Silva, 2005). Assim, a relação entre as limitações e as potencialidades mantidas pelo idoso é um dos principais factores na componente psicológica do envelhecimento (Sequeira, 2007).

De referir que apesar da componente genética desempenhar um forte papel no envelhecimento não é o único factor determinante. Outros factores, tais como os estilos de vida (e.g. fumar, relações sociais), o stresse ou o nível de estimulação

ambiental também são importantes (Motta *et al.*, 2005). Aliás, um estudo europeu (Swedish Adoption/Twin Study of Aging) observou que a partir dos 65 anos a hereditariedade perdia a sua preponderância na influência da saúde dos sujeitos para passar a ser o estilo de vida a variável mais determinante (Fontaine, 2000). Em congruência, Kennedy (2006), opina que o envelhecimento com saúde resulta da interação dos factores genéticos, dos factores ambientais e do estilo de vida, particularmente a dieta praticada e o padrão de exercício físico.

A complexidade do envelhecimento torna-o um processo diferenciado em função das características pessoais, variando bastante entre sujeitos (Sequeira, 2007). Ao longo da vida os indivíduos diferenciam-se cada vez mais, sendo que esta progressiva heterogeneidade deve-se ao cruzamento de inúmeras variáveis, intrínsecas e extrínsecas, como por exemplo: variáveis biológicas, culturais, cognitivas, sociais, emocionais e história de vida (Fonseca, 2007). De facto, facilmente se observa essa diversificação entre os idosos: enquanto uns indivíduos realizam um envelhecimento bem sucedido, outros têm um elevado nível de incapacidade, principalmente devido a doenças (Fontaine, 2000; Paúl *et al.*, 2005).

O processo de envelhecimento pode assumir vários resultados: 1) envelhecimento normal – não se verificam patologias físicas e mentais; 2) envelhecimento patológico – surgem patologias físicas e/ou mentais e 3) envelhecimento óptimo – que corresponde ao envelhecimento com sucesso, onde existe qualidade de vida superior ao envelhecimento normal. Neste tipo de envelhecimento, o ideal, os indivíduos evidenciam uma postura activa, de envolvimento na vida e de procura do bem-estar (Baltes & Baltes, 1990; citados por Silva, 2005).

Ainda assim, a maioria dos estudos impõe uma perspectiva negativa sobre a terceira idade, visando somente a doença e a deterioração. Consequentemente, os

idosos são considerados um grupo problema (Paúl, 2005). Esta imagem negativa do envelhecimento pode influenciar negativamente a vivência dos idosos (Silva, 2005).

No entanto, presentemente começa a surgir uma nova perspectiva, enquadrada na Psicologia Positiva, cujo principal objectivo é compreender os factores que funcionam como protectores e/ou promotores de um bom funcionamento (Silva, 2005). De facto, na terceira idade é possível potenciar e/ou conservar uma boa qualidade de vida (Fontaine, 2000).

Neste sentido, actualmente assiste-se a uma crescente importância do conceito de envelhecimento bem sucedido, cujas bases remontam ao Estudo da Fundação MacArthur, iniciado em 1984. Este conceito reporta-se aos factores, intrínsecos e extrínsecos, que promovem um processo de envelhecimento bem sucedido, valorizando todas as suas vertentes positivas, a nível biológico, psicológico e social (Fonseca, 2005).

Todavia, apesar de ser importante combater a perspectiva negativa e derrotista em relação aos idosos também é necessário ter presente que esta fase da vida é marcada por várias perdas. Mesmo reconhecendo que a terceira idade pode ser vivida positivamente e com prazer não se pode ignorar todas as alterações que decorrem do processo de envelhecimento (Fonseca, 2005; Fontaine, 2000). É importante admitir que este período apresenta algumas fragilidades. Por exemplo, os sujeitos idosos têm maior susceptibilidade de sofrerem doenças, principalmente doenças debilitantes, graves e crónicas (Sequeira, 2007).

Rowe e Kahn (1998; citados por Fonseca, 2005), pioneiros no estudo do envelhecimento bem sucedido, consideram que o sucesso do envelhecimento não pode corresponder a uma tentativa de imitar a juventude. O sucesso do envelhecimento tem uma especificidade particular, não correspondendo aos critérios utilizados para “avaliar” o sucesso noutras fases da vida. Em congruência, Bryant,

Corbett e Kutner (2001) opinam que o envelhecimento saudável não significa a ausência total de limitações físicas e mentais. Pelo contrário, corresponde a determinado nível de saúde e de adaptação ao envelhecimento, aceitável para o indivíduo.

Por exemplo, numa investigação com idosos centenários, Motta *et al.* (2005) constataram que mesmo os idosos autónomos mantinham um nível de actividade adequado às suas capacidades actuais, e não igual ao nível anterior, aquando a sua vida activa. Acresce o facto, que mesmo os sujeitos com boa saúde apresentavam algum défice devido à idade (e.g. menor acuidade visual e auditiva, menor capacidade de locomoção).

Tal como se observa uma grande heterogeneidade no processo de envelhecimento, também existe diversidade na forma de envelhecer com sucesso. O constructo de envelhecimento bem sucedido é bastante complexo (Fonseca, 2005), pelo que também é difícil definir os critérios para se envelhecer com sucesso (Paúl, 1996; citada por Fonseca, 2005). Todavia, frequentemente, o envelhecimento bem sucedido é relacionado com um baixo risco de doença e incapacidade, com um funcionamento físico e mental elevado e com um envolvimento activo na vida. De referir que estes três aspectos se relacionam entre si, sendo que a sua combinação corresponde ao expoente máximo do envelhecimento com sucesso (Rowe & Kahn, 1998; citados por Sequeira, 2005).

A definição de envelhecimento bem sucedido depende da perspectiva teórica a partir da qual se aborda o tema, sendo frequentemente definido por critérios psicossociais e/ou biomédicos. Segundo a abordagem biomédica o envelhecimento bem sucedido resulta do aumento dos anos de vida, conjugado com a inexistência de deterioração física e mental. Os modelos psicossociais salientam a relevância da

satisfação com a vida, da participação e do funcionamento social e dos recursos psicológicos (e.g. auto-eficácia, *coping*) (Bowling & Dieppe, 2005).

É preciso reconhecer a inexistência de um modelo universal de envelhecimento bem sucedido, embora existam diversas variáveis cuja importância para o sucesso do envelhecimento seja inquestionável. Bowling e Dieppe (2005) referem que na perspectiva dos idosos a saúde, os factores psicológicos (e.g. satisfação com a vida), os factores sociais (relações, papéis e actividades sociais) e os recursos económicos estão entre os mais relevantes para uma velhice bem vivida.

De acordo com Baltes e Carstensen (1996; citados por Fonseca, 2005) o envelhecimento bem sucedido depende de dois processos relacionados entre si: 1) a capacidade de adaptação às perdas que ocorrem na terceira idade e 2) a escolha de determinado estilo de vida, que permita a manutenção das capacidades físicas e mentais.

Outros autores elegem a prática de um estilo de vida saudável como essencial para a vivência do envelhecimento com sucesso (Agin & Perkins, 2008; Marquez *et al.*, 2009), marcado por maior longevidade, qualidade de vida, saúde e felicidade. As grandes ameaças ao envelhecimento saudável advêm das doenças (e.g. doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, cancro, osteoporose, demência), sendo que os estilos de vida saudáveis são a melhor forma de prevenir tais patologias. De entre os diversos comportamentos saudáveis, destaca-se a prática de exercício físico e uma alimentação equilibrada. Saliencia-se que o estilo de vida pode acelerar ou atrasar o envelhecimento, e que seguramente determina a forma como se envelhece (Agin & Perkins, 2008). Todavia, apesar da importância do estilo de vida para o envelhecimento com sucesso, a maioria dos idosos parece não seguir um estilo de vida saudável (Marquez *et al.*, 2009).

Na verdade, diversos factores podem fomentar um processo de envelhecimento saudável e promotor de bem-estar. Por exemplo, Margoshes (1995; citado por Fonseca, 2005) considera que ter uma atitude positiva, ter desafios permanentes, manter a estimulação cognitiva, a realização emocional e manter um estilo de vida saudável são os componentes essenciais para um envelhecimento com sucesso. Também Bryant *et al.* (2001) verificaram que os idosos consideram que ter uma atitude positiva em relação a si próprios e à vida é importante para a vivência de um processo de envelhecimento saudável. Em oposição, ter um pensamento derrotista e passivo encontra-se associado a uma percepção de um envelhecimento menos saudável.

Numa investigação qualitativa, os idosos consideraram importante para a vivência de um processo de envelhecimento saudável: 1) a realização de actividades com valor e significado, 2) a existência de recursos adequados (nomeadamente recursos sociais e funcionais) e 3) ter uma atitude positiva. No fundo, os idosos consideravam extremamente vital a manutenção de uma vida activa e independente (Bryant *et al.*, 2001).

Outro dado a destacar, é que a percepção de saúde dos idosos estava fortemente relacionada com a manutenção de actividades significativas e importantes para eles. Apesar da ausência de doenças e limitações físicas ser relevante, os idosos não referiam estes critérios como os únicos na concepção de saúde. Também davam especial atenção à capacidade de se envolverem em actividades e resolverem situações do quotidiano (Bryant *et al.*, 2001). De facto, a valoração do idoso face às suas capacidades/limitações influenciam a percepção de saúde. De referir que a percepção de saúde é um critério importante para o sucesso do envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2001; citados por Fonseca, 2005).

É relevante que o idoso permaneça activo, quer como voluntário, quer aderindo a uma nova actividade (motora e/ou intelectual), ajude os outros, participe em actividades culturais e viagens, pratique exercício físico e invista nas relações sociais (Agin & Perkins, 2008). Destaca-se que a prestação de ajuda aos outros, através do voluntariado, está positivamente relacionada com a felicidade e com a saúde (Borgonovi, 2008). A espiritualidade também pode facilitar um bom envelhecimento, permitindo lidar melhor com situações de perda (e.g. doença, luto) e com a realidade da própria morte (Manciaux, 2003; citado por Fonseca, 2005).

Noutro estudo qualitativo, os idosos destacaram, como variáveis importantes para a sua qualidade de vida, pela positiva: a percepção de realização profissional e pessoal, a existência de laços afectivos familiares, a continuação de uma vida activa com projectos, a abertura social e o investimento religioso; pela negativa: os sentimentos de frustração o isolamento social, os sentimentos de solidão, de abandono e de impotência e a ansiedade face à morte e ao sofrimento/incapacidade (Compagnone, Van & Bouisson, 2007).

Alguns autores consideram que o envelhecimento bem sucedido é uma questão de probabilidade. Se os indivíduos praticarem uma dieta saudável, exercício físico e mental, realizarem actividades agradáveis, tiverem motivação e sentido de auto-eficácia, condições socioeconómicas favoráveis (Fernández-Ballesteros, 2002; citada por Fonseca, 2005), e relações sociais significativas (Fontaine, 2000) apresentam maiores probabilidades de viverem um processo de envelhecimento bem sucedido.

O local onde se vive (e.g. em casa própria/lar; meio rural/urbano) é outro factor com influência no sucesso do envelhecimento. Por exemplo, Paúl (1997; citada por Fonseca, 2005) verificou que os idosos residentes em lares sentiam-se mais sozinhos e insatisfeitos, com um quotidiano monótono e sem esperança ou investimento no futuro. Todavia, demonstraram atitudes mais positivas face ao envelhecimento. Em

contrapartida, os idosos residentes na comunidade apresentavam um bem-estar reduzido e défices no apoio a nível das tarefas quotidianas.

O stresse também se assume como uma variável importante para o envelhecimento. A vivência de estados de stresse crónico é prejudicial, principalmente na terceira idade, acelerando o envelhecimento. O stresse provoca respostas fisiológicas que quando prolongadas tornam-se negativas para a saúde física e mental, pelo que é importante recorrer a estratégias de *coping* adequadas (Agin & Perkins, 2008). Em congruência, entre os diversos factores enumerados como essenciais para um bom envelhecimento encontra-se o *coping*: “(...) envelhecer com sucesso corresponde à adopção de estratégias de *coping* adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento” (Fonseca, 2005, p. 288).

Kanning e Schlicht (2008), por sua vez, dão muita importância ao bem-estar subjectivo como critério central para o envelhecimento com sucesso. Os investigadores argumentam que o envelhecimento com sucesso não se reduz somente à inexistência de doenças, estando muito dependente da capacidade do idoso em promover o seu bem-estar subjectivo.

Bem-estar subjectivo

O bem-estar subjectivo (BES) corresponde a uma avaliação pessoal que cada um faz da sua vida. Essa avaliação situa-se sempre na perspectiva do indivíduo, e é uma avaliação a longo termo, não apenas um estado temporário (Diener, Scollon & Lucas, 2003; Galinha, 2008; Galinha & Ribeiro, 2005).

O BES é constituído por duas dimensões: a dimensão cognitiva, designada de satisfação com a vida; e a dimensão emocional, composta pelos afectos positivos e pelos afectos negativos (Diener *et al.*, 2003; Galinha & Ribeiro, 2005). Em função dos

domínios cognitivo e afectivo forma-se o BES, que se traduz em felicidade quando o indivíduo está satisfeito com a sua vida e vivenciou mais afectos positivos que negativos (Diener & Lucas, 2003; Galinha, 2008; McCullough, Huebner & Laughlin, 2000).

A satisfação com a vida caracteriza-se como uma avaliação pessoal e subjectiva de cada indivíduo sobre o quanto a sua vida está próxima do seu ideal (Pavot & Diener, 1993). Essa avaliação resulta de uma ponderação global que o indivíduo faz sobre a sua vida, podendo incluir diversos domínios (e.g. relações sociais, trabalho, família, condições económicas). Cada pessoa recorre aos critérios que considera importantes, podendo determinado aspecto ser relevante para alguns sujeitos e não para outros (Diener *et al.*, 2003; McCullough *et al.*, 2000; Pavot & Diener, 1993).

Em relação à dimensão emocional, os afectos positivos caracterizam-se pela vivência de sentimentos e emoções agradáveis, como a alegria, o orgulho e o entusiasmo; enquanto os afectos negativos se definem pela vivência de sentimentos e emoções desagradáveis, entre eles a vergonha, a culpa e a tristeza (Diener *et al.*, 2003).

Apesar de não existir unanimidade sobre o assunto, presentemente as investigações indicam que a componente emocional do BES é bidimensional. As emoções positivas e as emoções negativas correspondem a duas dimensões diferentes, não sendo o extremo oposto uma da outra. Entre os argumentos a favor destaca-se: os afectos positivos e negativos são influenciados por diferentes variáveis (Bradburn 1969; citado por Diener *et al.*, 2003) e a presença de emoções positivas não implica a ausência de emoções negativas e vice-versa (MacLeod & Moore, 2000).

Tanto as emoções positivas, como as negativas podem ser funcionais e adaptativas, desde que resultem da reacção e adaptação aos acontecimentos de vida. A vivência crónica de estados de euforia ou de tristeza, indiferentemente aos

acontecimentos de vida é que se torna disfuncional. De facto, mesmo as pessoas mais felizes também vivenciam emoções negativas, ainda que menos frequentemente (Diener *et al.*, 2003).

De referir que os componentes do BES são independentes entre si, sendo o BES um conceito multidimensional (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha, 2008; Simões *et al.*, 2003). Como a satisfação com a vida, as emoções positivas e as emoções negativas referem aspectos diferentes da mesma realidade apresentam-se fortemente correlacionados entre si “sugerindo a necessidade de um factor de ordem superior” – o BES (Galinha & Ribeiro, 2005; p. 211).

O BES corresponde a uma avaliação global que as pessoas fazem da sua vida e é um construto moderadamente estável, que não se modifica radicalmente em função de factores situacionais. De uma forma geral o BES é estável ao longo do tempo e das situações (Diener *et al.*, 2003; Diener, Oishi & Lucas, 2003a; Eid & Diener, 2004; Galinha, 2008; Jesus, 2006). A título de exemplo, num estudo longitudinal de 15 anos, verificou-se que a satisfação com a vida apresenta uma estabilidade moderada. O nível inicial de satisfação demonstrou ser um bom preditor do nível de satisfação com a vida ao longo dos 15 anos de seguimento (Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Honkanen, Viinamaki & Koskenvuo, 2005). No entanto, a estabilidade do BES não significa insensibilidade às mudanças que ocorrem na vida dos indivíduos (Diener *et al.*, 2003; Eid & Diener, 2004), sendo a capacidade de adaptação dos sujeitos determinante nas oscilações do BES (Novo, 2003).

Um pouco à semelhança da realidade referente ao envelhecimento, o conceito de BES tem gerado reflexão desde da antiguidade, ainda que sob a designação de felicidade e através de métodos não científicos. A investigação científica sobre a temática só se iniciou nos anos sessenta (Diener *et al.*, 2003; Diener, Suh & Oishi, 1997). Assim, o estudo do BES é uma área recente, especialmente em Portugal. A

maioria dos estudos sobre o BES é alusiva à realidade norte-americana, sendo que em Portugal as investigações sobre o BES ainda são escassas (Galinha & Ribeiro, 2005; Galinha, 2008).

Cada vez mais se assiste à crescente importância do estudo do BES na terceira idade, sendo que Kanning e Schlicht (2008) opinam que a vivência de elevados níveis de BES é crucial para um envelhecimento com sucesso. Uma das questões que se impõe é sobre os níveis de BES dos idosos, sendo este um assunto longe de concordância (Blanchflower & Oswald, 2008; Griffin, Mroczek & Spiro, 2006; Pinquart, 2001).

Existem indicadores de que a terceira idade é um período de menor BES, devido ao acumular de perdas consecutivas (e.g. viuvez, défices nas capacidades física e cognitiva, menor independência, diminuição da rede social, redução das actividades), conduzindo a uma perda objectiva da qualidade de vida (Pinquart, 2001; Rott, Jopp, D'Heureuse & Becker, 2006). Assim, a vivência de várias perdas, especialmente no caso dos idosos mais velhos, coloca um desafio à sua saúde mental e BES (Rott *et al.*, 2006). Em contrapartida, outros estudos indicam que os idosos mantêm elevados níveis de BES através do aumento da sua maturidade emocional – capacidade de regular eficazmente as emoções (Agin & Perkins, 2008; Pinquart, 2001; Rott *et al.*, 2006).

Com o objectivo de lançar algumas luzes sobre o assunto Pinquart (2001) realizou uma meta-análise, verificando que os idosos demonstravam menos afectos positivos e mais afectos negativos. Noutro estudo, de cariz longitudinal, Griffin *et al.* (2006) observaram que os afectos positivos diminuem com a idade. As emoções negativas demonstram um padrão diferente: até aos 70 anos diminuem, começando a aumentar após esta idade.

Com o avançar da idade diminui a frequência das emoções de grande intensidade (e.g. excitação, raiva, ansiedade), mas aumentam as emoções de menor intensidade (e.g. depressão, solidão, sentir-se relaxado). É provável que esta alteração no padrão de intensidade das emoções resulte de uma menor reactividade emocional dos idosos, do aumento das perdas e do aumento do tempo passado sozinhos e sem ocupação. De facto, as perdas que geralmente afectam os indivíduos mais idosos dificultam a promoção do BES (Pinquart, 2001).

Conjugando os dados disponíveis, alguns autores defendem que a maior capacidade para regular as emoções, resultante da maturidade emocional, poderá favorecer o BES até determinado ponto. Todavia, é também possível que esta capacidade não seja suficiente para compensar o efeito negativo das perdas nos idosos mais velhos (Griffin *et al.*, 2006; Pinquart, 2001).

Contrariamente, Ross e Mirowsky (2008) referem que os idosos reportam mais emoções positivas do que negativas. Por um lado, os dados suportam a perspectiva da maturidade emocional, ou seja, os idosos apresentavam mais emoções positivas do que negativas. Por outro lado, também se comprovou o declínio da intensidade das emoções, pois os idosos reportavam mais emoções passivas (e.g. tristeza, vergonha, serenidade) do que activas (e.g. ansiedade, raiva, orgulho), quer as emoções pertençam à dimensão positiva ou negativa. Assim, as emoções mais reportadas pelos idosos são as emoções positivas passivas (e.g. serenidade, contentamento).

Em relação à componente cognitiva do BES, a literatura também ainda não oferece uma resposta definitiva sobre a variância da satisfação com a vida na terceira idade. Tradicionalmente defende-se que a satisfação com a vida não diminui na velhice, criando um paradoxo teórico. Com o avançar da idade começam a acumular-se perdas consecutivas, comprometendo a qualidade de vida. Neste sentido seria de esperar que a satisfação com a vida também diminuísse (Schilling, 2006).

Num estudo realizado por Schilling (2006) observou-se uma elevada estabilidade da satisfação com a vida, quer nos sujeitos mais novos, como nos idosos. Assim, os indivíduos de todas as idades demonstram elevada estabilidade da satisfação com a vida. No entanto, observou-se uma ligeira diminuição da satisfação com a vida nos idosos mais velhos, principalmente as pessoas com idade superior aos 70 anos.

Noutro estudo, com uma amostra alargada, também se verificou que a maioria dos idosos estava satisfeita com a sua vida. Todavia, existiam diferenças significativas entre os idosos mais jovens e os mais velhos, com prejuízo para os últimos. Observou-se um decréscimo do BES nos idosos mais velhos, sendo que a partir dos 80 anos verifica-se uma notória diminuição do bem-estar, particularmente da satisfação com a vida e das emoções positivas. As emoções negativas revelam uma relativa estabilidade ao longo da velhice. Esse declínio do BES resulta, em parte, do agravamento das condições de saúde, nomeadamente devido ao acréscimo de défices funcionais e da multimorbilidade. Os autores postulam que a acumulação de diversas perdas (e.g. saúde, relações sociais, défices funcionais) torna-se cada vez mais difícil de gerir, contribuindo para um menor BES (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002).

De facto, os dados são inconclusivos. Por exemplo, Diener *et al.* (1999) indicam que não existe diferenças na satisfação com a vida entre sujeitos idosos e jovens. No entanto, Blanchflower e Oswald (2008) observaram uma relação entre a felicidade e a idade em forma de U, atingindo-se o pico mínimo no período da meia-idade, enquanto numa investigação nacional verificou-se que a meia-idade não está necessariamente relacionada com níveis de BES mais baixos (Lima *et al.*, 2001).

O BES assume-me como extremamente importante por diversas razões. A título de exemplo, os indivíduos felizes resolvem melhor os problemas, desenvolvem relações sociais mais profundas, são mais resilientes ao stresse (Frisch, 2000; citado

por Park, 2004) e estão mais motivados para a adopção de estratégias de *coping* adaptativas (Diener & Diener, 1996; citados por McCullough *et al.*, 2000). Em contrapartida, perante baixos níveis de BES o sujeito fica exposto a consequências negativas (McCullough *et al.*, 2000), estando mais susceptível de sofrer problemas psicológicos e sociais. Assim, o BES funciona como protector nos momentos mais desgastantes e ameaçadores (Park, 2004). Já Kanning e Schlicht (2008) dizem que o BES é essencial para o envelhecimento com sucesso.

Outra razão indicadora da importância do BES, é o facto dos sujeitos com maiores níveis de BES demonstrarem melhor saúde física e mental (Frisch, 2000; citado por Park, 2004). De facto, o BES parece influenciar a saúde dos sujeitos (Barak, 2006), sendo que os indivíduos satisfeitos com a sua vida tendem a sofrer menos problemas de saúde do que os indivíduos insatisfeitos com a vida (Parker *et al.*, 1992; cit in Tsaoasis, Nikolaou, Serdaris & Judge, 2007). Na verdade, as pessoas felizes vivem mais tempo e com mais saúde (Agin & Perkins, 2008).

Estudos de meta-análise permitiram apurar que os níveis de BES promovem a saúde física (avaliada através de indicadores biomédicos) e a longevidade. De entre os diversos indicadores de saúde física, o BES demonstrou estar fortemente relacionado com um melhor funcionamento do sistema imunitário e maior capacidade de tolerância à dor. Também se constatou que, em situações de doença crónica, níveis de BES mais elevados favorecem um melhor controlo da sintomatologia, uma progressão da doença mais lenta e um maior período de sobrevivência (Howell, Kern & Lyubomirsky, 2007).

De facto, a literatura indica que a felicidade promove a saúde. Outra meta análise permite retirar conclusões semelhantes: níveis mais elevados de felicidade favorecem a longevidade. Inclusive, em vários anos. Todavia, somente no caso dos indivíduos saudáveis. No caso das pessoas doentes a felicidade não prediz a

longevidade. Neste sentido, opina-se que a felicidade actua como um factor protector face à doença. Contudo, quando se sofre de uma doença grave o efeito positivo da felicidade desaparece (Veenhoven, 2008).

De entre os dois componentes dos BES, a componente emocional tem despertado especial atenção. Em traços gerais é aceite que as emoções positivas influenciam positivamente o sistema imunitário, enquanto as emoções negativas estão associadas a um pior funcionamento fisiológico (Barak, 2006; Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000), sobretudo na infância e na terceira idade, quando a vulnerabilidade biológica é superior (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002).

De facto, as emoções positivas estão relacionadas com melhor saúde física, menor mortalidade e percepção de menos sintomatologia e dor (Cohen & Pressman, 2006). No caso concreto dos idosos, os dados apontam para uma relação entre as emoções positivas e maior longevidade. Por sua vez, as emoções negativas contribuem para a desregulação do sistema imunitário e endócrino, promovendo o desenvolvimento de determinadas doenças (e.g. doenças cardíacas) e o aumento do risco de mortalidade (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002).

Todavia, de acordo com a perspectiva funcionalista a literatura indica que tanto as emoções positivas, como as negativas podem ser benéficas e prejudiciais para a saúde. Por exemplo, a influência de determinada emoção na adopção de comportamentos saudáveis depende das características contextuais e da intensidade dessa emoção. De referir que a ansiedade tanto está relacionada com comportamentos nocivos (e.g. fumar, consumo de álcool, comer em excesso), como está relacionada com comportamentos benéficos para a saúde (e.g. ir ao médico, realização de exames). Ainda assim, é mais frequente associar positivamente as emoções positivas e negativamente as emoções negativas à saúde (Consedine & Moskowitz, 2007).

Salienta-se que o efeito das emoções na saúde pode-se exercer por diversas vias. Directamente, quando determinado estado emocional implica alterações fisiológicas com consequências na saúde. Indirectamente, quando as emoções interferem na adopção de determinados comportamentos: estilo de vida saudável, percepção de sintomas, ir ao médico, realização de exames e adesão terapêutica. No entanto, actualmente ainda não conhece concretamente a forma como cada emoção influencia a saúde (Consedine & Moskowitz, 2007).

De facto, persiste a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a influência das emoções na saúde, que ainda apresenta muitas lacunas (Cohen & Pressman, 2006; Consedine & Moskowitz, 2007; Salovey *et al.*, 2000). Inclusive, Kiecolt-Glaser *et al.* (2002) argumentam que esta é uma área bastante recente, referindo a insuficiência de estudos sobre a felicidade e a saúde.

As tentativas de explicação do BES desembocaram em dois grandes modelos teóricos: o *bottom-up* e o *top-down*. As teorias *bottom-up* defendem a existência de necessidades básicas e universais, que quando são preenchidas permitem que o indivíduo seja feliz. Assim, consideram as variáveis sociodemográficas como as principais preditoras do BES (Diener *et al.*, 1999; Jesus, 2006). Todavia, a literatura tem indicado que tais variáveis (e.g. sexo, idade, raça, estado civil, escolaridade, nível sócio-económico) explicam uma pequena percentagem da variância do BES (Diener *et al.*, 1997; Diener *et al.*, 1999; Diener & Lucas, 2003; Galinha, 2008; Lima *et al.*, 2001; Tkach & Lyubomirsky, 2006).

Ainda assim, dentro das variáveis sociodemográficas, salienta-se que o estado civil consiste num factor importante, nomeadamente porque está relacionado com o suporte social, uma das principais variáveis explicativas do BES. As pessoas casadas ou a coabitarem com o cônjuge demonstram maior BES, do que os sujeitos divorciados, viúvos ou que vivem sozinhos (Argyle, 2003; Galinha, 2008).

Outra variável a destacar é a capacidade económica. Os países economicamente menos desenvolvidos evidenciam um nível de BES menor, verificando-se o inverso nos países mais ricos (Diener *et al.*, 1997; Diener & Biswas-Diener, 2002; Diener & Suh, 2003). Contudo, julga-se que a influência do dinheiro não é muito importante, excepto quando as necessidades básicas estão em risco. Quando essas necessidades estão satisfeitas o dinheiro passa a explicar pouco da variância do BES (Argyle, 2003; Diener *et al.*, 1997; Diener & Biswas-Diener, 2002; Galinha, 2008).

As teorias *top-down*, que predominam actualmente, pressupõem que a variância dos níveis de BES depende das características individuais que determinam a forma como os acontecimentos são percebidos. Assim, a personalidade é considerada a principal variável preditora do BES, sendo que os níveis de felicidade dependem da interpretação do sujeito face aos acontecimentos de vida (Diener *et al.*, 1999; Diener & Lucas, 2003; Jesus, 2006; Lima *et al.*, 2001). De facto, Diener *et al.* (1997) referem que para além dos indivíduos com níveis de BES mais elevados vivenciarem objectivamente mais acontecimentos positivos, também tendem a interpretar como positivos outros acontecimentos de cariz neutro ou ambíguo.

Os traços de personalidade destacam-se como uma das variáveis mais influentes (Diener *et al.*, 2003a; Jesus, 2006; Tkach & Lyubomirsky, 2006) e consistentes (Diener *et al.*, 1999) na explicação da variância do BES. Os estudos realizados sobre o BES e a personalidade, avaliada através do Modelo dos *Big Five*, confirmam essa realidade. A extroversão e o neuroticismo assumem-se como os principais traços explicativos do BES, principalmente dos afectos positivos e dos afectos negativos, respectivamente (Diener & Lucas, 2003; Griffin *et al.*, 2006). Os restantes traços de personalidade apresentam uma pequena correlação com as medidas do BES (Diener & Lucas, 2003). Aliás, alguns autores referem que é provável que a amabilidade e a conscienciosidade influenciem o BES mediante factores

contextuais. Assim, o seu poder preditivo advém das recompensas decorrentes do indivíduo ter esses traços de personalidade (Diener *et al.*, 1997).

Todavia, apesar dos traços de personalidade serem fortes preditores não explicam a totalidade da variância do BES. Inclusive, é redutor considerar os traços de personalidade como a única variável relevante no estudo dos factores determinantes do BES, sendo vital identificar e estudar outros factores. Assim, é errado tentar encontrar uma única causa para o BES, sendo que este advém da interacção complexa de vários factores (Diener, 1996; Diener *et al.*, 1999).

A literatura aponta para a influência de diversas variáveis no BES, incluindo factores contextuais e factores intraindividuais como preditores do bem-estar. Neste sentido, actualmente os modelos teóricos do BES começam a apresentar uma abordagem integradora, reconhecendo que quer a personalidade, quer as condições externas afectam a avaliação do BES, ainda que com pesos diferentes. No fundo existem inúmeros factores explicativos do BES. É necessário reconhecer a inexistência de universalidade de um modelo teórico em relação ao BES, sendo vital compreender que é um fenómeno de natureza global e dinâmica (Galinha, 2008).

Independentemente da importância dos traços de personalidade é necessário referir que o BES é influenciado por inúmeras variáveis, tais como: a cultura (Diener *et al.*, 2003a), o suporte social, as competências sociais, a percepção de sucesso (Argyle, 2003; Carr, 2004), a auto-estima, os valores e metas pessoais (Diener *et al.*, 1997; Diener & Suh, 2003; Lima *et al.*, 2001), o optimismo (Diener & Lucas, 2003) e as características sociodemográficas (McCullough *et al.*, 2000). Inclusive, constatou-se que o BES é determinado quer por factores genéticos, quer por factores ambientais (Diener *et al.*, 1999; Galinha, 2008; Roysamb, Harris, Magnus, Vitterso & Tambs, 2002).

Outra variável apontada pela literatura como importante para o BES é a saúde, sendo particularmente forte a relação entre o BES e a saúde mental (Dolan, Peasgood & White, 2008; Galinha, 2008). A relação entre estas variáveis parece ser bilateral, ou seja, o BES influencia a saúde, mas esta também contribui para a variância dos níveis de BES, transparecendo uma relação muito complexa (Dolan *et al.*, 2008; Howell *et al.*, 2007).

Diversos estudos indicam que o estado de saúde física influencia os níveis de BES, ou seja, desfrutar de boa saúde promove a felicidade (Gerdtham & Johannesson, 2001; Howell *et al.*, 2007; Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale & Harris, 2003; Simões *et al.*, 2003), especialmente no caso dos idosos (Argyle, 2003).

A percepção de saúde dos idosos influencia directamente os níveis de BES. Os indivíduos que se percebem como mais saudáveis apresentam níveis de felicidade mais elevados. No sentido oposto, os idosos que reportaram mais problemas de saúde (e.g. défices visuais e auditivos, défices na mobilidade, perda de força) evidenciaram níveis de BES mais baixos (Celso, Ebener & Burkhead, 2003; Griffin *et al.*, 2006; Zhang, Huang, Ye & Zeng, 2008). De referir que a saúde torna-se ainda mais relevante para os idosos mais velhos (Smith *et al.*, 2002).

Todavia, a relação entre a saúde e o BES enfraquece consideravelmente quando se utilizam medidas objectivas de saúde (e.g. exame médico) (Watten *et al.*, 1997; citados por Diener *et al.*, 1999). Parece que o estado de saúde física não influencia directamente os níveis de BES. A percepção que o indivíduo tem da sua saúde é que é relevante para o BES (Diener *et al.*, 1999; Galinha, 2008). Ainda assim, convém recordar que os indicadores objectivos da saúde estão relacionados com a saúde subjectiva, influenciando-a (Arnold, Ranchor, Koeter, Jongste & Sanderman, 2005; Murberg, Bru, Svebak, Aarsland & Dickstein, 1997).

Em relação à saúde mental, Lu e Shih (1997) verificaram que a saúde mental influencia os níveis de BES. O estudo demonstrou que quanto mais sintomatologia psicopatológica os sujeitos evidenciam, mais baixos eram os seus níveis de felicidade. Em congruência, Arrindell, Nieuwenhuizen e Luteijn (2001) constataram que a satisfação com a vida dos pacientes psiquiátricos era significativamente inferior em relação aos níveis reportados por indivíduos sem perturbações psiquiátricas.

A participação em actividades significativas também promove o BES, tornando-se particularmente relevante quando se enquadra na prossecução de objectivos pessoais, de forma autónoma e realista (Cantor & Sanderson, 2003). De facto, os objectivos pessoais são importantes para o BES, pelo que os idosos que estabelecem objectivos pessoais tendem a demonstrar maior nível de felicidade (Dubé, Lapierre, Bouffard & Alain, 2007; Kanning & Schlicht, 2008; Lapierre, Bouffard, Dubé, Labelle & Bastin, 2001) e a vivência de um envelhecimento com sucesso (Kanning & Schlicht, 2008). A definição de objectivos atingíveis está associada com níveis de BES mais elevados, enquanto o estabelecimento de objectivos distantes e/ou difíceis relaciona-se com níveis mais baixos de BES (Emmons, 1992; citado por Diener *et al.*, 1997). Consequentemente alguns autores opinam ser essencial desenvolver programas para ajudar os idosos a estabelecerem e planearem a execução de objectivos pessoais, potenciando o seu BES (Dubé *et al.*, 2007; Lapierre *et al.*, 2001), sendo que este tipo de programas apresenta resultados positivos (e.g. Dubé *et al.*, 2007).

A ocupação do tempo livre consiste noutra factor determinante do nível de BES, sendo que a prática de desporto ou a participação em clubes ou em voluntariado favorece os afectos positivos. Outra actividade bastante popular, ver televisão, só tem uma fraca influência positiva na componente afectiva, embora quando em excesso passa a ter um efeito negativo no BES (Argyle, 2003).

O *coping* também se assume como uma variável relacionada com o BES (Lever, Piñol & Uralde, 2005), sendo que Moos e Holahan (2003) consideram que o *coping* influencia o bem-estar dos indivíduos. Os estilos de vida saudáveis também contribuem para níveis superiores de BES (Ribeiro & Cruz, 2008). No entanto, à semelhança do que acontece com o conceito de *coping*, existem muitas lacunas na compreensão da influência do estilo de vida no BES, particularmente no caso dos idosos.

Coping

Existem inúmeras definições do conceito de *coping*, consoante as várias abordagens teóricas (Livneh & Martz, 2007). Todavia, a definição mais conhecida caracteriza o *coping* como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com as exigências internas e externas das situações avaliadas como stressantes (Lazarus & Folkman, 1984; citados por Folkman & Moskowitz, 2004). São considerados factores de stresse, os estímulos avaliados como ameaçadores, excedendo os recursos pessoais e colocando desafios a vários níveis, desde da integridade pessoal a objectivos profissionais (Hardie, 2005).

O processo de *coping* pode ser abordado numa perspectiva disposicional ou numa perspectiva contextual. A abordagem disposicional considera o *coping* como uma tendência do indivíduo em reagir de determinada forma perante um factor de stresse. A abordagem contextual refere-se às estratégias de *coping* que o indivíduo utiliza face a uma situação de stresse específica. Enquanto a abordagem disposicional destaca a existência de factores estáveis, particularmente os traços de personalidade, a perspectiva contextual centra a ênfase nos factores situacionais, características da situação (Moos & Holahan, 2003).

No entanto, convém referir que as respostas de *coping* situacional nem sempre correspondem aos estilos de *coping* gerais (Moos & Holahan, 2003). De facto, para além da influência do *coping* disposicional no *coping* contextual, este último também é determinado por outras variáveis situacionais, como as avaliações cognitivas sobre o acontecimento stressante específico (Bouchard *et al.*, 2004).

Tradicionalmente tem-se dado maior relevância à perspectiva situacional, defendendo-se a importância dos factores contextuais na adopção das respostas ao acontecimento stressante. No entanto, tal como referido anteriormente, existe evidência (Bishop *et al.*, 2001) de que os recursos de *coping* do sujeito são anteriores ao acontecimento stressante, sendo estáveis ao longo dos vários contextos. Além disso, os recursos de *coping* e a personalidade influenciam a avaliação do indivíduo sobre o acontecimento. Outro argumento prende-se com a experiência adquirida ao longo das várias situações de stress pelas quais o sujeito já passou. De facto, as pessoas não abordam uma situação específica de stress como “tábua rasa”, isto é, já trazem conhecimentos e experiências anteriores. Assim, cada indivíduo começa a evidenciar preferência por certas estratégias, generalizando-as e tornando-as estáveis ao longo do tempo e das situações (Bouchard *et al.*, 2004; Graziani & Swendsen, 2007). A investigação de Dolan e White (1988, citados por Graziani & Swendsen, 2007) reforça esta perspectiva, demonstrando que as pessoas recorrem a estratégias de *coping* relativamente repetitivas face a diferentes acontecimentos stressantes do quotidiano.

As abordagens disposicional e contextual apresentam algumas divergências, embora não sejam antagónicas. Actualmente, considera-se que ambas se complementam, ajudando a compreender o processo de *coping* sob diferentes prismas. Essa é a ideia central do modelo de Moo e Holahan (2003), um modelo integrativo das perspectivas disposicionais e contextuais. Os autores advogam que o

coping é influenciado mutuamente por factores estáveis (e.g. traços de personalidade) e por factores contextuais (e.g. situação stressante em causa).

Em congruência, uma investigação demonstrou como os dois tipos de *coping* são complementares, verificando-se que o *coping* disposicional e o *coping* contextual estão positivamente correlacionados (Bouchard *et al.*, 2004). Inclusive, existem indicações que o *coping* também é determinado, em parte, por factores genéticos (Taylor & Stanton, 2007).

Apesar de profundamente estudado ainda não existe unanimidade na compreensão da estrutura do *coping*, verificando-se a existência de diversos modelos (Antoniazzi *et al.*, 1998).

Segundo o modelo de Folkman e Lazarus (1980; citados por Antoniazzi *et al.*, 1998), denominado de Modelo de Processamento de Stresse e *Coping*, o *coping* é considerado um processo de interacção do indivíduo com o ambiente, cuja função é permitir a adaptação às situações indutoras de stresse. O processo de *coping* consiste numa avaliação cognitiva da situação, que se divide em dois momentos. Inicialmente, a avaliação incide sobre qual o risco/ameaça que o factor de stresse impõe. A avaliação secundária é relativa aos recursos disponíveis para lidar com o problema. Após a avaliação inicia-se o processo de resposta, através da utilização de estratégias cognitivas e comportamentais, divididas em duas categorias: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. De referir que esta teoria aborda o *coping* numa perspectiva situacional, colocando a ênfase na situação em causa (Graziani & Swendsen, 2007).

A título de exemplo, outra teoria, o Modelo Socio-contextual da Resolução dos Problemas Quotidianos, centra a ênfase na esfera social em que surgem os acontecimentos stressantes e as respostas de *coping*. Dá-se especial destaque à esfera social mais próxima, como a família, os amigos e os colegas. Assim, o contexto

social desempenha um papel muito relevante, quer na percepção dos problemas, quer no estilo de *coping* utilizado (e.g. estratégias individuais *versus* estratégias de colaboração entre sujeitos) (Berg, Meegan & Deviney, 1998).

Em função da grande variedade de possíveis respostas face a uma situação stressante, podem-se inventariar inúmeras estratégias de *coping* (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Na verdade, o *coping* engloba diversas estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais direccionadas para lidar com os factores de stresse internos e externos (Livneh & Martz, 2007). Assim, existe muita discordância relativamente ao número de estratégias de *coping* existentes (Graziani & Swendsen, 2007).

Classicamente as estratégias de *coping* dividem-se em dois grupos: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema engloba as estratégias de resolução de problemas; enquanto o *coping* focado na emoção, centra-se na gestão das emoções resultantes da situação de stresse, tendo como objectivo diminuir o impacto das emoções negativas (Folkman & Lazarus, 1980; citados por Folkman & Moskowitz, 2004; Graziani & Swendsen, 2007). Por exemplo, o envolvimento em actividades de distração, negação ou o recurso a drogas, enquadram-se no *coping* centrado na emoção (Folkman & Lazarus, 1980; citados por Folkman & Moskowitz, 2004).

Actualmente também é consensual categorizar o *coping* em: focado no problema, focado na emoção e focado no evitamento (Zeidner & Endler, 1996; citados por Carr, 2004). Verificam-se, ainda, outras conceptualizações de *coping*: o directo – aproximação ao factor de stresse, em contraste com o de evitamento (Suls & Fletcher, 1985; citados por Taylor & Stanton, 2007), o focado na procura de significado, englobado estratégias cognitivas de procura de significado em relação ao acontecimento stressante (Park & Folkman, 1997; citados por Folkman & Moskowitz,

2004) e o focado na procura de suporte social (Carver *et al.* 1989, citados por Folkman & Moskowitz, 2004).

Pode-se observar outro exemplo das possíveis categorias de *coping* num levantamento realizado por Skinner *et al.* (2003; citados por Skinner & Zimmer-Gemback, 2007), que sintetizaram as diversas estratégias de *coping* encontradas em 12 categorias: resolução de problemas, procura de informação, desespero, fuga, autoconfiança, procura de suporte, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição.

A eficácia das diversas estratégias de *coping* não é um tema linear, pois não são inerentemente boas ou más (Graziani & Swendsen, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; citados por Folkman & Moskowitz, 2004; Livneh & Martz, 2007). Determinado estilo de *coping* pode ser eficaz numa situação, mas não o ser noutra. Por exemplo, estratégias de *coping* focadas na resolução de problemas são mais eficazes em acontecimentos controláveis (e.g. exames escolares), do que em situações incontroláveis. Em contrapartida, em situações que oferecem pouco controlo (e.g. luto) tendem a ser mais eficazes os estilos de *coping* centrados nas emoções (Carr, 2004; Folkman & Moskowitz, 2004).

As estratégias de *coping* podem, por isso, ser divididas em funcionais e disfuncionais em todas as categorias. Por exemplo, ao nível do *coping* focado no problema destacam-se as seguintes estratégias como funcionais: procura de informação, procura de ajuda, elaborar planos de acção realistas, colocá-los em prática e manter uma visão optimista. Em contrapartida, não aceitar a responsabilidade na resolução do problema, elaboração de planos de acção irrealistas ou apresentar uma visão pessimista são estratégias disfuncionais (Carr, 2004).

Ao nível das estratégias adequadas do *coping* focado na emoção pode-se enumerar: manutenção de suporte social, humor e prática de exercício físico. Contudo,

estratégias como manter relações sociais destrutivas, negação contínua, uso de drogas e álcool, enquadram-se no *coping* focado nas emoções disfuncional (Carr, 2004).

Por fim, a estratégia de evitamento é positiva quando o indivíduo recorre a estratégias de distração momentâneas (e.g. concentrar-se na música para se descentrar de dores; distanciar-se dos problemas laborais após a hora de expediente). Contudo, quando se utilizam as estratégias de evitamento a longo termo, evitando o enfrentamento e a resolução do problema, estas tornam-se disfuncionais (Carr, 2004). Inclusive, o *coping* de evitamento poderá contribuir para o surgimento de mais factores de stresse (Taylor & Stanton, 2007), pelo que somente se apresenta como adaptativo quando utilizado a curto termo e em situações incontroláveis (Suls & Fletcher, 1985; citados por Taylor & Stanton, 2007).

Os traços de personalidade são uma variável relevante para o *coping*, especialmente os cinco traços de personalidade considerados na Teoria dos *Big Five* (Moos & Holahan, 2003). O neuroticismo encontra-se negativamente relacionado com a resolução de problemas e positivamente associado ao evitamento. A extroversão relaciona-se positivamente com a resolução de problemas, enquanto a abertura à experiência e a amabilidade correlacionam-se negativamente com o evitamento. Por fim, a conscienciosidade relaciona-se com a resolução de problemas e negativamente com o evitamento. Para além disso, os autores referem que os cinco traços de personalidade são relevantes na predição, quer do *coping* disposicional, quer do *coping* situacional, sendo a conscienciosidade o traço de personalidade mais relevante (Bouchard *et al.*, 2004).

O estudo do *coping* na velhice é relevante por diversos motivos (Greenglass, Fiksenbaum & Eaton, 2006). Primeiro, porque a redução dos níveis de stresse favorece a longevidade, a saúde e a qualidade de vida (Agin & Perkins, 2008),

segundo porque a terceira idade vem acompanhada pelo surgimento de perdas e défices nas mais diversas áreas da vida (Greenglass *et al.*, 2006; Rothermund & Brandtstadter, 2003), favorecendo a vivência de situações de stresse.

Numa investigação qualitativa sobre o *coping* no quotidiano de idosos, verificou-se que os indivíduos com maior nível de independência funcional recorriam ao *coping* activo, principalmente estratégias de resolução de problemas. Outra estratégia utilizada era o *coping* adaptativo, aceitando as ajudas disponíveis. Todavia, alguns idosos evidenciavam estratégias de *coping* passivo, relegando para as outras pessoas o controlo das suas vidas, quer na tomada de decisões, quer na realização de tarefas diárias. Geralmente os idosos que reportavam o *coping* passivo eram sujeitos cuja saúde se tinha deteriorado bastante e necessitavam de ajuda nas actividades quotidianas. De referir que os idosos que recorriam ao *coping* adaptativo e passivo utilizavam mais as estratégias centradas nas emoções (Dunér & Nordstrom, 2005).

O Modelo da Selectividade, Optimização e Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990; citados por Ouwehand, Ridder & Bensing, 2007), descreve os processos de *coping* face às múltiplas alterações ao longo do *life-span* que possam ameaçar os objectivos pessoais e postula que o envelhecimento com sucesso não resulta da inexistência de perdas na terceira idade, mas da forma como os sujeitos lidam com essas perdas. Assim, estratégias como a optimização (reunião dos recursos necessários) e a compensação (estratégias que permitem compensar as perdas ocorridas) são particularmente importantes para o sucesso do envelhecimento (Ouwehand *et al.*, 2007).

Todavia, as perdas que se verificam ao longo do envelhecimento colocam muitas vezes em causa os recursos de *coping* necessários para a implementação destas estratégias (Ouwehand *et al.*, 2007; Rothermund & Brandtstadter, 2003). Verifica-se uma relação em forma de U invertido entre as estratégias compensatórias e a idade.

Até aos 70 anos ocorre um aumento do *coping* compensatório para lidar com as crescentes dificuldades. A partir desta idade inicia-se uma redução destas estratégias. Uma das razões é que as estratégias compensatórias já não são suficientes, como anteriormente, para compensarem os défices sentidos. Outra razão é que a crescente perda de recursos de *coping* torna cada vez mais difícil implementar as estratégias compensatórias (Rothermund & Brandtstadter, 2003).

Na verdade, a partir dos 60 anos inicia-se um aumento gradual da percepção de défices e perdas, tornando-se mais evidentes na oitava década de vida. Assim, em idades mais avançadas (a partir dos 70 anos), os idosos recorrem mais ao *coping* de acomodação em detrimento do *coping* de *assimilação* (estratégias de compensação), ou seja, verifica-se um reajustamento (diminuição) das expectativas e objectivos dos sujeitos. Desta forma, os idosos conseguem manter a satisfação com as suas capacidades de performance (Rothermund & Brandtstadter, 2003).

Outra perspectiva, de cariz preventivo, defende a importância do *coping* pró-activo no envelhecimento com sucesso. O *coping* pró-activo prevê o desenvolvimento de esforços activos na antecipação e prevenção de futuros factores de stresse, minimizando ou suprimindo os seus efeitos negativos (Bode, Ridder & Bensing, 2006; Ouwehand *et al.*, 2007; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008). Inclusive, existem programas de promoção do envelhecimento com sucesso através do *coping* pró-activo (e.g. Bode *et al.*, 2006).

Outro dos indicativos da importância do *coping* é a sua relação com o BES, já que o *coping* explica 53% da variação da satisfação com a vida (Clement & Nilsson-Schonnensson, 1998; citados por Lever *et al.*, 2005), sendo que os indivíduos com níveis de BES mais elevados tendem a recorrer a estratégias de *coping* positivas, tais como: resolução de problemas, encontrar o lado positivo da situação e procurar ajuda. No sentido oposto, geralmente os sujeitos menos felizes tendem a utilizar estratégias

de *coping* negativas (e.g. fantasia, culpar-se a si próprio ou terceiros, estratégias de evitamento do problema) (McCrae & Costa, 1986; cit in Diener *et al.*, 1997). Todavia, ainda não se esclareceu se o recurso a estratégias de *coping* mais adaptativas é causa ou efeito dos níveis de BES (Diener *et al.*, 1997).

Na terceira idade verifica-se que o *coping* activo e de reavaliação positiva promove a satisfação com a vida e os afectos positivos, enquanto o *coping* de evitamento favorece a afectividade negativa e contribui para a diminuição dos afectos positivos. De referir que o poder preditivo das estratégias de *coping* revela-se mais forte na dimensão cognitiva do BES (Gueda, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Gueda, 2006).

No sentido oposto, verifica-se que o *coping* se apresenta relacionado com a sintomatologia depressiva. O *coping* de evitamento influencia positivamente a sintomatologia depressiva, enquanto o *coping* focado no problema contribui para a sua diminuição (Bruder-Mattson & Hovanitz, 1990).

Alguns estudos também têm revelado uma relação entre o *coping* utilizado pelos idosos e a depressão. Observou-se que os idosos que recorriam mais a estratégias de aceitação, ruminação e pensamentos catastróficos apresentavam mais sintomas depressivos. Em contrapartida, os indivíduos que utilizam mais o *coping* de reavaliação positiva demonstravam menos sintomas depressivos. Salienta-se que entre as diversas estratégias avaliadas, a aceitação e a reavaliação positiva assumiram-se como as mais relevantes (Kraaij, Pruyboom & Garnefski, 2002). Por sua vez, Greenglass *et al.* (2006) verificaram uma relação negativa entre o *coping* pró-activo e a depressão na terceira idade.

Como já foi dito, as estratégias de *coping*, entre os idosos, influenciam a saúde física. Por exemplo, a ruminação prediz negativamente a percepção dos idosos sobre a sua saúde, sendo esta relação mediada pelos afectos negativos (Thomsen *et al.*,

2004). O *coping* pró-activo relaciona-se negativamente com os défices na capacidade funcional dos idosos. De referir que tais défices estão associados a índices mais elevados de problemas de saúde (Greenglass *et al.*, 2006).

O papel do *coping* na saúde também passa pela mediação da relação entre o stresse e a saúde. De referir que o stresse crónico produz efeitos negativos na saúde. Por exemplo, implica a libertação prolongada de determinadas hormonas, que favorecem a formação de radicais livres, acelerando o envelhecimento. Consequentemente, o *coping* parece ser importante para um envelhecimento saudável (Agin & Perkins, 2008). Outro estudo indicou que o stresse prolongado (resultante de cuidar do cônjuge com Alzheimer) está relacionado com a diminuição da sensibilidade do receptor β_2 -adrenérgico, o que favorece problemas de saúde, tais como menor funcionamento do sistema imunitário, hipertensão ou doenças cardiovasculares (Mausbach *et al.*, 2008). Assim, é necessário adoptar estilos de *coping* adaptativos, para minimizar o efeito do stresse na saúde (Agin & Perkins, 2008; Mausbach *et al.*, 2008).

No entanto, é preciso recordar que o *coping* é um conceito bastante lato, pelo que as anteriores investigações referem uma relação do *coping* com o BES e a saúde, mas reportando-se a estratégias de *coping* específicas. Permanece, então, a questão se são somente essas estratégias as relevantes para o BES e saúde, ou outras estratégias também são importantes.

Estilos de vida

Os estilos de vidas são um conceito utilizado em diversas áreas, tais como as ciências sociais ou as ciências da saúde (Abel, 1991; citado por Uitenbroek, Kerekvská & Festchieva, 1996). Este conceito representa um padrão de comportamentos que constituem os hábitos característicos de um indivíduo ou grupo (Dean, Colomer &

Pérez-Hoyos, 1995; Ramírez-Hoffmann, 2002), ou seja, corresponde à forma de viver das pessoas (Dean *et al.*, 1995).

Os estilos de vida resultam da multidimensionalidade dos indivíduos (Backett & Davison, 1995). Neste sentido, são influenciados por diversos factores, como as opções disponíveis, as escolhas em função das normas sociais e a sua individualidade (Cockerham, 2000). Por exemplo, a nível da alimentação, cada pessoa tem acesso a determinados alimentos e dentro desse universo escolhe os que deseja consumir. Assim, o estilo de vida é um fenómeno sócio-cultural, pois os padrões comportamentais advêm da conjugação dos valores e crenças do indivíduo com as oportunidades dos contextos sociais e económicos (Dean *et al.*, 1995).

São diversos os comportamentos que podem incluir o estilo de vida dos indivíduos, como a alimentação, a higiene, o consumo de tabaco e álcool, a prática de desporto/sedentarismo, os hábitos de sono, ou a sexualidade (Ramírez-Hoffmann, 2002). Todavia, as investigações têm-se centrado mais em quatro comportamentos: consumo de álcool, de tabaco, prática de exercício físico e alimentação; pelo que por vezes os estilos de vida são definidos nestes quatro factores (Dean *et al.*, 1995).

O estilo de vida é um conceito de extrema importância. A título de exemplo, Agin e Perkins (2008) elegem os estilos de vida como o determinante fundamental para se alcançar maior longevidade, saúde e felicidade. Outro factor revelador da importância dos estilos de vida é o seu papel proeminente na saúde e na doença. Por exemplo, o consumo de tabaco e o sedentarismo diminuem a esperança média de vida e a qualidade da mesma. Em oposição, o exercício físico ajuda a manter as capacidades funcionais dos indivíduos, mesmo em idades avançadas (Manton, 1989).

Em relação à relevância dos estilos de vida na terceira idade, Paúl (2005) defende que é um factor com muita influência nos processos de envelhecimento. Inclusive, já na Antiguidade, alguns filósofos, defendiam que os estilos de vida são

uma das variáveis relevantes na terceira idade. Por exemplo, entre as várias indicações de Hipócrates para um envelhecimento bem sucedido, encontram-se a prática de alimentação saudável e exercício físico. Posteriormente, no período do Renascimento, diversos médicos (e.g. Bacon, Madeira Arrais) também recomendavam alimentação saudável e exercício físico, como forma de promover a longevidade.

Aliás, actualmente, os grandes redutores da esperança média de vida (no ocidente) são os estilos de vida não saudáveis, como fumar, dietas ricas em gordura e falta de actividade física (Cockerham, 2000). Para se viver os anos extra que o aumento da esperança média de vida confere, com qualidade e sem doenças, é necessário a prática de um estilo de vida saudável (Kennedy, 2006). Um estudo a nível europeu confirmou estes factos, verificando que um estilo de vida saudável, caracterizado por não fumar, dieta saudável e actividade física reduz o risco de mortalidade e atrasa a deterioração da saúde em populações idosas (Haveman-Nies, Groot & Staveren, 2003).

De facto, facilmente se encontram na literatura indicações de que a prática de um estilo de vida saudável diminui o risco de mortalidade. Entre os comportamentos mais recomendados destaca-se: não fumar, abstinência ou consumo moderado de álcool (no máximo duas bebidas por dia), dieta saudável (e.g. consumo de peixe pelo menos 3 vezes por semana; consumo de carne inferior a 5 vezes por semana; baixo consumo de sal, de gordura e de açúcar; comer diariamente fruta e vegetais, beber diariamente pelo menos entre 6 a 8 copos de água, prática regular de exercício físico, dormir 8 horas diárias e manter horários de sono regulares, consultar regularmente o médico e realizar exames de rotina (e.g. Agin & Perkins, 2008; Spencer, Jamrozik, Phil, Norman & Lawrence-Brown, 2005).

Salienta-se que a adopção de um estilo de vida saudável é vital para qualquer indivíduo em qualquer idade. Todavia, é na terceira idade que se destaca ainda mais a

importância de um estilo de vida saudável, pois a partir deste período o organismo começa a apresentar maior fragilidade. Consequentemente, o estilo de vida saudável favorece o envelhecimento saudável, promovendo a longevidade acompanhada de qualidade de vida (Agin & Perkins, 2008).

Em concordância, Kennedy (2006) destaca a importância da prática de uma dieta saudável e de exercício físico para a vivência de uma vida mais longa e saudável. Inclusive, as relações sociais, parte integrante do estilo de vida, também influenciam a saúde. Kiecolt-Glaser *et al.* (2002) referem que o isolamento social e relações conflituosas aumentam o risco de morbidade e mortalidade, provavelmente devido à relação positiva entre o suporte social e o sistema imunitário.

A importância dos estilos de vida também se encontra reflectida nas doenças crónicas, como é o caso da diabetes, sendo os estilos de vida saudáveis tão importantes para prevenir as doenças como para lidar com elas. Especificamente, no caso dos diabéticos e doentes cardíacos é necessário intervir nos estilos de vida desses pacientes, nomeadamente no regime alimentar – reduzir a gordura, e no exercício físico – torná-lo regular (Clark, Hampson, Avery & Simpson, 2004; Elderen & Dusseldorp, 2001).

De facto, os programas de promoção da saúde devem enfatizar a importância de praticar exercício físico e uma alimentação saudável, especialmente o consumo de fruta e vegetais. Estes comportamentos são extremamente relevantes para a promoção da saúde nos idosos, reduzindo o risco do surgimento de muitas doenças associadas à terceira idade (Agin & Perkins, 2008; Ferrari, 2007). Convém recordar que, com o envelhecimento, ocorre uma diminuição da capacidade do organismo em absorver os nutrientes, tornando a prática de uma alimentação saudável ainda mais essencial (Agin & Perkins, 2008).

Salienta-se que a prática de actividade física previne inúmeras doenças como: osteoporose, diabetes, doenças cardíacas, cancro do cólon, depressão, entre outras (Agin & Perkins, 2008; Ramírez-Hoffmann, 2002; Varo *et al.*, 2003) e promove os afectos positivos (Carr, 2004; Reed & Ones, 2006). De facto, a prática de actividade física é essencial para uma vida saudável (Agin & Perkins, 2008; Ramírez-Hoffman, 2002), favorecendo a saúde física e mental (Fox, Stathi, McKenna & Davis, 2007; Geus & Moor, 2008; Goodwin, 2003).

Para além dos benefícios físicos, o exercício físico também promove as capacidades cognitivas (Agin & Perkins, 2008). Num estudo com idosos, Clarkson-Smith e Hartley (1989; citados por Fonseca, 2005) observaram que os indivíduos que praticavam exercício físico demonstravam melhores resultados nas provas de raciocínio, de memória e de tempo de reacção. Aliás, a literatura aponta como uma variável relevante o estilo de vida, nomeadamente a prática de exercício físico e uma alimentação saudável, beneficiando o desempenho cognitivo e a saúde mental (Hendrickx, McEwen & Ouderaa, 2005).

De referir que nunca é tarde de mais para se adoptar um estilo de vida saudável. Quanto mais cedo se implementarem comportamentos benéficos para a saúde melhor, sendo a prática de um estilo de vida saudável tão relevante na terceira idade, como na juventude (Agin & Perkins, 2008).

A manutenção da independência funcional na terceira idade depende de factores biopsicossociais, sendo necessário promover a saúde física e mental e estilos de vida saudáveis. A prática de actividade física regular promove a preservação das capacidades (e.g. melhoria a nível das respostas motoras, da força muscular e das capacidades funcionais) e o bem-estar, minimizando a deterioração do indivíduo. Também é relevante a manutenção de alguma actividade de interesse para o idoso (Sequeira, 2007).

De facto, manter uma actividade de interesse favorece a satisfação com a vida na terceira idade. Permanecer cognitivamente ocupado com alguma actividade também diminui o impacto negativo das perdas sentidas na área da saúde, do trabalho e dos rendimentos económicos (Bar-Tur, Levy-Shiff & Burns, 1998).

Também é importante a manutenção da actividade intelectual, pois o continuo exercício das capacidades cognitivas permite uma desaceleração e menor gravidade do declínio cognitivo, muito associado à terceira idade (Agin & Perkins, 2008; Denney, 1982; citado por Fonseca, 2005). Actividades como puzzles, palavras cruzadas, sopa de letras, sudoku, perceber imagens de ilusão óptica ou jogos de estratégia (e.g. damas, xadrez, cartas) são extremamente benéficas para estimular a cognição, para além do seu carácter lúdico e de socialização (Agin & Perkins, 2008).

Numa investigação de cariz qualitativo, Fonseca (2005a) estudou a passagem à reforma, tendo observado que os sujeitos apresentam melhor adaptação a esta nova fase da vida (vista como a entrada na terceira idade) quando mantinham um estilo de vida activo. Assim, os idosos mais satisfeitos com a sua vida eram os que iniciaram novas actividades (e.g. voluntariado, universidade sénior, etc.), mantinham objectivos a concretizar e mantinham ou iniciaram relações sociais próximas.

Todavia, Paúl *et al.* (2005) refere que a maioria dos idosos portugueses tem como principal actividade de lazer ver televisão, sendo que outras actividades mais participativas e activas (e.g. participar em actividades ou organizações comunitárias) são pouco desenvolvidas.

A importância dos estilos de vida não se esgota na saúde. Confirma-se que os estilos de vida também influenciam o BES, intervindo em todos os seus componentes. De facto, a prática de um estilo de vida saudável (e.g. alimentação saudável, prática de exercício físico, relações sociais de qualidade) promove a satisfação com a vida e

os afectos positivos e contribui para uma menor afectividade negativa (Ribeiro & Cruz, 2008).

No entanto, como referido anteriormente, muitas das investigações sobre os estilos de vida e o BES são com estudantes universitários, população bastante diversa dos idosos, impondo limitações na generalização dos resultados. Na verdade, apesar de se saber que a prática de um estilo de vida saudável é vital para um bom envelhecimento, ainda é necessário aprofundar o conhecimento sobre a influência dos estilos de vida no BES dos idosos. Ainda assim, já se encontra na literatura diversas investigações que reportam a influência positiva de dois componentes de um estilo de vida saudável na promoção do BES na terceira idade: a rede de relações sociais e a prática de exercício físico (McAuley, Blissmer, Marquez, Jerome, Kramer & Katula, 2000).

De facto, num estudo sobre a influência de actividade física no BES, McAuley *et al.* (2000) observaram um aumento do BES de idosos sedentários que aderiram a um programa de 6 meses de prática regular de exercício físico (3 vezes por semana). De destacar, que os idosos mais assíduos ao programa reportaram um aumento superior da satisfação com a vida. Todavia, o benefício do exercício físico no BES não é permanente, é necessário uma prática contínua. No período de seguimento, os investigadores verificaram que após 6 meses do termo do programa, os níveis de BES dos idosos diminuíram. Mais uma vez, os sujeitos que haviam tido maior frequência do exercício físico referiram um menor declínio da componente cognitiva do BES.

Inclusive, a prática de actividade física é apresentada como parte central na promoção do BES dos idosos, sendo que o exercício físico beneficia o funcionamento fisiológico, cognitivo e psicológico, permitindo aos indivíduos permanecerem activos na persecução dos seus objectivos pessoais. Assim, vivenciam um elevado níveis de BES e um envelhecimento com sucesso (Kanning & Schlicht, 2008).

O importante é praticar actividade física, pois o género de exercício praticado não parece determinar o nível de BES dos idosos. Na comparação da influência de dois tipos de exercício – aeróbio (e.g. caminhar) e tonificar os músculos – concluiu-se que ambos os grupos reportaram um aumento significativo do BES, independentemente do tipo de exercício praticado (McAuley *et al.*, 2000).

Por sua vez, as relações sociais, também se encontram relacionadas com o BES (Lu, 1995), sendo que Chou (1999) confirmou que uma boa rede de suporte social se encontra positivamente correlacionada com os afectos positivos e negativamente com os afectos negativos. De facto, a rede de suporte social, é extremamente importante na terceira idade, pois as relações sociais actuam como factor de protecção em situações problemáticas e/ou como factor de promoção de recuperação face a essas situações. Uma boa rede de suporte social é vital na promoção da autonomia, de uma auto-avaliação positiva, da saúde mental e da satisfação com a vida. Aliás, Diener e Seligman (2002; citados por Biswas-Diener & Diener, 2006, p. 188) confirmam: “good social relationships are necessary for high subjective well-being”.

Assim, as relações sociais desempenham um importante papel no envelhecimento (Paúl, 2005), favorecendo uma vida mais longa, feliz e com saúde (Agin & Perkins, 2008). Entre os vários benefícios do suporte social na terceira idade destacam-se os resultados dos seguintes estudos: a rede de suporte social explica muito do BES dos indivíduos seniores (Dzuka & Dalbert, 2006); manter relações sociais com pessoas significativas favorece a satisfação com a vida (Bar-Tur *et al.*, 1998); protege os idosos da depressão e favorece o uso de estratégias de *coping* adaptativas, tais como o *coping* pró-activo (Greenglass *et al.*, 2006), sendo importante uma vida social activa e agradável para os sujeitos centenários (Rott *et al.*, 2006).

Inclusive, McAuley *et al.* (2000) defendem que programas com o objectivo de promover o BES dos idosos devem apostar na maximização da prática de exercício

físico e na facilitação da interacção social entre os participantes. Saliencia-se, que na terceira idade, é mais relevante a qualidade das relações sociais do que a quantidade, sendo igualmente importante as relações sociais com os familiares e amigos (Fonseca, 2005).

Vendo a questão na perspectiva oposta, uma investigação longitudinal revelou que a prática de um estilo de vida saudável contribui para a prevenção da depressão. Por exemplo, o consumo excessivo de álcool aumenta o risco dos indivíduos em sofrerem de depressão. Em contrapartida, a prática regular e continua de actividade física (no mínimo 30 minutos diários) diminui fortemente o risco de se desenvolver sintomas depressivos clinicamente significativos (Gool, Kempen, Bosma, Boxtel, Jolles & Eijk, 2006). De facto, é largamente reconhecido o efeito protector do exercício físico face à depressão, inclusive na terceira idade e em indivíduos com défices de mobilidade (Strawbridge, Deleger, Roberts & Kaplan, 2002). Em consonância Geus e Moor (2008) referem que a prática regular de exercício físico está associada a melhores índices de saúde mental.

De facto, num estudo que avalia o impacto do exercício físico na promoção da saúde mental, observou-se que a prática regular de actividade física está negativamente associada às seguintes perturbações: depressão, agorafobia, ataques de pânico, fobias específicas e fobia social. No entanto, a prática de exercício físico não demonstrou nenhuma relação com outro tipo de perturbações, tais como distúrbio bipolar, distemia e dependência de álcool ou outras substâncias (Goodwin, 2003). Este estudo indica que o exercício físico favorece a saúde mental, embora não seja protector de todas as perturbações psicológicas.

Persistem, ainda, algumas dúvidas. Por exemplo, se entre os diversos componentes de um estilo de vida saudável é o exercício físico o mais determinante para a saúde mental, ou os outros componentes também são relevantes. Outra

questão, prende-se com o facto se o estilo de vida favorece somente algumas áreas da saúde mental (depressão e perturbações de ansiedade) ou protege a saúde mental em geral. Strawbridge *et al.* (2002) também questionam se a prática de exercício físico promove a adopção de outros comportamentos saudáveis, tende esses comportamentos também influência nos menores índices de depressão reportados pelos sujeitos que praticam exercício físico.

Ao longo da revisão da literatura confirma-se que os estilos de vida são importantes a vários níveis. Em primeiro lugar, destaca-se o seu efeito positivo na saúde e na capacidade funcional dos idosos. Mas a sua importância parece não se esgotar na esfera física e do bem-estar, tendo também influência na saúde mental. Por exemplo, Silva (2005) defende que a realização de uma dieta saudável, a prática de exercício físico regular, ter boas condições de habitabilidade, uma boa rede de suporte social e manutenção de actividade intelectual (e.g. universidades da terceira idade) são inúmeros factores positivos que favorecem a protecção da saúde mental na terceira idade.

É de referir que os diversos factores descritos anteriormente podem promover a saúde mental directa ou indirectamente. Por exemplo, podem exercer uma acção positiva noutras áreas da vida (e.g. auto-estima, percepção de integração e de utilidade), que por sua vez, promovem a saúde mental (Silva, 2005).

3. Objectivos gerais e questões de investigação

Toda a literatura revista realça a existência de uma grande heterogeneidade entre os indivíduos idosos. O grau de sucesso e de bem-estar com que cada ser humano vive a sua velhice é muito variável e vê-se influenciado por inúmeros factores e combinações de factores. Consequentemente, toda a investigação que contribua para fazer avançar o conhecimento sobre os factores que contribuem para a ocorrência dum envelhecimento mais feliz e bem sucedido são cientificamente relevantes e cumprem um objectivo social prioritário.

A literatura sugere vários factores que parecem desempenhar um papel relevante no envelhecimento bem sucedido, entre os quais destacamos os estilos de vida e o *coping*. Todavia, ainda existem muitas lacunas nesta área. Na verdade, não se conhece concretamente qual o papel destas variáveis no BES e na saúde física e mental. Por exemplo, questionamo-nos quais são as estratégias de *coping* e dimensões dos estilos de vida mais relevantes para o BES e a saúde dos idosos portugueses. Salieta-se que o bem-estar subjectivo e a saúde física e mental são variáveis imprescindíveis para a vivência de qualidade de vida em qualquer fase da vida do ser humano.

Assim, pretende-se perceber a influência do estilo de vida e do *coping* na promoção de um envelhecimento bem sucedido, avaliado através do bem-estar subjectivo e a saúde dos sujeitos.

A presente investigação tem quatro objectivos centrais: 1) investigar a relação do *coping* e dos estilos de vida com o BES; 2) estudar a relação do *coping* e dos estilos de vida com a saúde física e a saúde mental; 3) investigar a influência dos traços de personalidade nas variáveis em estudo (*coping*, estilos de vida, BES, saúde) e 4) estudar a influência das variáveis secundárias (sexo, idade, residência) nas variáveis em estudo.

Em função destes objectivos gerais decorrem as seguintes questões de investigação:

- Os traços de personalidade dos idosos influenciam os seus níveis de BES e a sua saúde física e mental?
- Os traços de personalidade influenciam os estilos de vida e os estilos de *coping*?
- Os estilos de vida influenciam o BES, a saúde física e a saúde mental?
- Os estilos de *coping* influenciam o BES, a saúde física e a saúde mental?
- Os estilos de vida medeiam a relação entre os traços de personalidade e o BES, a saúde física e a saúde mental?
- Os estilos de *coping* medeiam a relação entre os traços de personalidade e o BES, a saúde física e a saúde mental?
- As variáveis secundárias (sexo, idade, residência) relacionam-se com os estilos de vida e com os estilos de *coping*?
- As referidas variáveis secundárias relacionam-se com o BES, a saúde física e a saúde mental?

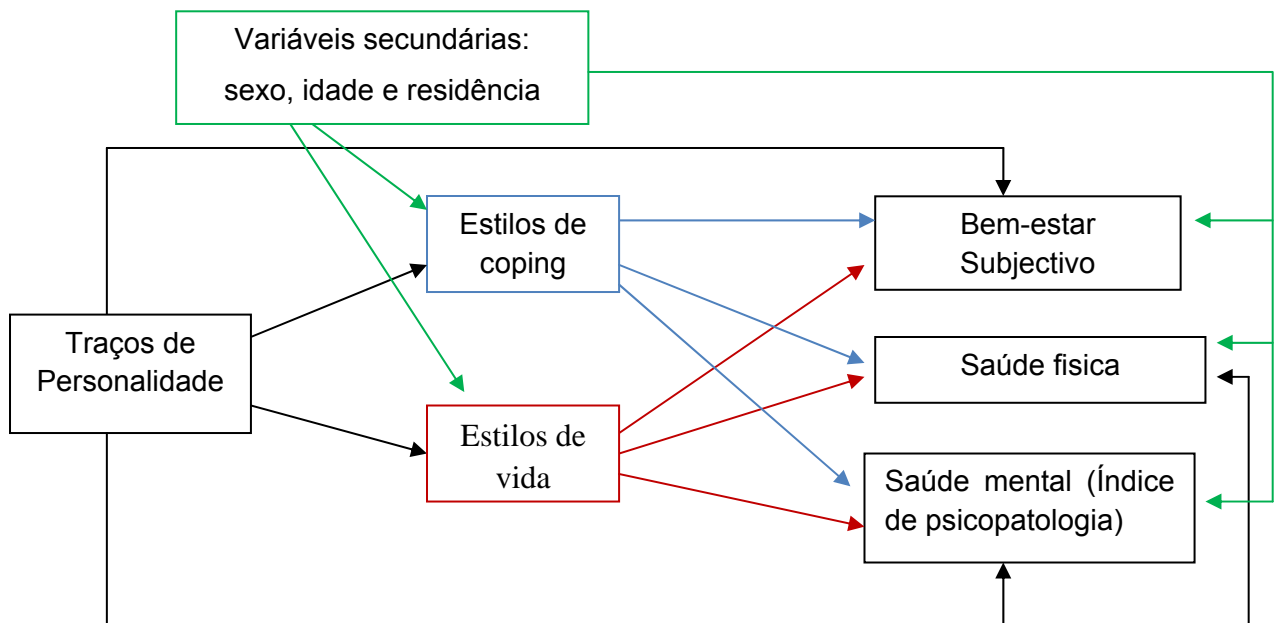


Figura 1_Modelo das relações entre as variáveis em estudo

4. Método

Amostra

A amostra, de conveniência, é composta por 204 indivíduos com idades superiores a 65 anos. A média de idade dos participantes é de 78,97 anos, variando entre os 65 e os 97 anos (DP=8,013).

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra

		N=204 F (%)
Sexo	Masculino	44 (21,6%)
	Feminino	160 (78,4%)
Estado Civil	Solteiro(a)	12 (5,9%)
	Casado(a)	45 (22,1%)
	Divorciado(a)	19 (9,3%)
	Viúvo(a)	128 (62,7%)
Escolaridade	Iletrado(a)	52 (25,5%)
	Básico	122 (59,8%)
	Secundário	25 (12,3%)
	Superior	5 (2,5%)
Situação económica	Insatisfação necessidades básicas	3 (1,5%)
	Dificuldade satisfação necessidades básicas	45 (22,1%)
	Satisfação necessidades básicas	79 (38,7%)
	Inexistência dificuldades económicas	77 (37,7%)
Coabitação	Casa própria	82 (40,2%)
	Casa de familiares	21 (10,3%)
	Lar	101 (49,5%)

Em relação às características sociodemográficas, a maioria da amostra é composta por sujeitos do sexo feminino, viúvos, com a escolaridade básica ou iletrados, cujas necessidades económicas estão satisfeitas e institucionalizados. Em relação à escolaridade é de salientar que apesar de a maioria referir ter o ensino primário, observa-se uma elevada iliteracia funcional.

A maioria dos idosos institucionalizados partilha o seu quarto (70,3%), enquanto somente 18,8% têm um quarto individual no lar. Relativamente ao tempo de

permanência no lar, 13 idosos (12,9%) estão a viver no lar há menos de um ano, 41 (40,6%) entre um a três anos e 47 (46,5%) há mais de três anos. Os idosos residentes na comunidade dividem-se entre os que moram com familiares, tais como o cônjuge ou filhos (63,1%), e os que vivem sozinhos (36,9%).

Instrumentos:

Com o objectivo de recolher informação sobre diversas variáveis foi construído, pela autora, um questionário (Anexo A) sobre: 1) os aspectos sociodemográficos (e.g. idade, sexo, estado civil, escolaridade, local de residência) e 2) indicadores da saúde física (percepção de saúde e estado de saúde).

Para além do referido questionário serão utilizados outros instrumentos: o NEO-20; o Brief COPE, a Escala de Estilos de Vida para Idosos; a Escala de Satisfação com a vida; o PANAS e o BSI.

NEO-20

O inventário de personalidade NEO-20 tem como base os itens do NEO-PI-R, permitindo aceder às cinco dimensões do Modelo dos Big Five: neuroticismo, extroversão, amabilidade, abertura à experiência e conscienciosidade (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Este inventário foi construído com base no NEO-PI-R, tendo sido seleccionados quatro itens por cada dimensão de personalidade, em função de diversas análises estatísticas. O conjunto de 20 itens seleccionado demonstrou uma estrutura factorial bem definida, com todos os itens nas respectivas dimensões e com elevadas cargas factoriais (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

Destaca-se que apesar de ser um instrumento breve o NEO-20 demonstrou características psicométricas favoráveis. Apesar de cada dimensão do inventário ser

composta somente por quatro itens o valor mínimo do *Alfa de Cronbach* é de 0,70 (neuroticismo = 0,71; extroversão = 0,71; abertura à experiência = 0,72; amabilidade = 0,70 e conscienciosidade = 0,76) (Bertoquini & Ribeiro, 2006).

De referir que “Escala (breves) bem construídas podem ter diversos benefícios relativamente às escalas mais extensas. Podem, por exemplo aumentar o número de questionários preenchidos, melhorar a qualidade das respostas já que a motivação dos sujeitos aumenta quando confrontados com escalas de curta extensão” (Bertoquini & Ribeiro, 2006, p. 193/194).

Bertoquini e Ribeiro (2006) referem que quando existe escassez de tempo e recursos e somente se pretende informação global da personalidade então pode-se recorrer a medidas breves.

Esta situação adequa-se à presente investigação. É necessário ter em atenção que a população em estudo é idosa, pelo que não deve ser sobrecarregada com questionários demasiado extensos, não só para preservar o participante mas também para não pôr em causa a validade das respostas. Tendo em consideração os objectivos do estudo, serão utilizados outros instrumentos, pelo que opta-se por um inventário de personalidade breve.

Brief COPE

Para avaliar o *coping* seleccionou-se o Brief COPE. Esta escala permite avaliar o *coping* disposicional (estilos de *coping*), assim como o *coping* situacional, mediante alterações na formulação da escala de resposta (e.g. “nunca faço isto” – formato disposicional; “fiz isto” – formato situacional) (Ribeiro, 2007).

No presente estudo utilizou-se o formato disposicional, por dois motivos: 1) pretende-se observar a influência dos estilos de *coping* no BES e na saúde dos sujeitos, ou seja, qual a relação entre a forma como geralmente se reage aos factores

de stresse e as variáveis dependentes, e não a relação entre o *coping* numa situação específica e o BES e a saúde; 2) os idosos participantes neste estudo são um grupo heterogéneo, cujo critério essencial para participarem é a idade cronológica (≥ 65 anos), pelo que não partilham nenhum factor de stresse.

O Brief COPE é composto por 28 itens, que se dividem em 14 escalas (2 itens por sub-escala). Este instrumento é uma escala likert, podendo as respostas variar entre 0 e 3, incluindo quatro afirmações desde “nunca faço isto” até “faço sempre isto”. Esta escala foi desenvolvida por Carver (1997, citado por Ribeiro, 2007), tendo sido adaptada para a população portuguesa por Ribeiro e Rodrigues (2004).

As sub-escalas do instrumento são: *coping* activo ($\alpha = 0,65$), planear ($\alpha = 0,70$), utilizar suporte instrumental ($\alpha = 0,81$), utilizar suporte social emocional ($\alpha = 0,79$), religião ($\alpha = 0,80$), reinterpretação positiva ($\alpha = 0,74$), auto-culpabilização ($\alpha = 0,62$), aceitação ($\alpha = 0,55$), expressão de sentimentos ($\alpha = 0,84$), negação ($\alpha = 0,72$), auto-distracção ($\alpha = 0,67$), desinvestimento comportamental ($\alpha = 0,78$), uso de substâncias (medicamentos/álcool) ($\alpha = 0,81$) e humor ($\alpha = 0,83$). De salientar que nalgumas escalas o *alfa de Cronbach* é baixo. Contudo, os autores referem que tal é aceitável tendo em conta as características da escala (2 itens por sub-escala) (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

De seguida apresenta-se as diferentes sub-escalas e os itens componentes: *coping* activo (itens 2 e 7), planear (itens 14 e 25), utilizar suporte instrumental (itens 10 e 23), utilizar suporte social e emocional (itens 5 e 15), religião (itens 22 e 27), reinterpretação positiva (itens 12 e 17), auto-culpabilização (itens 13 e 26), aceitação (itens 20 e 24), expressão de sentimentos (itens 9 e 21), negação (itens 3 e 8), auto-distracção (itens 1 e 19), desinvestimento comportamental (itens 6 e 16), uso de substâncias (itens 4 e 11) e humor (itens 18 e 28).

Os autores apresentam a seguinte definição para cada uma das sub-escalas do Brief COPE: 1) *coping* activo – iniciar uma acção ou fazer esforços para lidar com o stressor; 2) planejar – pensar sobre o modo de gerir o factor de stresse, planeando os esforços de *coping* activo; 3) utilizar o suporte instrumental – procurar ajuda, informações ou conselho sobre o que fazer; 4) utilizar o suporte social e emocional – conseguir a simpatia ou o suporte emocional de alguém; 5) religião – recurso a actividades religiosas; 6) reinterpretação positiva – crescer com a situação stressante, tirando o melhor partido possível dessa situação ou vendo-a de forma mais favorável; 7) auto-culpabilização – culpar-se e criticar-se pelo que aconteceu; 8) aceitação – aceitar o acontecimento stressante; 9) expressão de sentimentos – percepção de que o factor stressante provocou stresse emocional e tendência em exprimir ou descarregar esses sentimentos; 10) negação – tentativa de negar a ocorrência do factor de stresse; 11) auto-distracção – distrair-se da situação stressante, fazendo outras actividades; 12) desinvestimento comportamental – desistir ou deixar de se esforçar por alcançar o objectivo prejudicado pelo factor de stresse; 13) uso de substâncias (medicamentos/álcool) – recorrer ao álcool ou outras drogas como desinvestimento no factor de stresse; 14) humor – fazer piadas sobre o acontecimento stressante (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Na versão portuguesa, Ribeiro e Rodrigues (2004) referem que o instrumento apresenta características idênticas à escala original, assim como se confirma a distribuição dos itens pelas escalas respectivas. Neste sentido, concluem que este é um instrumento adequado a utilizar nos estudos sobre o *coping*. Assim, o Brief COPE apresenta-se como um instrumento adequado, pois para além de demonstrar medidas psicométricas satisfatórias, também é uma escala abreviada, não sobrecarregando os participantes.

Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI)

A medida utilizada para avaliar os estilos de vida é a Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI), desenvolvida especialmente para os idosos. Esta escala foi construída com base na literatura da especialidade, discriminando diversos aspectos considerados relevantes na vida diária dos idosos. Este instrumento é composto por 27 itens, que se agrupam em 5 factores: 1) **actividade** (itens 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16 e 20), 2) **socialização** (itens 2, 9, 11, 15, 19, 23, 26 e 27), 3) **coping funcional** (itens 13, 17, 21 e 24), 4) **cuidados com a alimentação** (itens 6, 18, 22 e 25) e 5) e **cuidados com a saúde** (itens 4 e 8) (Cruz, Campôa & Ribeiro, 2009).

Em relação às características psicométricas, o valor do Alfa de Cronbach para a totalidade dos 27 itens é de 0,857, embora quando nos reportamos aos alfas das sub-escalas a tendência seja para o valor da consistência interna diminuir: Factor 1 – actividade ($\alpha = 0,863$); Factor 2 – socialização ($\alpha = 0,753$); Factor 3 – *coping* funcional ($\alpha = 0,621$); Factor 4 – cuidados com a alimentação ($\alpha = 0,635$) e Factor 5 – cuidados com a saúde ($\alpha = 0,675$) (Cruz *et al.*, 2009). Na presente amostra também se observaram medidas psicométricas favoráveis. Por exemplo o Alfa de *Cronbach* do total da escala é de 0,863.

No que se refere à estabilidade temporal da escala, no geral os valores são bons. Todavia, os itens 3, 6, 7 e 8 demonstraram menor estabilidade temporal (Cruz *et al.*, 2009).

Pede-se aos indivíduos que respondam registando em que grau as actividades referidas nos itens constituem os seus hábitos diários. As possibilidades de resposta variam em cinco graus, desde Nunca a Sempre. Sendo esta uma escala Likert a cotação de cada item é de 1 a 5, à excepção de três itens (3, 21 e 24), cotados de forma inversa. Quanto maior a pontuação mais saudável é o estilo de vida do sujeito.

Em função das características da EEVI enumeradas anteriormente, considera-se que este instrumento é adequado por diversos motivos. Primeiro, é uma escala direccionada para os idosos. Segundo, é uma medida relativamente breve, permitindo avaliar o estilo de vida dos sujeitos sem ser cansativa. Terceiro, apresenta características psicométricas muito satisfatórias para um instrumento desta natureza.

Na escolha dos instrumentos para avaliar o BES é necessário atender à seguinte afirmação:

“(...) future studies of subjective well-being should include both a cognitively oriented scale and an affect scale that measures positive and negative affect independently.” (Arthaud-Day, Rode, Mooney & Near, 2005; p.470).

Acresce a opinião de Diener *et al.* (1997), que consideram que os instrumentos mais adequados para aceder ao construto do BES são as escalas de auto-reposta. Estas escalas permitem que seja o próprio sujeito a indicar qual o seu nível de BES, o que vai ao encontro da concepção teórica do conceito. Assim, tendo em atenção estes autores utilizaram-se as seguintes escalas para aceder ao BES: a Escala de Satisfação com a Vida e o PANAS.

Escala de Satisfação com a Vida

A componente cognitiva BES será avaliada através da Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; adaptada por Neto, 1993). Esta escala é composta por cinco itens, cujas respostas variam entre 1-7, numa escala tipo Likert. O coeficiente de consistência interna é satisfatório (0,78), assim como apresenta boa correlação total dos itens (+ 0,50), demonstrando que a adaptação à população portuguesa evidencia propriedades psicométricas favoráveis. Assim, a escala revela-se adequada à população portuguesa (Neto, 2003).

A cotação da escala processa-se através do somatório de todos os seus itens, podendo variar de 5 a 35. Quanto mais elevada for a pontuação maior a satisfação com a vida (Neto, 2003).

Esta escala é apropriada, pois para além das suas propriedades psicométricas e fácil compreensão é um instrumento breve, não impondo muita demora no tempo de preenchimento.

PANAS

Com o intuito de avaliar o domínio afectivo do BES foi utilizada a Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988, adaptada por Galinha & Ribeiro, 2005), composta por 20 itens, sendo 10 itens referentes aos afectos positivos e outros 10 aos afectos negativos. Esta escala também é tipo likert, cujas respostas variam entre 1 a 5 (Galinha & Ribeiro, 2005a).

Salienta-se que esta escala é considerada uma medida válida no estudo das emoções dos idosos (Isaacowitz & Smith, 2003; citados por Griffin *et al.*, 2006)

A adaptação deste instrumento à população portuguesa desenvolveu-se através de um processo similar ao da construção da escala original, de forma a respeitar as diferenças linguísticas, culturais e contextuais, mais salientes nos conceitos relacionados com afectos e emoções (Galinha & Ribeiro, 2005a).

A versão portuguesa do PANAS revela boas medidas psicométricas, semelhantes à escala original, sendo o Alpha de Cronbach para a escala de afectos positivos 0,86 e o Alpha de Cronbach para a escala de afectos negativos 0,89. A correlação entre a escala de afectos positivos e afectos negativos é próxima de zero, denotando independência entre as duas dimensões (Galinha & Ribeiro, 2005a).

Considerando que o PANAS é definido como um bom instrumento, é utilizado neste estudo, adicionando-se ainda a vantagem de ser de fácil aplicação e rápido. A

cotação desta escala permite obter duas medidas finais: uma relativa aos afectos positivos (somatório dos itens: 1, 3, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 19) e outra relativa aos afectos negativos (somatório dos itens: 2, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18 e 20), sendo que cada um desses resultados finais pode variar de 10 a 50.

Brief Symptom Inventory – BSI

O Brief Symptom Inventory (BSI) corresponde a uma versão breve do SCL-90 (Symptom Check-List), um inventário de sintomas psicopatológicos, composto por 90 itens. Apesar do SCL-90 ser bastante completo, apresenta uma desvantagem: o facto de ser muito extenso. Neste sentido, impõe-se a necessidade de desenvolver uma escala mais breve. Assim, o BSI, foi desenvolvido por Derogatis, em 1982, tendo 53 itens. A autora recorreu os itens do SCL-90 com mais peso em cada dimensão para construir o BSI. Posteriormente, o BSI foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999).

O BSI caracteriza-se como um instrumento versátil, pois a sua aplicação adequa-se quer a indivíduos com psicopatologia, como aos sujeitos sem perturbações psicológicas. Este instrumento avalia os sintomas psicopatológicos, dividindo-os em nove dimensões, assim como fornece avaliações sumárias de perturbação emocional, através de três índices gerais (Canavarro, 1999).

De entre as diversas dimensões relativas a sintomas psicopatológicos enumera-se: somatização (composto pelos itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), obsessões-compulsões (itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36), sensibilidade interpessoal (itens: 20, 21, 22 e 42), depressão (itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50), ansiedade (itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49), hostilidade (itens: 6, 13, 40, 41 e 46), ansiedade fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47), ideação paranoíde (itens: 4, 10, 24, 48 e 51) e psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53). De referir que os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem univocamente a nenhuma das

referidas dimensões. Todavia, devido à sua importância clínica são considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 1999).

Quase todas as dimensões da escala evidenciaram bons valores relativos à consistência interna: somatização ($\alpha = 0,79$), obsessões-compulsões ($\alpha = 0,77$), sensibilidade interpessoal ($\alpha = 0,76$), depressão ($\alpha = 0,72$), ansiedade ($\alpha = 0,76$), hostilidade ($\alpha = 0,75$) e ideação paranoíde ($\alpha = 0,71$). Somente as dimensões ansiedade fóbica ($\alpha = 0,62$) e psicoticismo ($\alpha = 0,62$) apresentam valores um pouco baixos (Canavarro, 1999).

Em relação à validade discriminativa, ou seja, a capacidade de diferenciar os indivíduos com psicopatologia dos indivíduos sem psicopatologia, os dados revelam-se bastante favoráveis, permitindo identificar a existência de perturbações psicológicas, distinguindo os indivíduos que apresentam perturbações daqueles que não as apresentam (Canavarro, 1999). De salientar que este é um facto muito importante para o presente estudo, pois um dos objectivos é avaliar a saúde mental dos participantes.

Canavarro (1999, p. 107) conclui que “as características psicométricas apresentadas oferecem segurança para a sua utilização, funcionando assim como um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico (...) e um bom discriminador de saúde mental”.

Este instrumento consiste numa escala de tipo Likert, sendo cada item contada de 0 a 4. Para se obter a pontuação de cada dimensão soma-se o valor de cada item que a compõe. Depois de obtida a soma, divide-se esse valor pelo número de itens a que o indivíduo respondeu para a dimensão em causa (Canavarro, 1999).

Em relação à cotação dos Índices Globais, os procedimentos são diferentes para cada índice. Para se obter o Índice Geral dos Sintomas (IGS) soma-se as pontuações de todos os itens, dividindo essa soma pelo número total de respostas (itens

assinalados pelo sujeito). O índice Total de Sintomas Positivos (TSP) resulta da contagem do número de itens cuja pontuação seja superior a zero (os itens em que o indivíduo assinalou ter sido perturbado, pelo menos, um pouco). Por fim, o Índice de Sintomas Positivos calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP (Canavarro, 1999).

Resultados médios das escalas

Tabela 2: Análise descritiva dos resultados dos instrumentos (N=204)

		M	D.P.	Min	Max
NEO-20	Neuroticismo	8,96	3,266	0	16
	Extroversão	7,82	3,520	1	15
	Abertura à experiência	7,22	3,425	0	16
	Amabilidade	10,71	2,403	3	15
	Conscienciosidade	11,73	2,186	0	16
EEVI	Actividade	24,59	9,002	9	43
	Socialização	31,16	5,278	13	40
	<i>Coping</i> funcional	10,11	4,340	4	20
	Cuidados alimentação	17,43	2,199	10	20
	Cuidados saúde	6,89	2,053	2	10
	EEVI_Total	90,18	16,005	54	125
Brief COPE	<i>Coping</i> _activo	3,52	2,035	0	6
	Planear	3,45	1,918	0	6
	Suporte instrumental	1,55	1,620	0	6
	Suporte social emocional	3,14	2,209	0	6
	Religião	4,80	2,001	0	8
	Reinterpretação positiva	1,67	1,926	0	6
	Auto-culpabilização	1,29	1,446	0	6
	Aceitação	3,26	1,692	0	6
	Expressão sentimentos	3,10	2,168	0	6
	Negação	1,30	1,565	0	6
	Auto-distração	3	2,474	0	6
	Desinvestimento comportamental	1,61	1,664	0	6
	Uso_substâncias	0,02	0,209	0	2
	Humor	1,22	1,831	0	6
	ESV e PANAS	ESV_Total	21,22	7,529	5
Afectos positivos		20,62	6,412	11	39
Afectos negativos		19,13	6,844	10	39
BSI	IGS	0,54	0,409	0	2

Através do NEO-20 foram avaliados cinco traços de personalidade (Modelo dos Big Five), sendo a conscienciosidade e a amabilidade os traços mais reportados pelos idosos.

No que respeita aos estilos de vida (EEVI) conclui-se que os idosos demonstram ter um estilo de vida relativamente saudável. Aliás, destaca-se que a média do total da EEVI é de 90,18, sendo que a pontuação total pode variar entre 27 e 135. Existem mais divergências na prática de um estilo de vida saudável nos factores actividade e socialização. Quando se observa a média ponderada (total dividido pelo número de itens) dos factores dos estilos de vida conclui-se que os factores em que os idosos têm comportamentos mais saudáveis são (ordem decrescente): os cuidados com a alimentação (M=4,357), socialização (M=3,895), cuidados com a saúde (M=3,447), actividade (M=2,733) e *coping* funcional (M=2,527).

Em relação aos estilos de *coping* (Brief COPE), de referir que os estilos de *coping* mais utilizados pelos idosos são a religião, o *coping* activo, o *coping* de planeamento e a aceitação. Em contrapartida, os estilos de *coping* menos utilizados são o uso de substâncias, o humor, a negação e a auto-culpabilização.

No que respeita ao bem-estar subjectivo (BES) constatam-se valores favoráveis. A média da componente cognitiva (ESV) demonstra que os idosos estão satisfeitos com a sua vida. Na componente emocional (PANAS), os afectos positivos apresentam uma média ligeiramente superior aos afectos negativos.

Por fim, a análise descritiva do instrumento referente à saúde mental (BSI) demonstra valores médios relativamente baixos, indicando que no geral os idosos apresentam baixos índices psicopatológicos.

De referir que a média da auto-percepção de saúde dos idosos é de 2,65 (DP=1,014), variando entre o mínimo de 1 (muito má) e o máximo de 5 (muito boa), o que indica que a maioria dos idosos avalia a sua saúde como “má” ou como “nem boa,

nem má”. Por sua vez, a média da variável estado de saúde é de 2,46, variando entre o mínimo de 0 e o máximo de 8. Estes dados indicam que a maioria dos idosos reportam sofrer mais do que uma doença.

Procedimentos de recolha e tratamento de dados:

De forma a recolher os dados contactou-se os responsáveis oficiais por instituições, cuja acção está direccionada para a terceira idade: associações de reformados e lares da terceira idade do Algarve. No primeiro contacto expôs-se os objectivos do estudo, sendo solicitada a sua colaboração, através do consentimento da recolha de dados aos seus utentes.

Após um parecer positivo, aquando o contacto directo com os indivíduos seniores, explica-se os objectivos do estudo e a sua importância. Posteriormente, solicita-se a sua colaboração respondendo aos questionários anteriormente referidos. Também é referido que: 1) a participação é voluntária, 2) não existe prejuízo para quem recuse, 3) têm a possibilidade de desistir em qualquer momento, 4) os dados servirão meramente para procedimentos estatísticos e 5) as respostas são confidenciais. Depois desta explicação verbal será questionado se estão interessados em colaborar.

A aplicação dos instrumentos é individual. Considerando as características da população idosa portuguesa, nomeadamente a elevada taxa de iliteracia, os instrumentos serão aplicados oralmente, no sentido de uniformizar a recolha de dados. Assim, as instruções de cada instrumento e os itens serão lidos, sendo a investigadora que anota as respostas dos participantes.

Posteriormente à recolha de dados, recorre-se ao programa SPSS 15.0, *versão Windows*, para o tratamento dos dados.

Definição das variáveis

As variáveis em estudo agrupam-se da seguinte forma:

A) **Características sociodemográficas**, definidas por 5 variáveis:

1. Idade,
2. Sexo (1-Masculino; 2-Feminino),
3. Estado civil (1-Solteiro(a); 2-Casado(a)/União de facto; 3-Divorciado(a)/Separado(a); 4-Viúvo(a)),
4. Escolaridade (1-Iletrado(a); 2-Básico; 3-Secundário; 4-Superior),
5. Situação económica (1-não satisfação das necessidades básicas; 2-dificuldade em satisfazer as necessidades básicas; 3-satisfação das necessidades básicas; 4-inexistência de dificuldades económicas).

B) **Residência**, composta por 4 variáveis:

1. Habitação (1-Casa própria; 2-Casa de familiares; 3-Lar),
 - 1.1. Questões direccionadas somente para os idosos institucionalizados:
 - 1.1.1. Partilha_quarto (1-Sim; 2-Não),
 - 1.1.2. Tempo, indica há quanto tempo o idoso reside no lar (1-menos de 1 ano; 2-de 1 a 3 anos; 3-mais de 3 anos).
 - 1.2. Questões direccionadas somente para os idosos a residirem na comunidade:
 - 1.2.1. Coabitação (1-Familia, 2-Sozinho(a)).

C) **Saúde**, composta por 2 variáveis:

1. Percepção_saúde, indicando a auto-avaliação subjectiva da saúde por parte dos sujeitos.

2. Estado saúde, indicando o número de doenças reportadas pelos idosos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a um pior estado de saúde, pois reflectem um maior número de doenças reportadas.

D) **Resultados dos instrumentos**, compostos por:

1. Neuroticismo, valor da dimensão Neuroticismo do NEO_FFI_20, obtido através do somatório de todos os itens referentes a essa dimensão,
2. Extroversão, valor da dimensão Extroversão do NEO_FFI_20, resultante da soma dos itens respeitantes a essa dimensão,
3. Abertura à Experiência, valor da dimensão Abertura à experiência do NEO_FFI_20, através da soma dos itens dessa dimensão,
4. Amabilidade, valor da dimensão Amabilidade do NEO_FFI_20, obtido através do somatório dos itens dessa dimensão,
5. Conscienciosidade, valor da dimensão Conscienciosidade do NEO_FFI_20, resultante da soma de todos os itens dessa dimensão.
6. Actividade, valor referente ao factor 1 da escala EEVI, obtido através do somatório dos itens respeitantes a essa dimensão,
7. Socialização, valor do factor 2 da escala EEVI, resultante da soma dos itens dessa dimensão,
8. *Coping* funcional, valor do factor 3 da escala EEVI, através da soma dos itens desse factor,
9. Cuidados_alimentação, valor do factor 4 da escala EEVI, resultante do somatório de todos os itens desse factor,
10. Cuidados_saúde, valor do factor 5 da escala EEVI, obtido através da soma dos itens dessa dimensão,
11. EEVI_Total, valor do somatório de todos os itens da escala EEVI,

12. *Coping* activo, valor da escala *Coping* Activo do Brief COPE, obtido através a soma dos itens dessa escala,
13. Planear, valor da escala Planear do Brief COPE, resultante do somatório dos itens dessa escala,
14. Suporte_instrumental, valor da escala Utilizar Suporte Instrumental do Brief COPE, através da soma dos itens referentes a essa escala,
15. Suporte_social_emocional, valor da escala Utilizar Suporte Social Emocional do Brief COPE, obtido através da soma dos itens dessa escala,
16. Religião, valor da escala Religião do Brief COPE, resultante da soma de todos os itens dessa escala,
17. Reinterpretação_positiva, valor da escala Reinterpretação Positiva do Brief COPE, resultante do somatório dos itens dessa escala,
18. Auto_culpabilização, valor da escala Auto-culpabilização do Brief COPE, resultante do somatório de todos os itens dessa escala,
19. Aceitação, valor da escala Aceitação do Brief COPE, obtido através da soma dos itens referentes a essa escala,
20. Expressão_sentimentos, valor da escala Expressão de Sentimentos do Brief COPE, resultante da soma dos itens dessa escala,
21. Negação, valor da escala Negação do Brief COPE, resultante do somatório dos itens dessa escala,
22. Auto_distracção, valor da escala Auto Distracção do Brief COPE, obtido através da soma dos itens dessa escala,
23. Desinvestimento_comportamental, valor da escala Desinvestimento Comportamental do Brief COPE, obtido através dos itens dessa escala,
24. Uso_substâncias, valor referente à escala Uso de Substâncias (medicamentos/álcool) do Brief COPE, em função da soma dos itens dessa escala,

25. Humor, valor da escala Humor do Brief COPE, resultante do somatório dos itens respeitante a essa escala.
26. ESV_total, valor referente à dimensão cognitiva, satisfação com a vida, do BES, resultante do somatório dos itens da Escala de Satisfação com a vida;
27. Afectos_positivos, valor da dimensão emocional do BES, resultante do somatório dos itens do PANAS referentes aos afectos positivos;
28. Afectos_negativos, valor da dimensão emocional do BES, resultante do somatório dos itens do PANAS referentes aos afectos negativos.
29. IGS, valor referente ao Índice Geral de Sintomas do BSI, resultante da soma da pontuação de todos os itens do BSI, dividindo o valor obtido pelo número total de itens respondidos nesse instrumento.

5. Apresentação e discussão dos resultados

No sentido de organizar a exposição dos resultados obtidos e facilitar a compreensão dos mesmos optou-se por apresentar e discutir os resultados em função das questões de investigação.

- 1) Os traços de personalidade influenciam o BES, a saúde física e a saúde mental?

Tabela 3: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e a satisfação com a vida

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,274	16,332**			0,000
Constante					6,187**	0,000
	Neuroticismo			-0,388	-5,727**	0,000
	Extroversão			0,245	3,462**	0,001
	Abertura à experiência			0,015	0,223	0,823
	Amabilidade			-0,012	-0,196	0,845
	Conscienciosidade			-0,010	-0,156	0,876

Variável dependente: satisfação com a vida

*p<0,05 **p<0,01

O modelo preditivo apresentado na Tabela 3 tem uma boa capacidade explicativa, explicando 27% da variância da satisfação com a vida. Entre os cinco traços de personalidade avaliados somente o neuroticismo e a extroversão influenciam a satisfação com a vida. O neuroticismo diminui a satisfação com a vida, enquanto a extroversão promove-a, facto consistente com a literatura (Diener & Lucas, 2003; Gannon & Ranzijn, 2005; Hayes & Joseph, 2003; Steel, Schmidt & Shuldtz, 2008). Inclusive, num estudo com idosas australianas verificou-se que o neuroticismo está negativamente associado à satisfação com a vida (Boland & Cappeliez, 1997). Outros estudos (e.g. Gannon & Ranzijn, 2005) demonstram como a personalidade, avaliada pelo Modelo dos *Big Five* é um importante preditor da satisfação com a vida.

No entanto, existe uma incongruência com outras investigações. A conscienciosidade é frequentemente apontada como um importante preditor da satisfação com a vida (e.g. Hayes & Joseph, 2003; Ribeiro & Cruz, 2008), o que não se verifica no presente estudo. A relação entre a conscienciosidade e a satisfação com a vida está comprovada em populações jovens e activas, para as quais as características (e.g. responsabilidade, organização, auto-disciplina) desse traço de personalidade parecem ser benéficas. Todavia, esse tipo de população é bastante diferente dos idosos, impondo algumas cautelas na generalização dos resultados. De facto, Seidlitz (1993; citado por Diener & Lucas, 2003) defende que a relação entre a abertura à experiência, a amabilidade e a conscienciosidade com o BES deve-se a recompensas resultantes desses traços de personalidade. Facilmente se percebe que para as pessoas profissionalmente activas a conscienciosidade favorece o sucesso nesta fase da vida, promovendo a satisfação com a vida. Levanta-se a questão se essas características têm a mesma relevância na terceira idade? Os dados sugerem que não, embora seja necessário aprofundar esta questão com estudos mais específicos. É provável que, para os idosos, as características da conscienciosidade já não sejam tão importantes para o sucesso do seu quotidiano, não afectando a avaliação cognitiva da sua vida.

Tabela 4: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e os afectos positivos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,382	26,073**			0,000
Constante					3,940**	0,000
	Neuroticismo			-0,005	-0,082	0,935
	Extroversão			0,564	8,621**	0,000
	Abertura à experiência			0,168	2,784**	0,006
	Amabilidade			-0,006	-0,102	0,919
	Conscienciosidade			-0,067	-1,142	0,255

Variável dependente: afectos positivos

**p<0,01

Mais uma vez, os traços de personalidade, no seu conjunto, explicam uma percentagem muito significativa da variância dos afectos positivos (38,2%). Os traços de personalidade com influência positiva e muito significativa nos afectos positivos são a extroversão e a abertura à experiência. Os outros traços de personalidade não parecem exercer influência significativa sobre os afectos positivos.

Novamente, estes dados são congruentes com a literatura. A extroversão é apresentada como a principal preditora dos afectos positivos (Carr, 2004; Diener *et al.*, 1997; Diener & Lucas, 2003; Griffin *et al.*, 2006; Gutiérrez, Jiménez, Hernández & Puente, 2005; Steel *et al.*, 2008; Wilson & Gullone, 1999; Yeung & Hemsley, 1997), o que se verifica também no nosso estudo. Os sujeitos extrovertidos tendem a ser sociáveis, optimistas, activos, energéticos, assertivos e expressivos. Todas estas características favorecem a vivência de emoções positivas (Steel *et al.*, 2008). Além disso, os indivíduos extrovertidos também parecem responder mais aos estímulos positivos, o que também promove os níveis de felicidade (Smits & Boeck, 2006; citados por Steel *et al.*, 2008).

Numa meta-análise também se encontrou uma relação entre a abertura à experiência e os afectos positivos (Steel *et al.*, 2008). Possivelmente, os idosos mais abertos à experiência conseguem encontrar mais estímulos/situações que favorecem a afectividade positiva.

Tabela 5: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e os afectos negativos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,236	13,519**			0,000
Constante					3,269**	0,001
	Neuroticismo			0,471	6,772**	0,000
	Extroversão			-0,036	-0,501	0,617
	Abertura à experiência			0,091	1,359	0,176
	Amabilidade			-0,112	-1,777	0,077
	Conscienciosidade			0,007	0,113	0,910

Variável dependente: afectos negativos

*p<0,05

**p<0,01

Entre os três componentes do BES é em relação aos afectos negativos que os traços de personalidade apresentam uma capacidade explicativa mais baixa. O único traço de personalidade que influencia significativamente a variável dependente é o neuroticismo, que favorece a afectividade negativa. Os restantes traços de personalidade não explicam a variância dos afectos negativos. De facto, outros estudos (e.g. Diener *et al.*, 1997; Diener & Lucas, 2003; Griffin *et al.*, 2006; Gutiérrez *et al.*, 2005; Steel *et al.*, 2008; Wilson & Gullone, 1999; Yeung & Hemsley, 1997) indicam que o neuroticismo é o traço de personalidade mais relevante para os afectos negativos.

Os traços de personalidade que predizem os afectos positivos e negativos não coincidem, o que suporta a bidimensionalidade da componente emocional do BES. Já Costa e McCrae (1980; citados por Diener & Lucas, 2003) observaram que a extroversão estava relacionada com os afectos positivos, mas não com os afectos negativos; enquanto o neuroticismo relaciona-se com os afectos negativos e não com a afectividade positiva.

Conclui-se que os principais traços de personalidade explicativos do BES são o neuroticismo e a extroversão, facto presente na literatura (Carr, 2004; Diener & Lucas, 2003; Furnham & Cheng, 1999; Galinha, 2008; Griffin *et al.*, 2006; Gutiérrez *et al.*, 2005; Steel *et al.*, 2008; Tkach & Lyubomirsky, 2006). O neuroticismo baixa os níveis de BES, através da diminuição da satisfação com a vida e através da promoção dos afectos negativos. A extroversão favorece elevados níveis de BES, pois promove a satisfação com a vida e os afectos positivos.

Em traços gerais a personalidade pode influenciar os níveis de felicidade através de dois mecanismos: o temperamental e o instrumental. No primeiro caso os traços de personalidade influenciam directamente as emoções, ou seja, existe uma predisposição biológica para a vivência de determinados níveis de BES. No fundo, a

extroversão conduz às emoções positivas e o neuroticismo às emoções negativas. No segundo caso, os traços de personalidade favorecem determinados comportamentos que influenciam o nível de bem-estar. Por exemplo, a extroversão está associada a mais actividades sociais o que promove as emoções positivas (Galinha, 2008; McCrae & Costa, 1991; citados por Tkach & Lyubomirsky, 2006). Na literatura encontram-se diferentes autores que defendem mecanismos de influência da personalidade no bem-estar que se enquadram nestes dois grupos.

Carr (2004) opina que podem existir diversas razões que expliquem as relações entre a personalidade e o bem-estar. Primeiro, parece que a extroversão e o neuroticismo predispõem os sujeitos para vivenciarem mais acontecimentos positivos e negativos, respectivamente. Segundo, a extroversão promove a socialização, o que favorece a felicidade. Esta explicação é corroborada pelo presente estudo. Nas questões de investigação 2 e 3 constata-se que a extroversão favorece a socialização dos idosos, o que por sua vez promove a satisfação com a vida e os afectos positivos.

Steel *et al.* (2008) acrescentam que a personalidade pode influenciar o BES através de diversos mecanismos. Directamente, mediante a partilha de factores biológicos comuns (vias neuronais) e genéticos (hereditariedade). Indirectamente, através de comportamentos favorecidos/inibidos pelos traços de personalidade que influenciam os níveis de felicidade. Por sua vez, Cheng & Furnham (2001) aponta para a relevância do estilo atributivo na explicação da relação entre a extroversão e o neuroticismo com o BES. A extroversão favorece uma visão mais optimista das situações positivas, enquanto o neuroticismo favorece o pessimismo perante vivências negativas.

Outros estudos (e.g. Watson & Clark, 1992; citados por Diener & Lucas, 2003) revelaram que os traços de personalidade abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade têm pequenas correlações com os componentes do BES. Todavia,

no presente estudo somente a abertura à experiência prediz os afectos positivos, embora a sua capacidade explicativa seja pequena. A quase inexistente relação entre os referidos três traços de personalidade e os componentes do BES pode decorrer do facto destes traços de personalidade não se relacionarem directamente com o BES. A sua relação com o BES deve-se a recompensas resultantes desses traços de personalidade (Seidlitz, 1993; citado por Diener & Lucas, 2003; Galinha, 2008).

Outro aspecto a salientar é que a literatura apresenta a personalidade como um dos principais preditores do BES (e.g. Diener *et al.*, 1999; Diener *et al.*, 2003a; Furnham & Cheng, 1999; Galinha, 2008; Hayes & Joseph, 2003; Steel *et al.*, 2008), factor reafirmado no presente estudo. Quando se observa a capacidade explicativa dos modelos de regressão entre os traços de personalidade e os componentes do BES, constata-se que são modelos com uma boa capacidade explicativa, principalmente no caso dos afectos positivos.

Tabela 6: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e a auto-percepção de saúde

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R^2_{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,243	14,064**			0,000
Constante					5,013**	0,000
	Neuroticismo			-0,222	-3,201**	0,002
	Extroversão			0,342	4,730**	0,000
	Abertura à experiência			0,108	1,614	0,108
	Amabilidade			-0,048	-0,764	0,446
	Conscienciosidade			-0,071	-1,093	0,276

Variável dependente: auto-percepção de saúde

**p<0,01

O modelo de regressão apresentado na Tabela 6 tem uma capacidade explicativa moderada e muito significativa. Todavia, somente dois dos traços de personalidade influenciam significativamente a percepção que os idosos têm da sua saúde. O neuroticismo favorece uma pior avaliação subjectiva da saúde, enquanto a

extroversão promove uma melhor auto-percepção de saúde. Os restantes traços de personalidade não influenciam a variância da percepção de saúde dos idosos.

Tabela 7: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estado de saúde

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,079	4,499**			0,001
Constante					0,657	0,512
	Neuroticismo			9,227	2,975**	0,003
	Extroversão			-0,095	-1,184	0,238
	Abertura à experiência			-0,083	-1,125	0,262
	Amabilidade			0,032	0,459	0,647
	Conscienciosidade			0,128	1,796	0,074

Variável dependente: estado de saúde

**p<0,01

O segundo indicador da saúde física, o estado de saúde, também é influenciado pela personalidade, embora com muito menos expressividade. Somente o neuroticismo demonstrou predizer significativamente o estado de saúde. Os idosos com pontuações mais elevadas no traço de personalidade neuroticismo referem sofrer de mais doenças.

Conclui-se que a personalidade influencia a saúde física, o que é congruente com a literatura (e.g. Heck, 1997; Masui, Gondo, Inagaki & Hirose, 2006; Smith & Spiro, 2002). Estes resultados são corroborados pelo estudo de Lockenhoff, Sutin, Ferruci e Costa (2008), demonstrando que a personalidade influencia a avaliação subjectiva da saúde dos idosos. De facto, também Boland e Cappeliez (1997) constataam que o neuroticismo está associado a níveis mais baixos de percepção de saúde. Lockenhoff *et al.* (2008) defendem que a personalidade influencia a auto-percepção de saúde através da sua relação directa com a saúde e mediante a sua influência na percepção dos sujeitos sobre a saúde objectiva.

Nem todos os traços de personalidade se comportam do mesmo modo. Somente o neuroticismo e a extroversão parecem predizer negativa e positivamente

(respectivamente) a saúde física. De facto, constatou-se noutras investigações que o neuroticismo predizia uma pior avaliação subjectiva da saúde física dos idosos (Lockenhoff *et al.*, 2008), assim como influencia negativamente indicadores objectivos da saúde física (Goodwin & Friedman, 2006; Ploubidis & Grundy, no prelo; Smith & Spiro, 2002; Korotkov & Hannah, 2004). Por sua vez, a extroversão é positivamente associada a melhores índices objectivos e subjectivos de saúde física (e.g. Jerram & Coleman, 1999; citados por Artístico, Baldassari, Lauriola & Laicardi, 2000; Goodwin & Friedman, 2006; Masui *et al.*, 2006).

Todavia, a conscienciosidade afirmou-se, num estudo de amostra alargada como um factor protector da saúde (Goodwin & Friedman, 2006) e da longevidade (Masui *et al.*, 2006), embora no presente estudo não revele qualquer influência significativa. Contudo, Smith e MacKenzie (2006) alertam para a possibilidade de existirem alterações nas relações entre os traços de personalidade e a saúde ao longo do *life-span*. Os resultados sugerem que na terceira idade a conscienciosidade perde a preponderância que detinha sobre a saúde noutras fases da vida.

Existem inúmeros modelos explicativos da relação entre a personalidade e a saúde (Heck, 1997; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith & Spiro, 2002), sendo que as diferentes explicações teóricas para a relação entre a personalidade e a saúde não têm de ser necessariamente exclusivas. Na verdade é provável que se combinem, ou seja, existam vários mecanismos pelos quais a personalidade influencia a saúde (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). É necessário atender a todas as características individuais e situacionais na explicação da relação da personalidade com a saúde (Heck, 1997; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

Alguns autores reforçam que a relação entre a personalidade e a saúde poderá ser explicada através de dois mecanismos: as respostas fisiológicas ao stresse e os comportamentos de saúde (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Lockenhoff *et al.*,

2008; Masui *et al.*, 2006; Smith & MacKenzie, 2006). Existe ainda uma terceira perspectiva teórica que argumenta que as características da personalidade associadas ao risco de doença partilham as mesmas fragilidades/anormalidades físicas que promovem o risco de doença (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

De referir que a personalidade influencia a avaliação dos factores de stresse e as respostas de *coping*, que por sua vez determinam a reacção fisiológica ao factor de stresse. Essa resposta fisiológica está directamente relacionada com o risco de doença. Assim, os indivíduos que, devido às suas características de personalidade, estão predispostos a reagirem exageradamente a factores de stresse, desenvolvem respostas fisiológicas exageradas, que têm impacto no organismo e promovem o risco de doença (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith & Spiro, 2002).

Relativamente aos modelos teóricos que enfatizam o papel dos comportamentos de saúde na relação entre a personalidade e a saúde, é necessário referir que a personalidade influencia os comportamentos relacionados com a saúde. Por exemplo, comportamentos como fumar, a prática de exercício ou a dieta praticada (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Masui *et al.*, 2006; Smith & Spiro, 2002). De facto, um estudo longitudinal constatou que o stresse e os comportamentos relacionados com a saúde (fumar e consumo de álcool) podem mediar a relação entre a personalidade e a mortalidade (Ploubidis & Grundy, no prelo). Neste sentido, o estilo de vida pode desempenhar um papel importante na influência da personalidade sobre a doença (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

Tabela 8: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e a saúde mental (IGS-BSI)

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,304	18,727**			0,000
Constante					-0,793	0,429
	Neuroticismo			0,579	8,717**	0,000
	Extroversão			0,085	1,229	0,221
	Abertura à experiência			0,043	0,666	0,506
	Amabilidade			-0,094	-1,566	0,119
	Conscienciosidade			0,057	0,920	0,359

Variável dependente: índice geral de sintomas (IGS)

**p<0,01

O modelo de regressão apresentado na Tabela 8 tem uma boa capacidade preditiva, sugerindo que os traços de personalidade são uma variável relevante para a saúde mental. Todavia, observando a contribuição individual de cada traço de personalidade apenas o neuroticismo explica significativamente a variância do índice de psicopatologia, o IGS. Mais concretamente, o neuroticismo promove níveis superiores de sintomatologia psicopatológica, ou seja, é prejudicial para a saúde mental.

Estes dados são congruentes com os resultados de um outro estudo com idosos norte-americanos, verificando-se o neuroticismo prediz negativamente a saúde mental dos idosos (Lockenhoff *et al.*, 2008). Aliás, é fácil encontrar outros estudos que demonstram como o neuroticismo é um importante preditor de sintomatologia psicopatológica, como por exemplo a ansiedade (e.g. Wong, *et al.*, 2007) ou a sintomatologia depressiva (Chien, Ko & Wu, 2007). De facto, o neuroticismo afirma-se como um forte preditor da saúde mental, tendo um efeito negativo sobre a mesma (Cheng & Furnham, 2001; Furnham & Cheng, 1999; Goodwin & Friedmand, 2006; Joshanloo & Nosratabadi, 2009). É provável que uma das razões para a forte relação entre o neuroticismo e a saúde mental seja o facto das características deste traço de personalidade estarem presentes em muitas perturbações psicológicas.

Todavia, parece que existem outros traços de personalidade também relevantes para a saúde mental. Por exemplo, outros estudos indicam que a extroversão e a conscienciosidade são protectoras da saúde mental (e.g. Goodwin & Friedman, 2006; Joshanloo & Nosratabadi, 2009; Lockenhoff *et al.*, 2008), facto não reafirmado no presente estudo. Contudo, outras investigações constataram que o neuroticismo era o principal preditor da saúde mental, tendo a extroversão (e.g. Cheng & Furnham, 2001; Furnham & Cheng, 1999) ou os restantes traços de personalidade do Modelo dos Big Five (Chien *et al.*, 2007) um papel pouco relevante. Tais resultados assemelham-se aos encontrados no presente estudo.

Percebe-se que a personalidade é uma variável muito importante para a saúde mental (Joshanloo & Nosratabadi, 2009; Widiger & Seidlitz, 2002). Contudo, Widiger e Seidlitz (2002) referem que o estudo da relação da personalidade com a saúde mental na terceira idade ainda está no início.

2) Os traços de personalidade influenciam os estilos de vida e os estilos de *coping*?

Tabela 9: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o total dos estilos de vida (EEVI_Total)

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,472	37,301**			0,000
Constante					8,513**	0,000
	Neuroticismo			-0,187	-3,241**	0,001
	Extroversão			0,452	7,477**	0,000
	Abertura à experiência			0,225	4,041**	0,000
	Amabilidade			0,068	1,299	0,195
	Conscienciosidade			0,067	1,239	0,217

Variável dependente: somatório total do estilo de vida

**p<0,01

O modelo de regressão na tabela 9 tem uma boa capacidade explicativa, explicando quase 50% da variância dos estilos de vida, sugerindo a incontornável importância dos traços de personalidade na prática de um estilo de vida saudável. A nível individual, constata-se que a extroversão e a abertura à experiência são os traços de personalidade mais determinantes. Ambos estes traços de personalidade promovem um estilo de vida saudável. O outro traço de personalidade significativo é o neuroticismo, predizendo negativamente um estilo de vida saudável.

Analisando em conjunto todas as regressões relativas aos factores e ao total do estilo de vida, efectuadas, embora não transcritas para esta síntese final, conclui-se que a personalidade é uma variável muito influente no estilo de vida adoptado. Mais concretamente, a extroversão favorece um estilo de vida activo, caracterizado pela prática de exercício físico e de actividades lúdicas; promove a interacção social e o *coping* funcional. A abertura à experiência também facilita uma vida activa e os cuidados com a alimentação. A amabilidade promove a socialização e o *coping* funcional, enquanto a conscienciosidade favorece os cuidados com a alimentação. Já o neuroticismo é prejudicial para um estilo de vida saudável, diminuindo a socialização e o *coping* funcional.

Outros estudos também constataram que a personalidade influencia o estilo de vida, ainda que com populações jovens (e.g. Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). A extroversão promove o exercício físico (Bogg, Voss, Wood & Roberts, 2008; Courneya & Hellsten, 1998; Hoyt, Rhodes, Hausenblas & Giacobbi, no prelo). A conscienciosidade e a abertura à experiência favorecem uma alimentação mais saudável (Bogg *et al.*, 2008; Goldberg & Strycker, 2002). De facto, a conscienciosidade e principalmente a abertura à experiência parecem ser os traços de personalidade mais relevantes nos hábitos alimentares. Estes traços de personalidade favorecem o consumo de fibras e diminuem o consumo de alimentos gordos (Goldberg & Strycker, 2002). Todavia, tal como no presente estudo, a personalidade explica

pouco da variância dos hábitos alimentares (Yeo, Treloar, Marks, Heath & Martin, 1997).

A socialização, a extroversão, o neuroticismo (negativamente) e a amabilidade estão relacionados com a qualidade da rede de suporte social. Entre estes traços de personalidade a extroversão afigura-se como o mais relevante (Lopes, Salovey & Straus, 2003; Tong *et al.*, 2004). De referir que num estudo com idosos verificou-se que o neuroticismo está associado a menor suporte social (Boland & Cappeliez, 1997).

Aparentemente, existe uma contradição entre os dados reportados e a literatura. Não se observou nenhum poder preditivo da personalidade sobre os cuidados com a saúde. Todavia, na literatura constata-se que a personalidade influencia a prática de comportamentos relacionados com a saúde (e.g. Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). Esta aparente contradição explica-se pela observação dos itens em causa. Geralmente as investigações avaliam como comportamentos relacionados com a saúde fumar, consumo de álcool, exercício físico ou a alimentação. No fundo refere-se aos estilos de vida, sendo que no presente estudo comprova-se que os traços de personalidade influenciam os estilos de vida dos idosos. O factor “cuidados com a saúde” reporta-se à procura de cuidados médicos (ir ao médico e fazer exames de rotina). Apesar do nome do factor “cuidados com a saúde” ser parecido com os comportamentos com a saúde não avaliam os mesmos aspectos, explicando os resultados divergentes.

Na literatura explica-se a relação entre a personalidade e os diversos aspectos do estilo de vida em função da teoria da personalidade de Eysenck, argumentando que os indivíduos procuram situações em conformidade com as suas características de personalidade. Consequentemente, os hábitos saudáveis seriam, em parte, resultado da personalidade (Courneya & Hellsten, 1998; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). Por exemplo, os sujeitos extrovertidos são mais activos, sociais e

procuram actividades excitantes. Assim, tendem a praticar mais exercício físico, sendo esta uma actividade congruente com a sua personalidade (Bogg *et al.*, 2008; Courneya & Hellsten, 1998). O estudo de Hoyt *et al.* (no prelo) é congruente com esta perspectiva, reforçando-a. Verificou-se que a faceta “activo” da extroversão predizia a intenção de praticar exercício físico e conseqüentemente a prática efectiva do exercício. Neste sentido, também é de fácil compreensão a relação positiva entre a extroversão e o suporte social. O carácter social deste traço de personalidade promove os relacionamentos sociais (Tong *et al.*, 2004).

Seguindo este raciocínio, a influência da extroversão no *coping* funcional pode ser consequência dos sujeitos extrovertidos manifestarem mais emoções positivas, o que irá minimizar a preocupação excessiva com os problemas. Em contrapartida, devido às características do neuroticismo (e.g. hostilidade, ansiedade, depressão, impulsividade) é esperada a sua influência negativa na socialização dos idosos. O neuroticismo também não favorece o *coping* funcional, pois as suas características são mais congruentes com estratégias de ruminação, favorecendo a preocupação excessiva com os problemas.

De referir que os sujeitos abertos a novas experiências estarão mais disponíveis para iniciarem novas actividades desportivas e/ou lúdicas, assim como será mais fácil aderirem a novos hábitos alimentares, favorecendo os cuidados com a alimentação. Em função das características da amabilidade (e.g. confiança, altruísmo, sensibilidade, preocupação com os outros) é natural que favoreça a interacção social dos idosos, aumentando os recursos de suporte social e porventura facilitando o *coping* adaptativo.

Todavia, na literatura também se encontram relações entre os traços de personalidade e determinados aspectos dos estilos de vida que não se reproduziram no presente estudo. Por exemplo Courneya e Hellsten (1998) constaram que o

neuroticismo diminui a possibilidade de se praticar actividade física, tendo a conscienciosidade um papel oposto. A conscienciosidade é ainda indicada como um preditor positivo da rede de suporte social (Lopes *et al.*, 2003; Tong *et al.*, 2004) e de um estilo de vida saudável (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

Tal facto pode dever-se, pelo menos em parte, às referidas investigações reportarem-se a populações muito diversas da amostra do presente estudo. A maioria destes estudos incide sobre indivíduos jovens, além que nenhum deles se reporta à realidade portuguesa. Por exemplo, nestes estudos a conscienciosidade é referida como uma variável importante para um estilo de vida saudável. Lemos-Giráldez e Fidalgo-Aliste (1997) opinam que adoptar hábitos mais saudáveis, adiando as gratificações imediatas em função de benefícios a longo termo está em consonância com as características da conscienciosidade, explicando a relevância deste traço de personalidade no estilo de vida. Todavia, a presente amostra é idosa, sendo que o tempo de vida esperado é muito inferior ao dos jovens. O futuro nesta fase da vida pode não ser tão importante, pelo que os sujeitos podem estar mais centrados no presente, tal como defendido por Clarke e Warren (2007; citados por Grant, 2008). Assim, a auto-disciplina pode não ser tão relevante na terceira idade, sendo os aspectos emocionais (neuroticismo e extroversão) mais importantes.

Tabela 10: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* activo

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,187	10,317**			0,000
Constante					1,867	0,063
	Neuroticismo			-0,088	-1,226	0,222
	Extroversão			0,326	4,346**	0,000
	Abertura à experiência			0,146	2,114*	0,036
	Amabilidade			-0,096	-1,468	0,144
	Conscienciosidade			0,051	0,760	0,448

Variável dependente: estilo de *coping* activo

*p<0,05 **p<0,01

A Tabela 10 mostra o modelo de regressão dos traços de personalidade sobre o *coping* activo. Consta-se que os únicos traços de personalidade significativos são a extroversão e a abertura à experiência, sendo que ambos potenciam o *coping* activo.

Tabela 11: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* planear

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,156	8,477**			0,000
Constante					2,360*	0,019
	Neuroticismo			-0,034	-0,461	0,645
	Extroversão			0,311	4,064**	0,000
	Abertura à experiência			0,146	2,322*	0,021
	Amabilidade			-0,133	-2,006*	0,046
	Conscienciosidade			0,008	0,121	0,904

Variável dependente: estilo de *coping* planear

*p<0,05 **p<0,01

Também este modelo preditivo tem uma capacidade explicativa pequena. Entre os vários traços de personalidade somente três predizem significativamente o *coping* de planear, com principal destaque para a extroversão. A extroversão e a abertura à experiência promovem o uso do *coping* de planeamento, enquanto a amabilidade diminui o uso do *coping* de planear.

Realizou-se uma regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* suporte instrumental. Observa-se os traços de personalidade não explicam significativamente a variância do suporte instrumental (F=1,948; p=0,088), sugerindo que a personalidade é irrelevante para este estilo de *coping*.

Tabela 12: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* suporte social e emocional

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,033	2,403*			0,038
Constante					1,203	0,230
	Neuroticismo			-0,027	-0,341	0,734
	Extroversão			0,204	2,489*	0,014
	Abertura à experiência			0,032	0,420	0,675
	Amabilidade			0,059	0,827	0,409
	Conscienciosidade			-0,010	-0,136	0,892

Variável dependente: estilo de *coping* suporte social e emocional

*p<0,05

Através da Tabela 12 observa-se que os traços de personalidade têm uma diminuta influência no *coping* de suporte social e emocional, pois a capacidade explicativa deste modelo é muito fraca. Somente a extroversão prediz, de forma significativa, a variável dependente, promovendo o uso deste estilo de *coping*.

Tabela 13: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* religião

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,079	4,495**			0,001
Constante					1,237	0,217
	Neuroticismo			0,268	3,512**	0,001
	Extroversão			-0,137	-1,710	0,089
	Abertura à experiência			0,108	1,473	0,142
	Amabilidade			0,080	1,157	0,249
	Conscienciosidade			0,114	1,597	0,112

Variável dependente: estilo de *coping* religião

**p<0,01

Apesar do modelo preditivo apresentado na tabela 13 ser muito significativo a sua capacidade explicativa é muito baixa, já que o conjunto dos traços de personalidade apenas prediz 7,9% da variância deste estilo de *coping*. De facto, somente um dos traços de personalidade prediz significativa a variável dependente, o neuroticismo, que favorece o uso da religião como estratégia de *coping*.

Tabela 14: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* reinterpretção positiva

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,286	17,249**			0,000
Constante					0,245	0,807
	Neuroticismo			-0,240	-3,564**	0,000
	Extroversão			0,298	4,241**	0,000
	Abertura à experiência			0,168	2,596*	0,010
	Amabilidade			0,041	0,678	0,499
	Conscienciosidade			0,035	0,555	0,579

Variável dependente: estilo de *coping* reinterpretção positiva

*p<0,05 **p<0,01

O modelo preditivo em relação ao *coping* de reinterpretção positiva é dotado de uma boa capacidade explicativa. No plano individual é a extroversão que se assume como o traço de personalidade mais explicativo da variância da variável dependente. Pode-se observar que a extroversão e a abertura à experiência predizem positivamente a reinterpretção positiva, isto é, favorecem o uso deste estilo de *coping*. O neuroticismo tem um efeito contrário.

Tabela 15: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* auto-culpabilização

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,071	4,085**			0,001
Constante					0,501	0,617
	Neuroticismo			0,108	1,411	0,160
	Extroversão			0,085	1,060	0,290
	Abertura à experiência			0,275	3,717**	0,000
	Amabilidade			-0,093	-1,333	0,184
	Conscienciosidade			-0,013	-0,183	0,855

Variável dependente: estilo de *coping* auto-culpabilização

**p<0,01

Os traços de personalidade, no seu conjunto, explicam apenas uma pequena parte da variância do estilo de coping auto-culpabilização (7,1%). Só a abertura à experiência influencia significativamente a variável dependente promovendo o *coping* de auto-culpabilização.

Tabela 16: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* aceitação

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,052	3,220**			0,008
Constante					0,058	0,954
	Neuroticismo			0,084	1,086	0,279
	Extroversão			-0,081	-1,003	0,317
	Abertura à experiência			0,104	1,392	0,165
	Amabilidade			0,024	0,381	0,703
	Conscienciosidade			0,280	3,866**	0,000

Variável dependente: estilo de *coping* aceitação

**p<0,01

Também para o estilo de *coping* aceitação o modelo de regressão obtido tem uma capacidade explicativa muito fraca. O conjunto de traços de personalidade apenas explica 5,2% da variância do estilo de *coping* de aceitação, sendo que o único traço com influência estatisticamente muito significativa é a conscienciosidade.

Na regressão linear múltipla entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* expressão de sentimentos obteve-se um modelo de regressão não significativo (F=2,125; p=0,064), sugerindo que a personalidade não é uma variável determinante.

Tabela 17: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* negação

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,049	3,097*			0,010
Constante					0,047	0,963
	Neuroticismo			0,181	2,328*	0,021
	Extroversão			0,291	3,588**	0,000
	Abertura à experiência			0,011	0,143	0,887
	Amabilidade			-0,015	-0,207	0,836
	Conscienciosidade			-0,055	-0,763	0,446

Variável dependente: estilo de *coping* negação

*p<0,05 **p<0,01

O *coping* de negação também é muito pouco explicado pela personalidade (4,9% da variância). Entre os cinco traços de personalidade considerados somente

dois explicam significativamente a variância do *coping* de negação. Assim, o neuroticismo e a extroversão promovem o uso do *coping* de negação.

Tabela 18: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* auto-distração

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,049	3,114*			0,010
Constante					1,221	0,224
	Neuroticismo			0,050	0,643	0,521
	Extroversão			0,193	2,374*	0,019
	Abertura à experiência			0,131	1,757	0,080
	Amabilidade			0,051	0,720	0,472
	Conscienciosidade			-0,117	-1,617	0,107

Variável dependente: estilo de *coping* auto-distração

**p<0,05

No caso da auto-distração o modelo de regressão indica que a personalidade também explica pouco deste estilo de *coping*. Aliás somente a extroversão influencia significativamente o *coping* de auto-distração, favorecendo o seu uso. Os restantes traços de personalidade não apresentam poder preditivo.

Tabela 19: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* desinvestimento comportamental

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,098	5,399**			0,000
Constante					2,287*	0,023
	Neuroticismo			0,121	1,595	0,112
	Extroversão			-0,187	-2,361*	0,019
	Abertura à experiência			-0,133	-1,827	0,069
	Amabilidade			0,069	1,011	0,313
	Conscienciosidade			-0,071	-1,011	0,313

Variável dependente: estilo de *coping* desinvestimento comportamental

*p<0,05 **p<0,01

Mais uma vez só um dos traços de personalidade considerados influencia significativamente o estilo de *coping*. Neste caso, a extroversão diminui a probabilidade dos idosos recorrerem ao *coping* de desinvestimento comportamental. No

entanto, a sua capacidade preditiva é muito fraca, decorrente da pouca capacidade explicativa deste modelo de regressão.

Em relação ao estilo de *coping* uso de substância também se realizou uma regressão linear múltipla, tendo como variáveis independentes os cinco traços de personalidade. O resultado ($F=0,692$; $p=0,630$) indica que os traços de personalidade avaliados são irrelevantes para o recurso dos idosos a substâncias (e.g. álcool, medicamentos) como forma de lidarem com os seus problemas.

Tabela 20: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os traços de personalidade e o estilo de *coping* humor

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R^2_{adj}	F	Beta	t	p
Traços de personalidade		0,201	11,224**			0,000
Constante					0,884	0,378
	Neuroticismo			-0,168	-2,365*	0,019
	Extroversão			0,280	3,759**	0,000
	Abertura à experiência			0,186	2,709**	0,007
	Amabilidade			-0,040	-0,614	0,540
	Conscienciosidade			-0,042	-0,625	0,533

Variável dependente: estilo de *coping* humor

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

O modelo de regressão apresentado na tabela 20 é dotado de uma boa capacidade explicativa, sugerindo a relevância da personalidade na variância do uso do *coping* de humor. Numa análise mais aprofundada, constata-se a extroversão e a abertura à experiência favorecem o *coping* de humor, enquanto o neuroticismo diminui o uso deste estilo de *coping*. Destaca-se ainda que a extroversão é o principal traço de personalidade preditor.

Após a análise de todas as regressões múltiplas entre os traços de personalidade e os estilos de *coping* conclui-se que a personalidade tem uma influência moderada a fraca sobre as estratégias de *coping* adoptadas pelos idosos. A personalidade explica uma boa parte da variância do *coping* de reinterpretação positiva e do humor, e explica moderadamente a variância do *coping* activo e do

coping de planeamento. Entre os restantes estilos de *coping* considerados, três não são influenciados pela personalidade (suporte instrumental, expressão de sentimentos e uso de substâncias), enquanto sete estilos de *coping* são pouco explicados pela personalidade (apresentados por ordem decrescente): desinvestimento comportamental, religião, auto-culpabilização, aceitação, negação, auto-distracção e suporte social e emocional. Ainda assim confirma-se que o *coping* é influenciado pela personalidade (Bishop *et al.*, 2001; DeLongis & Holtzman, 2005; Kallasmaa & Pulver, 2000; Vollrath & Torgersen, 2000).

Observando quais os estilos de *coping* que cada traço de personalidade explica, constata-se que estão em consonância com as características dos traços de personalidade. Salieta-se que é a extroversão o traço de personalidade mais relevante para o *coping* disposicional, facto congruente com a literatura, que aponta a extroversão e o neuroticismo como os principais traços de personalidade preditores do *coping* (Sorlie & Sexton, 2001).

A extroversão favorece o *coping* activo, o *coping* de planeamento, o suporte social e emocional, a reinterpretação positiva, a negação, a auto-distracção e diminui o uso do *coping* de desinvestimento comportamental. No geral, a extroversão promove o *coping* activo e o suporte social, o que está em conformidade com o facto dos sujeitos extrovertidos serem activos, sociais e assertivos. Todavia, este traço de personalidade também favorece alguns estilos de *coping* menos benéficos, embora a sua influência seja muito pequena.

No geral estas relações entre a extroversão e os estilos de *coping* também foram aferidas noutros estudos. Por exemplo, Kallasmaa e Pulver (2000) verificaram que a extroversão se relaciona positivamente com o *coping* activo, com a reinterpretação positiva e negativamente com o *coping* de desinvestimento comportamental. Também Bishop *et al.* (2001) constatam que a extroversão favorece a reinterpretação positiva.

Consequentemente, a extroversão está associada ao *coping* adequado, nomeadamente ao *coping* de resolução de problemas (DeLongis & Holtzman, 2005; Sorlie & Sexton, 2001), principalmente quando associada a elevados níveis de conscienciosidade (Vollrath & Torgersen, 2000).

O neuroticismo contribui para um maior recurso ao *coping* religioso e de negação, mas diminui o uso do *coping* de reinterpretação positiva e do humor. As características mais típicas deste traço de personalidade (e.g. hostilidade, ansiedade, depressão), favorecem estilos de *coping* desadequados, tais como negar os problemas. Em oposição, diminuem o recurso ao *coping* adaptativo, não permitindo encarar o problema através de uma perspectiva mais positiva. Em congruência, num estudo com idosos, observou-se que o neuroticismo diminui o *coping* adaptativo (e.g. *coping* activo, reinterpretação positiva) e favorece o *coping* desajustado (Boland & Cappeliez, 1997). Kallasmaa e Pulver (2000) também constataram que o neuroticismo relacionava-se negativamente com o *coping* de reinterpretação positiva e positivamente com o *coping* de negação. Por sua vez, Bishop *et al.* (2001) obtiveram uma relação positiva entre o neuroticismo e o *coping* de evitamento. No fundo, o neuroticismo está associado ao *coping* disfuncional (DeLongis & Holtzman, 2005; Sorlie & Sexton, 2001; Vollrath & Torgersen, 2000), geralmente através do maior recurso ao *coping* de evitamento e auto-culpabilização e menor uso do *coping* de resolução de problemas. É provável que os elevados níveis de afectividade negativa, característica do neuroticismo, contribuam para o uso de estratégias de *coping* desajustadas (DeLongis & Holtzman, 2005).

A abertura à experiência promove o *coping* activo, a reinterpretação positiva, o humor e a auto-culpabilização. Parece que é importante ser-se aberto a novas ideias e situações, criativo, imaginativo e flexível para se desenvolver estratégias activas na resolução dos problemas, na forma como se encaram os acontecimentos e até na admissão da culpa. Outros autores também reportam relações positivas entre a

abertura à experiência e a reinterpretação positiva (Bishop *et al.*, 2001) e o *coping* activo (Penley & Tomaka, 2002; Sorlie & Sexton, 2001).

Os restantes traços de personalidade, a amabilidade e a conscienciosidade, demonstram uma fraca influência nos estilos de *coping*. A amabilidade favorece o *coping* de planeamento, enquanto a conscienciosidade promove a aceitação dos factores de stresse. Na verdade, ainda não se sabe muito sobre o papel da amabilidade no *coping*. Geralmente associa-se este traço de personalidade ao *coping* de suporte social. Contudo, por vezes a amabilidade não demonstra influenciar significativamente o *coping*. Os autores julgam que tal facto pode decorrer da estreita relação entre a amabilidade e os relacionamentos interpessoais. Consequentemente, a relevância da amabilidade no *coping* pode estar limitada a situações de stresse interpessoal (DeLongis & Holtzman, 2005).

Contudo, outras investigações demonstraram outros resultados não encontrados no presente estudo. A título de exemplo, o facto da abertura à experiência não se relacionar com nenhum estilo de *coping* (Kallasmaa & Pulver, 2000) ou da conscienciosidade não se apresentar como um traço de personalidade relevante para os estilos de *coping* de resolução de problemas (Bishop *et al.*, 2001; Brebner, 2001; Penley & Tomaka, 2002; Vollrath & Torgersen, 2000). Tal facto poderá decorrer da diferença entre amostras. Os participantes dos referidos estudos eram jovens (e.g. universitários, população activa) e de outra cultura, tendo vivências e experiências completamente diferentes dos idosos portugueses. Muitos dos factores de stresse dos idosos participantes no presente estudo são problemas de saúde, frequentemente crónicos e debilitantes (e.g. doenças reumáticas, problemas cardíacos). A especificidade dos problemas quotidianos com que se deparam os idosos, especialmente os mais velhos, pode explicar o fraco papel da conscienciosidade nos estilos de *coping*. Neste sentido, a conscienciosidade poderá somente favorecer a

aceitação dos problemas, permitindo aos idosos reconhecerem as limitações e posteriormente procurarem adaptarem-se.

3) Os estilos de vida influenciam o BES, a saúde física e a saúde mental dos sujeitos?

Tabela 21: Regressão linear múltipla (método *enter*) entre os factores dos estilos de vida e a satisfação com a vida

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R^2_{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,260	15,298**			0,000
Constante					2,393*	0,018
	Actividade			0,148	2,050*	0,042
	Socialização			0,295	4,024**	0,000
	<i>Coping</i> funcional			0,270	4,183**	0,000
	Cuidados alimentação			-0,141	-2,204*	0,029
	Cuidados saúde			-0,044	-0,677	0,499

Variável dependente: satisfação com a vida

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Através do modelo de regressão na Tabela 21 constata-se que os factores dos estilos de vida actividade, socialização e *coping* funcional explicam positivamente a satisfação com a vida, enquanto os cuidados com a alimentação explica negativamente. Este modelo de regressão apresenta uma boa capacidade explicativa da satisfação com a vida. De referir que, individualmente, os principais preditores são a socialização (8,7%) e o *coping* funcional (7,2%). Os cuidados com a alimentação (1,9%) e a actividade (2,1%) explicam pouco da variância da variável dependente.

Os dados referentes ao factor socialização demonstram que ter amigos, ajudar os outros, ter ajuda disponível quando se necessita e manter relações sociais satisfatórias promove a satisfação com a vida. Estes resultados vão ao encontro da literatura existente. Por exemplo, diversos autores referem a importância das relações sociais no BES (e.g. Chou, 1999; Dzuka & Dalbert, 2006; Fonseca, 2005a; Gallagher & Vella-Brodrick, 2008; Lu, 1995; Tkach & Lyubomirsky, 2006) e na satisfação com a

vida (Bar-Tur *et al.*, 1998; Gallagher & Vella-Brodrick, 2008). Em coerência, McAuley *et al.* (2000) opinam que os programas com o objectivo de promover o BES dos idosos devem apostar na facilitação da interacção social. De facto, os idosos com níveis mais elevados de suporte social demonstram maior satisfação com a vida (Boland & Cappeliez, 1997; Kahn, Hessling & Russell, 2003).

Em relação ao factor *coping* funcional constata-se que não se preocupar exageradamente com os problemas é benéfico para a satisfação com a vida. A literatura também indica que o *coping* está relacionado com a satisfação com a vida (e.g. Clement & Nilsson-Schonnesson, 1998; citados por Lever *et al.*, 2005; Diener *et al.*, 1997), sendo que o poder preditivo das estratégias de *coping* revela-se mais forte na dimensão cognitiva do BES (Gueda *et al.*, 2006). Em traços gerais, os indivíduos com níveis de BES mais elevados tendem a recorrer a estratégias de *coping* positivas, enquanto os sujeitos menos felizes tendem a utilizar estratégias de *coping* negativas (McCrae & Costa, 1986; cit in Diener *et al.*, 1997).

Outro preditor da satisfação com a vida é o factor actividade, sugerindo que manter um estilo de vida relativamente activo, praticar exercício físico e realizar actividades de interesse para o idoso (e.g. passatempos, actividades culturais) promove a satisfação com a vida. Novamente, estes resultados vão ao encontro da literatura. A título de exemplo, Bar-Tur *et al.* (1998) e Sequeira (2007) referem que manter uma actividade de interesse favorece a satisfação com a vida na terceira idade. Fonseca (2005a) salienta a importância de manter um estilo de vida activo após a reforma e iniciar novas actividades (e.g. voluntariado, universidade sénior, etc.), sendo que a prática regular de exercício físico promove bem-estar (Sequeira, 2007) e a satisfação com a vida (Fox *et al.*, 2007; McAuley *et al.*, 2000).

Em relação ao quarto factor dos estilos de vida, os cuidados com a alimentação, os resultados não correspondem à ideia de que um estilo de vida saudável promove o componente cognitivo do BES. Remick, Pliner e McLean (2009) também constataram

que os indivíduos que fazem restrições alimentares demonstram menos satisfação com a vida. Todavia esta relação só se verifica quando o prazer de comer é importante para os sujeitos. No presente estudo, o factor cuidados com a alimentação centra-se bastante na restrição de alimentos considerados prejudiciais à saúde (salgados e gorduras). Neste sentido, parece que restringir alimentos considerados saborosos diminui a satisfação com a vida, provavelmente porque diminui uma das fontes de prazer. Salienta-se ainda que os cuidados com a alimentação predizem negativamente a avaliação subjectiva da saúde. É provável que a restrição de determinados alimentos ocorra em função de problemas de saúde. Por sua vez, diversos estudos (e.g. Griffin *et al.*, 2006; Zhang *et al.*, 2008) demonstraram que os problemas de saúde diminuem a satisfação com a vida.

Apesar dos dados indicarem que quanto maior os cuidados com a alimentação menor a satisfação com a vida, salienta-se que o poder preditivo deste factor é muito reduzido. Assim não invalida que a prática de um estilo de vida saudável promova os níveis de satisfação com a vida. De facto, a regressão linear simples (método *enter*) para o total da escala EEVI, sugere que o estilo de vida saudável favorece a satisfação com a vida ($F=46,984$; $p=0,000$; $GL=1$), explicando 18,5% da sua variância ($r^2_{adj}=0,185$). Salienta-se que o valor da constante não é significativo ($t=1,023$; $p=0,308$).

Outros autores já haviam identificado alguns aspectos de um estilo de vida saudável – relações sociais e exercício físico – que favorecem o BES na terceira idade (e.g. McAuley *et al.*, 2000). Noutra investigação, com estudantes universitários, também se concluiu que um estilo de vida saudável promove níveis superiores de satisfação com a vida (Ribeiro & Cruz, 2008). O presente estudo permite confirmar que também nos idosos a prática de um estilo de vida saudável favorece a satisfação com a vida.

Tabela 22: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de vida e os afectos positivos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,291	17,637**			0,000
Constante					2,397*	0,017
	Actividade			0,345	4,893**	0,000
	Socialização			0,242	3,375**	0,001
	<i>Coping</i> funcional			0,144	2,283*	0,023
	Cuidados alimentação			-0,078	-1,254	0,211
	Cuidados saúde			-0,046	-0,719	0,473

Variável dependente: afectos positivos

*p<0,05 **p<0,01

Entre os diversos factores dos estilos de vida somente a actividade, a socialização e o *coping* funcional favorecem significativamente os afectos positivos, integrando um modelo preditivo com capacidade explicativa de quase 30%.

O factor dos estilos de vida mais influente na explicação dos afectos positivos é a actividade. Este resultado vai ao encontro dos estudos que indicam que a prática de exercício físico promove os afectos positivos (Reed & Ones, 2006; Yeung & Hemsley, 1997). Por exemplo, num estudo observou-se que as idosas que começaram a praticar exercício físico demonstraram melhor bem-estar emocional. Em contrapartida, ocorreu o oposto nas que deixaram de praticar actividade física (Lee & Russell, 2003).

Um outro estudo reforça a importância de um estilo de vida activo. Tkach e Lyubomirsky (2006) constataram que a ocupação do tempo livre com actividades passivas (e.g. ver televisão, dormir) não aumenta os níveis de felicidade. Em contrapartida, ocupar os tempos livres com actividades activas, tais como exercício físico e *hobbies*, promovem os níveis de felicidade. Inclusive, a ocupação do tempo livre com actividades activas assumiu-se como um dos principais preditores (positivo) da felicidade dos indivíduos.

O segundo factor mais relevante é a socialização, que potencia os afectos positivos. Este dado é coerente com a literatura, que indica que o suporte social é

essencial para o BES (Argyle, 2003; Carr, 2004; Dzuka & Dalbert, 2006). Alias num estudo com o objectivo de identificar as estratégias utilizadas pelos sujeitos para fomentar os seus níveis de felicidade encontra-se o convívio social, destacando-se como uma das principais estratégias (Tkach & Lyubomirsky, 2006).

Na regressão linear simples, com o total dos estilos de vida como variável independente, observou-se que a prática de um estilo de vida saudável beneficia a afectividade positiva ($F=73,862$; $p=0,000$). O somatório dos estilos de vida tem uma capacidade explicativa de 26% da variância dos afectos positivos ($R^2_{adj}=0,264$). Saliencia-se a não significância da constante ($t=0,873$; $p=0,384$). Estes dados vão ao encontro dos resultados de um estudo com estudantes, indicando que o estilo de vida saudável promove a afectividade positiva (Ribeiro & Cruz, 2008).

Tabela 23: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de vida e os afectos negativos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R^2_{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,217	12,240**			0,000
Constante					7,464**	0,000
	Actividade			-0,107	-1,441	0,151
	Socialização			-0,093	-1,229	0,221
	<i>Coping</i> funcional			-0,404	-6,093**	0,000
	Cuidados alimentação			-0,006	-0,097	0,923
	Cuidados saúde			0,127	1,887	0,061

Variável dependente: afectos negativos

** $p<0,01$

Em relação aos afectos negativos a regressão linear múltipla, apresentou um modelo significativo com uma capacidade explicativa de pouco mais de 20%. Contudo, entre os cinco factores dos estilos de vida somente o *coping* funcional integra o modelo, contribuindo para proteger os sujeitos dos afectos negativos.

Um padrão de pensamento caracterizado pela preocupação excessiva e pela ruminação é prejudicial para a saúde física e mental (Harvard Health Letter, 2007) e promove a afectividade negativa (Thomsen, Mehlsen, Christensen & Zachariae, 2003; Thomsen *et al.*, 2004). O facto das pessoas se centrarem nas experiências negativas

é nocivo para os níveis de felicidade (Tkach & Lyubomirsky, 2006). No sentido oposto, não se centrar demasiado nos acontecimentos stressantes, não se preocupar em excesso e não pensar repetidamente nos acontecimentos negativos deverá favorecer o bem-estar. Consequentemente, é esperado que o *coping* funcional promova o BES, impulsionando a satisfação com a vida e os afectos positivos e diminuindo os afectos negativos.

Na regressão linear simples, com a variável EEVI_Total como variável independente, também se verificou que os estilos de vida ($F=25,786$; $p=0,000$) predizem significativamente a variância dos afectos negativos, explicando quase 11% ($R^2_{adj}=0,109$) desta. Acrescenta-se que a prática de um estilo de vida saudável contribui para o decréscimo dos afectos negativos ($t=-5,078$; $p=0,000$). Ribeiro e Cruz (2008) também verificaram que ter um estilo de vida saudável diminui a afectividade negativa. Presentemente, sabe-se que tal facto também é válido na terceira idade.

Conclui-se que a prática de um estilo de vida saudável promove a satisfação com a vida e os afectos positivos e diminui os afectos negativos, isto é, favorece índices de BES mais elevados. Contudo, quando se observa o poder preditivo individual dos cinco factores do estilo de vida, verifica-se que nem todos os factores influenciam os componentes do BES. Os factores mais relevantes são a socialização, a actividade e o *coping* funcional. De facto num estudo de amostra alargada com jovens constatou-se que estratégias como procurar conviver com os outros, praticar desporto ou outros passatempos são estratégias que promovem os níveis de felicidade (Tkach & Lyubomirsky, 2006).

Apesar dos estilos de vida predizerem todos os componentes do BES, a prática de um estilo de vida saudável é mais influente na satisfação com a vida e nos afectos positivos. Os afectos negativos são o componente do BES menos explicado pelo estilo de vida dos sujeitos.

Na literatura é referido que apesar dos traços de personalidade serem um forte preditor do BES, não é o único factor importante. O BES resulta da influência de múltiplos factores (e.g. Diener *et al.*, 1999; Diener, 1996; Lu & Shih, 1997). Tkach e Lyubomirsky (2006) referem que aproximadamente metade da variância individual do nível de felicidade não decorre de factores sociodemográficos ou disposicionais, sendo os comportamentos dos sujeitos um factor relevante. Neste sentido, os níveis de felicidade não estão predeterminados em função das características de personalidade. Os comportamentos das pessoas dão um forte contributo para o seu bem-estar. O presente estudo vai ao encontro desta perspectiva, sugerindo que o estilo de vida é um dos factores comportamentais relevantes para o BES dos sujeitos.

Tabela 24: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de vida e a auto-percepção de saúde

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,275	16,372**			0,000
Constante					4,636**	0,000
	Actividade			0,383	5,366**	0,000
	Socialização			0,058	0,795	0,428
	<i>Coping</i> funcional			0,251	3,930**	0,000
	Cuidados alimentação			-0,153	-2,419*	0,016
	Cuidados saúde			-0,197	-3,041**	0,003

Variável dependente: auto-percepção de saúde

*p<0,05 **p<0,01

Através da Tabela 24 verifica-se que os estilos de vida predizem significativamente a auto-percepção de saúde dos sujeitos. Este modelo de regressão demonstra uma capacidade explicativa moderada. A actividade e o *coping* funcional favorecem a auto-percepção de saúde, ou seja, os idosos que têm um estilo de vida mais activo e recorrem a um *coping* mais adaptativo tendem a apresentar uma melhor avaliação subjectiva de sua saúde. Em oposição, pontuações mais elevadas nos cuidados com a alimentação e com a saúde conduzem a uma pior avaliação subjectiva da saúde.

Na regressão linear simples entre o total da escala de estilos de vida e a percepção de saúde, verificou-se que quanto mais saudável é o estilo de vida melhor a percepção de saúde ($F=33,035$; $p=0,000$). Contudo, a capacidade explicativa do total do estilo de vida ($R^2_{adj}=0,136$) é menor.

Tabela 25: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de vida e o estado de saúde

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R^2_{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,101	5,565**			0,000
Constante					1,515	0,131
	Actividade			-0,204	-2,563*	0,011
	Socialização			-0,085	-1,053	0,293
	Coping funcional			-0,100	-1,400	0,163
	Cuidados alimentação			0,137	1,955	0,052
	Cuidados saúde			0,227	3,159**	0,002

Variável dependente: estado de saúde

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Os estilos de vida também predizem o estado de saúde, embora a sua capacidade explicativa seja bem inferior. Ainda assim, observa-se que a actividade prediz um menor número de doenças, enquanto os cuidados com a saúde predizem um maior número de doenças reportadas pelos idosos. De referir que a não significância do factor cuidados com a alimentação é marginal.

Na regressão linear simples tendo o total da escala EEVI como variável independente, observa-se que o poder de predição sobre o estado de saúde é praticamente inexistente ($R^2_{adj}=0,017$). Todavia o modelo apresenta-se como significativo ($F=4,508$; $p=0,035$), sendo que a prática de um estilo de vida saudável prediz um menor número de doenças ($t=-2,123$; $p=0,035$).

Conclui-se que o estilo de vida influencia a saúde física, tal como a classe médica tem defendido (Agin & Perkins, 2008; Kreuter, Scharff, Brennan & Lukwago, 1997). A actividade prediz positivamente a percepção de saúde e negativamente o número de doenças. Os dados indicam que ter um estilo de vida activo, praticar actividade física e desenvolver actividades de interesse é benéfico para a saúde.

Estes resultados são concordantes com a literatura. É sobejamente reconhecido os benefícios para a saúde da prática de exercício físico (Agin & Perkins, 2008; Chodzko-Zajko, Schwingel & Park, 2008; Cousins & Gillis, 2005; Fox *et al.*, 2007; Kennedy, 2006, Ramírez-Hoffmann, 2002; Leinonen, Heikkinen & Jylha, 2001). Por sua vez, Sequeira (2007) salienta a importância, para a saúde, de manter actividades de interesse para o indivíduo.

O *coping* funcional, caracterizado por um padrão cognitivo oposto à preocupação excessiva e à ruminação prediz positivamente a saúde física. De facto, a Harvard Health Letter (2007) refere que a preocupação excessiva favorece o surgimento de sintomatologia física, enquanto Thomsen *et al.* (2004) constaram a influência negativa da ruminação na avaliação subjectiva da saúde de idosos. Convém recordar que o stress acelera o envelhecimento celular e favorece o surgimento de diversas patologias (Agin & Perkins, 2008; Epel *et al.*, 2006). Por exemplo, é um factor de risco para as doenças cardiovasculares, através da mediação de múltiplos factores psicológicos e fisiológicos (Epel *et al.*, 2006). Os dados indicam que o *coping* é um desses factores, sendo que não se preocupar em excesso com os problemas promove a percepção de saúde. Possivelmente porque permite diminuir as respostas fisiológicas nocivas para a saúde que elevados estados de stress provocam. Outra possível explicação é que os sujeitos que não se preocupam em excesso com as situações stressantes não estão tão centrados nos seus problemas de saúde, percebendo a sua saúde como mais favorável.

Os cuidados com a alimentação diminuem a avaliação subjectiva da saúde. Este resultado parece ser incongruente com os diversos autores que referem que ter uma alimentação saudável é essencial para uma boa saúde, principalmente na terceira idade (Agin & Perkins, 2008; Haveman-Nies *et al.*, 2003; Kennedy, 2006; López, Rice, Weddle, Fada & Rahill, 2008; Spencer *et al.*, 2005). Provavelmente são os idosos com problemas de saúde que têm mais cuidados com a alimentação, diminuindo o

consumo de alimentos prejudiciais (e.g. salgados, gorduras). Desta forma, os idosos que têm mais cuidado com a sua alimentação apresentam pior percepção da sua saúde.

Por sua vez, o factor cuidados com a saúde favorece uma pior avaliação subjectiva da saúde. Mais uma vez, o papel deste factor dos estilos de vida na saúde parece ser contrário ao indicado na literatura (e.g. Agin & Perkins, 2008; Spencer *et al.*, 2005), que referem como benéfico para a saúde ir regularmente ao médico. Todavia, em relação ao segundo indicador da saúde, o estado de saúde, constatou-se que os idosos que indicam ter mais cuidados com a saúde são os que reportam mais problemas de saúde. Os dados sugerem que as idas ao médico e a realização de exames médicos decorrem da existência de problemas de saúde, tendo um cariz terapêutico e não de prevenção.

No fundo, os resultados indicam que ter um estilo de vida saudável beneficia a saúde, nomeadamente praticar exercício físico e actividades de interesse (passatempos), assim como adoptar um estilo de *coping* funcional. No entanto, os cuidados com a alimentação e com a saúde predizem negativamente a auto-percepção de saúde, apesar deste tipo de comportamentos ser considerado benéfico e aconselhado (Agin & Perkins, 2008; Kennedy, 2006; Spencer *et al.*, 2005). Este resultado pode decorrer destes comportamentos surgirem como consequência de problemas de saúde e não como forma de prevenção. Os idosos que têm mais cuidado com a alimentação e saúde podem fazê-lo porque já têm problemas de saúde e não para prevenirem eventuais doenças e manterem-se saudáveis.

De facto, o aconselhamento médico sobre a adopção de um estilo de vida mais saudável tem uma vertente mais terapêutica do que preventiva. O aconselhamento médico para o aumento do exercício físico e a diminuição do consumo de gordura é mais frequente para os pacientes que já apresentem sinais de risco (e.g. elevado IMC,

colesterol e tensão arterial; historia pessoal e familiar de doença cardíaca) do que para os pacientes sem esses sinais de risco. Em contrapartida, o padrão de exercício físico e de consumo de gorduras dos pacientes não se encontra relacionado com o aconselhamento do médico para mudar tais hábitos. No fundo, os médicos tendem a aconselhar mais os sujeitos cuja saúde já está comprometida, do que os indivíduos com hábitos não saudáveis mas ainda sem problemas de saúde (Kreuter *et al.*, 1997).

Tabela 26: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de vida e o IGS (BSI)

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de vida		0,154	8,405**			0,000
Constante					4,393**	0,000
	Actividade			-0,025	-0,330	0,742
	Socialização			-0,161	-2,053*	0,041
	<i>Coping</i> funcional			-0,304	-4,415**	0,000
	Cuidados alimentação			-0,033	-0,487	0,627
	Cuidados saúde			0,223	3,186**	0,002

Variável dependente: índice geral de sintomas (IGS)

*p<0,05 **p<0,01

A Tabela 26 mostra que entre os cinco factores dos estilos de vida, o *cooping* funcional e a socialização predizem negativamente o índice geral de sintomas psicopatológicos, enquanto os cuidados com a saúde influenciam positivamente a variável dependente. No geral, o modelo explicativo apresentado explica 15% da variância do IGS. Individualmente, o factor *cooping* funcional é o mais importante.

A socialização promove a saúde mental. Conviver com outras pessoas, desenvolver relações gratificantes e perceber suporte social actua como protector da saúde mental, diminuindo a sintomatologia psicopatológica. Na literatura encontram-se investigações que reforçam estes resultados. Por exemplo, Kahn *et al.* (2003) verificaram que o suporte social explica negativamente a depressão nos idosos, enquanto Okabayashi, Liang, Krause, Akiyama e Sugisawa (2004) observaram que o suporte social dos idosos influencia a sua saúde mental.

Os resultados também indicam que adoptar um estilo de *coping* funcional, caracterizado por não se preocupar em excesso com os problemas e não ter pensamentos de ruminação, é benéfico para a saúde mental. É esperado que ter uma visão menos pessimista e dramática dos problemas favoreça a saúde mental. De facto, sabe-se que ter um estilo de pensamento caracterizado pela ruminação (Heath & Berman, 2008) e pela preocupação excessiva (Harvard Health Letter, 2007) é nocivo para a saúde mental.

Em relação ao factor cuidados com a saúde, que promove a sintomatologia psicopatológica, os dados parecem contraditórios com a ideia que um estilo de vida saudável favorece a saúde mental. No entanto, anteriormente já se tinha observado que este factor prediz negativamente a saúde física. Parece que os idosos tendem a ir ao médico e fazerem exames quando já têm problemas de saúde e não como forma de prevenção. Assim é possível que a vivência de problemas de saúde favoreça o surgimento de sintomatologia psicopatológica.

Inesperadamente, o factor actividade não se revelou um preditor do índice geral de sintomatologia psicológica. Este resultado é incongruente com a literatura que aponta o exercício físico como protector da saúde mental (e.g. Azar, Ball, Salmon & Cleland, 2008; Chodzko-Zajko *et al.*, 2008; Fox *et al.*, 2007; Janney *et al.*, 2008), embora existam estudos que também não encontraram nenhuma relação entre o exercício físico e a saúde mental (Heath & Berman, 2008). O presente estudo sugere que para os idosos é mais relevante, para a sua saúde mental, a forma como lidam com as situações stressantes.

Na procura de confirmação dos resultados acima referidos realizou-se uma regressão linear simples entre a medida total dos estilos de vida e o índice de saúde mental, o IGS. Verifica-se que o somatório dos estilos de vida prediz significativamente o IGS ($F=11,317$; $p=0,001$). Outro dado a destacar é que a prática de um estilo de vida

saudável favorece a saúde mental ($t=-3,364$), pois diminui a sintomatologia psicológica. Todavia, a capacidade explicativa do total do estilo de vida é fraca ($R^2_{adj}=0,048$), sendo o valor da constante muito significativo ($t=6,695$; $p=0,000$).

Os resultados obtidos nesta questão de investigação sugerem que a prática de um estilo de vida saudável beneficia a saúde física e mental e principalmente o BES dos idosos. Conclui-se que o estilo de vida é uma variável fundamental para um envelhecimento bem sucedido. Destaca-se principalmente os contributos positivos do exercício físico, da realização de actividades de interesse, da socialização e do *coping* funcional. De facto, a manutenção de um estilo de vida activo, praticar actividade física e manter relacionamentos sociais positivos são essenciais para um envelhecimento saudável (Marquez *et al.*, 2009). Consequentemente, estes parecem ser aspectos centrais para trabalhar com a população idosa.

De referir que o exercício físico favorece a qualidade de vida (Gillison, Skevintgon, Sato, Standage & Evangelidou, no prelo; Fox *et al.*, 2007), sendo uma ferramenta fundamental para o envelhecimento saudável (Chozko-Zajko *et al.*, 2008; Fox *et al.*, 2007; Marquez *et al.*, 2009). Outro factor saliente na recomendação da prática de actividade física é o seu contributo na manutenção e na recuperação da saúde dos idosos (American College of Sports Medicine, 1998; citado por Cousins & Gillis, 2005; Chodzko-Zajko *et al.*, 2008; Marquez *et al.*, 2009). Contudo, os indivíduos idosos tendem a ser pouco activos e demonstram alguma relutância em praticarem exercício físico (Cousins & Gillis, 2005; Grant, 2008).

Neste sentido, parece importante desenvolver-se programas de incentivo ao exercício físico, especialmente nas instituições que trabalhem directamente com idosos. Esses programas devem abranger: 1) um esclarecimento sobre os benefícios do exercício físico (dando especial ênfase ao seu impacto no envelhecimento) e tipos de exercícios adequados; e 2) a realização de sessões de actividades físicas.

Em relação ao esclarecimento sobre os benefícios do exercício físico Cousins e Gillis (2005) opinam que se deve enfatizar os benefícios imediatos da actividade física, nomeadamente a sensação de bem-estar e o alargamento da rede de contactos sociais. Os autores referem que as pessoas já conhecem os benefícios do exercício físico para a saúde, sendo que tal não é suficiente para as motivar a adoptar uma vida mais activa. Marquez *et al.* (2009) referem a importância de se salientarem os resultados específicos que possam advir dos comportamentos saudáveis, o que irá favorecer a mudança comportamental.

A nível da prática de exercício físico é importante ter em atenção as características dos idosos que se pretende que adiram ao programa de exercício. Um dos grandes obstáculos é percepcionar as actividades propostas como não significativas. É importante considerar os interesses e opiniões dos idosos na planificação do exercício físico (Chodzko-Zajko *et al.*, 2008; Grant, 2008; Marquez *et al.*, 2009). Outro obstáculo é encarar o exercício físico como perigoso, sendo importante dar a conhecer os riscos e benefícios, assim como monitorizar a intensidade dos exercícios praticados. No sentido de promover a continuação da prática da actividade física deve-se dar um *feedback* personalizado da evolução do idoso no exercício físico (Chodzko-Zajko *et al.*, 2008).

É aconselhável os idosos praticarem exercícios aeróbios e de fortalecimento e flexibilidade muscular. A caminhada é o melhor exercício aeróbio, devendo ser praticada entre 3 a 5 dias por semana num mínimo de 30 minutos diários. Em relação ao fortalecimento muscular pode-se recorrer ao uso de pesos ou subir as escadas (Agin & Perkins, 2008; Chodzko-Zajko *et al.*, 2008). No caso dos sujeitos com problemas de saúde ou sedentários é mais vantajosa a prática de exercício físico de leve intensidade (Chodzko-Zajko *et al.*, 2008; Gillison *et al.*, no prelo). Poderá também ser útil proceder ao *coping* de planeamento, realizando uma planificação individualizada dos exercícios e da evolução do idoso (Ziegelmann, Lippke & Schwarzer, 2006).

Qualquer intervenção, individual ou colectiva, que se faça junto dos idosos com o intuito de promover a adopção de comportamentos saudáveis, deverá ter em consideração a auto-eficácia. Este construto psicológico é de extrema importância para o envelhecimento bem sucedido, assim como é vital para a implementação de um estilo de vida saudável (Marquez *et al.*, 2009). É importante ajudar os idosos a percepcionarem-se como capazes de executarem os comportamentos propostos.

Visto que ter um estilo de vida activo, preenchido com actividades de interesse para o idoso é vantajoso para o seu bem-estar e saúde pode-se também recomendar outras actividades. Por exemplo, puzzles, palavras cruzadas, sopa de letras, sudoku ou jogos de estratégia (e.g. damas, xadrez, cartas) são extremamente benéficos para estimular a cognição, para além do seu carácter lúdico e de socialização (Agin & Perkins, 2008). No entanto, existe uma grande diversidade de actividades que os idosos podem fazer (e.g. trabalhos manuais, passeios, ler). O importante é motivá-los a estarem activos. De referir que ao longo das entrevistas de recolha de dados frequentemente os idosos referiam ser importante fazerem algo, manter alguma actividade, para se sentirem bem física e psicologicamente.

Os resultados também sugerem a necessidade de se trabalhar a adopção de comportamentos preventivos, tais como aderir a uma alimentação saudável ou ir a consultas e exames de rotina. Pretende-se que este tipo de comportamentos actue como prevenção de problemas de saúde, e não surja somente como forma de minimizar os problemas de saúde já existentes.

Outros aspectos a ter em consideração na promoção de um estilo de vida mais saudável na terceira idade são as expectativas dos idosos sobre o envelhecimento. Quando essas expectativas são negativas actuam como um obstáculo a comportamentos saudáveis, principalmente a prática de exercício físico (Marquez *et*

al., 2009). Desta forma, pode ser necessário apurar quais as expectativas relativas ao envelhecimento do grupos de idosos com que se está a trabalhar.

Independentemente do sucesso do processo de envelhecimento acabarão por inevitavelmente surgirem problemas que colocarão em causa a manutenção de um estilo de vida saudável. Esses problemas podem ser de índole psicológica, física ou social/ambiental. Por isso Marquez *et al.* (2009) defendem a importância de se definirem estratégias proactivas, que prevejam de que forma se podem contornar os problemas que possam surgir. O importante é definirem-se objectivos realistas. Por exemplo, se a pessoa começa a ter menor mobilidade e dor ao andar em vez de caminhar longas distâncias, poderá continuar a caminhar percursos mais pequenos e demorando mais tempo ou recorrer à hidroginástica.

De referir que a promoção de comportamentos saudáveis deverá começar o mais cedo possível. Aliás o envelhecimento bem sucedido é um processo longo, resultante do padrão comportamental anterior à entrada na terceira idade. Assim, a adopção de um estilo de vida saudável deverá começar antes dos 60 anos e manter-se ao longo de toda a velhice (Marquez *et al.*, 2009).

4) Os estilos de *coping* influenciam o BES, a saúde física e a saúde mental?Tabela 27: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de *coping* e a satisfação com a vida

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de <i>coping</i>		0,193	4,471**			0,000
Constante					8,876**	0,000
	<i>Coping</i> activo			0,417	3,564**	0,000
	Planear			-0,362	-3,289**	0,001
	Suporte instrumental			0,038	0,504	0,615
	Suporte social e emocional			0,126	0,869	0,386
	Religião			-0,096	-1,432	0,154
	Reinterpretação positiva			0,250	3,058**	0,003
	Auto-culpabilização			-0,088	-1,231	0,220
	Aceitação			-0,124	-1,731	0,085
	Expressão de sentimentos			-0,130	-0,917	0,360
	Negação			-0,053	-0,751	0,454
	Auto-distração			0,058	0,858	0,392
	Desinvestimento comportamental			0,032	0,375	0,708
	Uso de substâncias			-0,023	-0,357	0,721
	Humor			0,161	2,200*	0,029

Variável dependente: satisfação com a vida

*p<0,05 **p<0,01

Na Tabela 27 observa-se que entre os 14 estilos de *coping*, somente quatro predizem a satisfação com a vida. No conjunto o modelo explicativo apresentado explica 19% da variância da variável dependente. O *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor favorecem a satisfação com a vida, enquanto o *coping* de planeamento diminui a satisfação com a vida.

Através da Tabela 28 verifica-se de entre os diversos estilos de *coping* somente três têm influência significativa nos afectos positivos: a reinterpretação positiva, a auto-culpabilização e o humor, todos promovendo os afectos positivos. A nível do contributo individual de cada estilo de *coping* é a reinterpretação positiva o que mais contribui, explicando sozinha 7% da variância dos afectos positivos. No geral este modelo de regressão apresenta uma boa capacidade preditiva, explicando 34,6% da variância dos afectos positivos.

Tabela 28: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de *coping* e os afectos positivos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de coping		0,346	8,660**			0,000
Constante					7,617**	0,000
	<i>Coping</i> activo			0,194	1,847	0,066
	Planear			-0,081	-0,821	0,413
	Suporte instrumental			0,036	0,522	0,602
	Suporte social e emocional			-0,070	-0,537	0,592
	Religião			0,057	0,947	0,345
	Reinterpretação positiva			0,266	3,616**	0,000
	Auto-culpabilização			0,164	2,542*	0,012
	Aceitação			-0,025	-0,389	0,698
	Expressão de sentimentos			0,163	1,280	0,202
	Negação			0,079	1,243	0,216
	Auto-distracção			0,048	0,793	0,429
	Desinvestimento comportamental			-0,087	-1,124	0,262
	Uso de substâncias			-0,052	-0,897	0,371
	Humor			0,185	2,809**	0,005

Variável dependente: afectos positivos

*p<0,05 **p<0,01

Tabela 29: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de *coping* e os afectos negativos

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de coping		0,158	3,711**			0,000
Constante					5,972**	0,000
	<i>Coping</i> activo			-0,141	-1,184	0,238
	Planear			0,237	2,110*	0,036
	Suporte instrumental			0,041	0,527	0,599
	Suporte social e emocional			-0,262	-1,776	0,077
	Religião			0,240	3,489**	0,001
	Reinterpretação positiva			-0,288	-3,444**	0,001
	Auto-culpabilização			0,097	1,326	0,186
	Aceitação			0,026	0,351	0,726
	Expressão de sentimentos			0,227	1,566	0,119
	Negação			0,241	3,330**	0,001
	Auto-distracção			0,005	0,080	0,937
	Desinvestimento comportamental			-0,049	-0,552	0,582
	Uso de substâncias			0,091	1,377	0,170
	Humor			-0,001	-0,020	0,984

Variável dependente: afectos negativos

*p<0,05 **p<0,01

Na regressão entre os estilos de *coping* e os afectos negativos como variável dependente obteve-se um modelo com uma capacidade explicativa de 15,8% (Tabela 29). Os estilos de *coping* planear, religião e negação favorecem os afectos negativos, enquanto a reinterpretação positiva prediz negativamente a afectividade negativa. De referir que os restantes estilos de *coping* não revelaram qualquer poder preditivo face aos afectos negativos.

Constata-se que os estilos de *coping* influenciam o BES, o que é congruente com DeLongis e Holtzman (2005) que referem que o *coping* influencia o bem-estar. No entanto, o poder preditivo dos estilos de *coping* varia consoante o componente do BES em causa. O único estilo de *coping* que prediz os três componentes do BES é a reinterpretação positiva, promovendo a satisfação com a vida e os afectos positivos e diminuindo os afectos negativos, facto consiste com outros estudos (McCrae & Costa, 1986; citados por Diener *et al.*, 1997; Gueda *et al.*, 2006; Folkman, 1997). De facto, procurar interpretar os acontecimentos de forma mais positiva e no sentido do crescimento pessoal parece ser muito importante para o BES. Inclusive, esta é umas das estratégias de promoção do BES da teoria de Sirgy (2002; citado por Galinha, 2008), ainda que com uma denominação diferente: estratégia de ressignificação. O autor defende a importância de se procurar reinterpretar os acontecimentos negativos, atribuindo-lhe um novo significado. Através dessa reinterpretação pretende-se que a pessoa passe a perceber o acontecimento como mais positivo, em termos de crescimento ou de uma nova oportunidade e encarando o futuro de forma mais optimista. De referir que a reinterpretação positiva de um acontecimento negativo pode ser de cariz espiritual ou não. Esta estratégia é excelente para promover o BES, pois permite perceber algo que à partida é considerado negativo de forma construtiva e positiva.

Outros estilos de *coping* que se revelaram preditores dos componentes do BES são o *coping* activo, o humor, a auto-culpabilização, planear, a religião e a negação.

O *coping* activo favorece a satisfação com a vida, isto é, desenvolver esforços para resolver directamente os problemas aumenta a satisfação com a vida. De facto, o *coping* de resolução dos problemas, no qual se insere o estilo de *coping* activo, é frequentemente citado como positivamente relacionado com o BES (Ben-Zur, 2002; Burns *et al.*, 2008; Chang *et al.*, 2007; Gueda *et al.*, 2006; McCrae & Costa, 1986; citados por Diener *et al.*, 1997; Ntoumanis & Biddle, 1998; Rao *et al.*, 2003; citado por Barganier, 2007). A relação positiva entre as estratégias de resolução de problemas e o bem-estar pode advir dos resultados positivos da resolução dos problemas. Se o indivíduo resolver os problemas irá usufruir de recompensas, o que favorece a afectividade positiva (Ben-Zur, 2002).

O *coping* de planeamento evidencia-se negativo para o BES, promovendo os afectos negativos e diminuindo a satisfação com a vida. Este resultado é inesperado, pois o *coping* de planeamento faz parte do *coping* de resolução de problemas, positivamente relacionado com o BES (Ben-Zur, 2002; Folkman, 1997; McCrae & Costa, 1986; citados por Diener *et al.*, 1997; Rao *et al.*, 2003; citado por Barganier, 2007; Karlsen *et al.*, 2006). Talvez este resultado seja específico para os idosos. Muitos idosos referem já não terem os recursos suficientes (económicos, cognitivos, físicos) para lidarem com os seus problemas. Nestes casos, planear a forma de lidar com a situação stressante e depois ser incapaz de implementar esse plano pode ter um efeito negativo no BES. Assim, muitos destes idosos sentem que já não controlam (pelo menos como anteriormente) a sua vida. Sabe-se, também que a percepção de controlo sobre os acontecimentos de vida está negativamente relacionada com os afectos negativos (Ben-Zur, 2002).

Tal como esperado, o *coping* de humor promove índices mais elevados de BES, favorecendo a satisfação com a vida e os afectos positivos. Provavelmente porque permite aos sujeitos lidarem de forma mais positiva com os seus problemas e limitações. Kuiper, McKenzie e Belanger (1995) referem que as pessoas que recorrem

ao humor como forma de *coping* demonstram ter uma perspectiva mais positiva sobre a situação stressante, vendo esse acontecimento mais como um desafio do que como ameaça. Em consequência desta abordagem optimista face ao factor de stresse, o *coping* de humor promove os afectos positivos.

Geralmente, a literatura demonstra que a religião e o *coping* religioso promovem a felicidade dos indivíduos (Galinha, 2008; Lewis, Maltby & Day, 2005; Myers, 2000; citado por Carr, 2004; Tkach & Lyubomirsky, 2006). Contudo, no presente estudo o *coping* religioso prediz positivamente os afectos negativos. Apesar de não ser consonante com a maioria, os resultados encontrados também não são completamente discordantes de outros estudos. Por exemplo, num estudo com idosos verificou-se que entre as medidas de religião somente a frequência de rezar prediz o bem-estar, tendo uma influência negativa (Roff, Durkin, Sun & Klemmack, 2007).

Frequentemente os idosos referiam recorrer ao *coping* religioso quando não conseguiam enfrentar os problemas através de estratégias de resolução de problemas. A sensação de que não existe resolução para os seus problemas pode ser o motivo do *coping* religioso promover os afectos negativos. Em congruência, Roff *et al.* (2007) indicam que uma das explicações para a religião afectar negativamente o bem-estar é que os idosos que rezam com mais frequência sentem um maior sentimento de perda. De facto, é provável que os idosos que não percepcionem nenhuma solução para os seus problemas tenham uma sensação de perda. Na investigação de Lewis *et al.* (2005) distinguiram entre estratégias positivas e negativas de *coping* religioso, sendo que só o *coping* religioso positivo favorece a felicidade. Todavia, o questionário de *coping* utilizado, o Brief COPE tem somente dois itens relativos aos *coping* religioso, não distinguindo entre estratégias positivas ou negativas.

Outro preditor positivo da afectividade negativa é o *coping* de negação. A literatura tem demonstrado que o *coping* de negação e de evitamento são prejudiciais para o BES (Chang *et al.*, 2007; Gueda *et al.*, 2006). De facto, não reconhecer os problemas não permite a sua resolução, favorecendo a manutenção ou agravamento do factor de stresse. No fundo, os estilos de *coping* considerados adequados facilitam os afectos positivos, enquanto os estilos de *coping* ineficazes promovem os afectos negativos (Ntoumanis & Biddle, 1998).

Tabela 30: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de *coping* e a auto-percepção de saúde física

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de coping		0,118	2,946**			0,000
Constante					8,622**	0,000
	<i>Coping</i> activo			0,132	1,079	0,282
	Planear			-0,168	-1,464	0,145
	Suporte instrumental			-0,010	-0,122	0,903
	Suporte social e emocional			0,102	0,678	0,499
	Religião			-0,156	-2,225*	0,027
	Reinterpretação positiva			0,222	2,599*	0,010
	Auto-culpabilização			0,101	1,348	0,179
	Aceitação			-0,100	-1,334	0,184
	Expressão de sentimentos			0,017	0,112	0,911
	Negação			-0,157	-2,122*	0,035
	Auto-distracção			-0,058	-0,832	0,407
	Desinvestimento comportamental			-0,012	-0,128	0,898
	Uso de substâncias			-0,122	-1,792	0,075
	Humor			0,153	2,001*	0,047

Variável dependente: auto-percepção de saúde

*p<0,05 **p<0,01

Na Tabela 30 encontra-se o modelo de regressão relativo à percepção de saúde. A religião e a negação explicam negativamente a auto-percepção de saúde, ou seja, os idosos que recorrem mais a estes estilos de *coping* tendem a demonstrar uma pior avaliação subjectiva da sua saúde. Em contrapartida, a reinterpretação positiva e o humor favorecem uma melhor percepção da saúde. Constata-se que os estilos de

coping explicam a avaliação subjectiva da saúde, embora a capacidade explicativa do modelo seja baixa.

Tabela 31: regressão linear múltipla (método *enter*) entre os estilos de *coping* e o estado de saúde

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de <i>coping</i>		0,105	2,692**			0,001
Constante					3,375**	0,001
	<i>Coping</i> activo			-0,066	-0,537	0,592
	Planear			0,009	0,080	0,936
	Suporte instrumental			0,015	0,184	0,854
	Suporte social e emocional			-0,137	-0,902	0,368
	Religião			0,211	2,975**	0,003
	Reinterpretação positiva			-0,093	-1,080	0,281
	Auto-culpabilização			0,018	0,232	0,817
	Aceitação			0,075	0,993	0,322
	Expressão de sentimentos			0,120	0,801	0,424
	Negação			-0,014	-0,189	0,850
	Auto-distracção			0,049	0,689	0,492
	Desinvestimento comportamental			-0,121	-1,337	0,183
	Uso de substâncias			0,208	3,041**	0,003
	Humor			-0,173	-2,251*	0,026

Variável dependente: estado de saúde

*p<0,05 **p<0,01

Este modelo de regressão também tem pouca capacidade explicativa. De facto, entre os vários estilos de *coping*, somente três influenciam significativamente o estado de saúde. O *coping* religioso e o uso de substâncias são prejudiciais ao estado de saúde, enquanto o humor é favorável, pois prediz negativamente o número de doenças reportadas.

O facto de os estilos de *coping* influenciarem a saúde física é congruente com a literatura (e.g. DeLongis & Holtzman, 2005; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002; O'Donnell, Badrick, Kumari & Steptoe, 2008; Steiner, Erikson, Hernandez & Pavelski, 2002; Yancura & Aldwin, 2008; Yi *et al.*, 2005). Sabe-se que o stresse tem efeitos negativos na saúde, principalmente quando se vivencia situações de stresse continuado (Agin &

Perkins, 2008; Olff, 1999). Consequentemente, espera-se que o *coping* medeie a relação entre o stresse e saúde.

Em termos gerais as estratégias de *coping* positivas, tais como a reinterpretação positiva, favorecem os indicadores de saúde. Em contrapartida, as estratégias de *coping* negativas tem efeitos negativos na saúde dos idosos (Yancura & Aldwin, 2008), o que vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo. Inclusive, Agin e Perkins (2008) referem que lidar com factores de stresse mantendo uma atitude positiva e recorrer ao humor é benéfico para a saúde. Outro estudo, embora com jovens, demonstrou que o *coping* de evitamento está associado a problemas de saúde e comportamentos de risco (Steiner *et al.*, 2002). Presentemente, observou-se que o *coping* de negação prediz negativamente a saúde. A relação negativa entre o *coping* religioso e saúde também foi observada por Rippentrop, Altmaier, Chen, Found e Keffala (2005), sugerindo que os sujeitos recorrem à religião como forma de lidar com os seus problemas de saúde. Assim as pessoas em pior estado de saúde são as que recorrem mais à religião.

Actualmente ainda não existem certezas sobre de que forma o *coping* prediz a saúde (O'Donnell *et al.*, 2008). É provável que influencie a saúde através de diversos mecanismos, tais como factores neuroendocrinológicos (O'Donnell *et al.*, 2008), através da reacção fisiológica ao stresse e/ou influenciando os comportamentos relacionados com a saúde. De facto sabe-se que o *coping* está relacionado com os comportamentos de risco (Steiner *et al.*, 2002), assim como com os indicadores fisiológicos da saúde (Olff, 1999; Yancura & Aldwin, 2008).

Tabela 32: regressão linear múltipla (*método enter*) entre os estilos de *coping* e o IGS (BSI)

Ordem de entrada dos factores	Preditores	R ² _{adj}	F	Beta	t	p
Estilos de coping		0,297	7,140**			0,000
Constante					0,570	0,570
	<i>Coping</i> activo			-0,092	-0,848	0,397
	Planear			0,186	1,811	0,072
	Suporte instrumental			0,132	1,847	0,066
	Suporte social e emocional			-0,146	-1,080	0,282
	Religião			0,195	3,104**	0,002
	Reinterpretação positiva			-0,291	-3,809**	0,000
	Auto-culpabilização			0,157	2,352*	0,020
	Aceitação			0,167	2,490*	0,014
	Expressão de sentimentos			0,082	0,621	0,535
	Negação			0,393	5,955**	0,000
	Auto-distração			-0,062	-0,987	0,325
	Desinvestimento comportamental			-0,026	-0,322	0,748
	Uso de substâncias			0,086	1,419	0,157
	Humor			0,038	0,555	0,580

Variável dependente: índice geral de sintomas (IGS)

*p<0,05 **p<0,01

O modelo obtido através da regressão apresenta uma capacidade explicativa de quase 30%. No plano individual, verificamos pelos valores Beta, que a negação e a reinterpretação positiva são os estilos de *coping* que explicam mais variância do IGS: 15,4% e 8,4%, respectivamente. Os restantes estilos de *coping* explicam unicamente entre 2% a 4%. De referir que quase todos os estilos de *coping* incluídos no modelo explicativo predizem positivamente o índice de psicopatologia IGS, ou seja, favorecem o surgimento de psicopatologia. A reinterpretação positiva é o único estilo de *coping* a predizer negativamente a variável dependente, pelo que promove a saúde mental. Neste sentido, parece que o papel do *coping* na saúde mental é mais ao nível de inibidor/causador de psicopatologia do que promotor da saúde mental. Salienta-se a não significância da constante.

A vivência de situações de stresse tem impacto na saúde psicológica dos sujeitos, principalmente a nível da sintomatologia depressiva (Folkman, 1997; Olff,

1999). Neste sentido, era esperado que o *coping* influencie a saúde mental, o que é concordante com outros estudos (Folkman, 1997; Taylor & Stanton, 2004). Aliás, várias investigações reportam relações entre o *coping* e a saúde mental, tais como a sintomatologia depressiva (Catanzaro, 1997; Flett, Blankstein & Obertynski, 1996).

Tal como aconteceu em relação ao BES, o *coping* religioso tem uma influência negativa na saúde mental, pois prediz positivamente a sintomatologia psicopatológica. No entanto, outros autores referem que o *coping* religioso é protector da saúde mental (Folkman, 1997; Rippentrop *et al.*, 2005). Nomeadamente, o *coping* religioso positivo está negativamente associado à sintomatologia psicopatológica, como a depressão e a ansiedade. Defende-se que este tipo de *coping* favorece a percepção dos acontecimentos stressantes de forma mais positiva e no sentido do crescimento pessoal (Maltby & Day, 2003). Contudo, no presente estudo, os idosos referiram recorrer mais ao *coping* religioso quando consideravam não haver mais nada a fazer em relação aos seus problemas (e.g. doenças crónicas). Para além disso não se distingue *coping* religioso positivo de negativo. Talvez por estes motivos o *coping* religioso prediz negativamente a saúde mental. De referir que a literatura também indica que existem situações em que o *coping* religioso está negativamente associado à saúde mental. Quanto mais se utiliza estratégias de *coping* religioso negativas (e.g. sentimentos de abandono/castigo de Deus) pior a saúde mental (Rippentrop *et al.*, 2005).

Verifica-se que nem todos os estilos de *coping* são relevantes para a saúde mental dos idosos. Destaca-se que a reinterpretção positiva favorece a saúde mental, pois permite ter uma visão mais optimista e construtiva das situações stressantes, promovendo o ajustamento psicológico, tal como defende Folkman (1997). Agin e Perkins (2008) também defendem a importância de se manter uma atitude positiva. Em contrapartida, o estilo de *coping* negação é prejudicial à saúde mental. Por exemplo, Chang *et al.* (2007) também verificaram que a adopção do *coping* de

negação e evitamento favorece a sintomatologia psicopatológica. A negação não permite reconhecer o factor de stress, impedindo a resolução do problema. Consequentemente, a manutenção do factor de stress é nocivo para a saúde mental (Carr, 2004). Os outros dois estilos de *coping* que se relevaram significativos são a auto-culpabilização e a aceitação. Provavelmente têm um efeito negativo na saúde mental porque estão associados a uma certa passividade face ao factor de stress. E como referido anteriormente, o *coping* relacionado com o evitamento e a não resolução do problema é prejudicial (Carr, 2004; Taylor & Stanton, 2004).

Conclui-se que os estilos de *coping* influenciam a saúde física e mental e o BES dos idosos. O papel do *coping* parece ser mais relevante na saúde mental e no BES. No geral, os estilos de *coping* considerados mais adaptativos favorecem a saúde e o bem-estar dos idosos, particularmente o *coping* de reinterpretação positiva, o humor e o *coping* activo. Em contrapartida, os estilos de *coping* considerados menos adequados influenciam negativamente a saúde e o BES, nomeadamente o *coping* de negação e a religião. Contudo, a influência de cada estilo de *coping* varia consoante a variável dependente, sendo que os estilos de *coping* referidos nem sempre são simultaneamente importantes para a saúde e o BES dos idosos. O estilo de *coping* reinterpretação positiva revelou-se como o mais determinante, predizendo todas as variáveis dependentes consideradas, ou seja, favorece o BES, a saúde física e a saúde mental.

- 5) Os estilos de vida medeiam a relação entre os traços de personalidade e o BES, a saúde física e a saúde mental?

Nesta questão de investigação pretende-se saber se os estilos de vida medeiam a relação entre os traços de personalidade e as variáveis dependentes (componentes do BES, saúde física e saúde mental). Para se proceder ao teste de mediação é

necessário reunir 3 condições: 1) os traços de personalidade têm de se correlacionar significativamente com as variáveis dependentes (Tabela 33); 2) tem de existir uma correlação significativa entre os traços de personalidade e os estilos de vida (Tabela 34) e 3) tem de existir uma correlação significativa entre os estilos de vida e as variáveis dependentes (Tabela 35). Só serão incluídas no teste de mediação, o trio de variáveis que cumpra os três requisitos. O teste de mediação será efectuado através de correlações parciais, analisando-se de cada vez um trio de variáveis. Por exemplo, realiza-se uma correlação parcial entre um dos traços de personalidade (e.g. neuroticismo) e uma das variáveis dependentes (e.g. afectos negativos), controlando um dos factores dos estilos de vida (e.g. actividade). Nas Tabela 33, 34 e 35 observa-se quais os trios possíveis, sendo este processo repetido para cada um dos trios onde é possível ocorrer o efeito de mediação.

No interesse da síntese e da compreensão será apresentado o raciocínio subjacente ao teste de mediação. Se a correlação parcial entre as variáveis dependentes e os traços de personalidade, controlando os factores dos estilos de vida, perder a significância, isso significa que os estilos de vida medeiam totalmente a relação entre os traços de personalidade e as variáveis dependentes, i.e., é necessária a presença da variável mediadora para potenciar o efeito da variável moderadora. No entanto, se o resultado da correlação parcial for significativo mas inferior ao valor da correlação bivariada, existe uma situação de mediação parcial. Por fim, caso o valor da correlação parcial seja idêntico ao da correlação bivariada entre os traços de personalidade e as variáveis dependentes significa que os estilos de vida não medeiam essa relação.

Tabela 33: resultado das correlações entre os traços de personalidade e as variáveis dependentes (componentes do BES, saúde física e saúde mental)

	Satisfação com a vida	Afectos positivos	Afectos negativos	Auto-percepção de saúde	Estado saúde	Saúde mental (IGS)
Neuroticismo	$r = -0,491^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,274^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,487^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,373^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,266^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,546^{**}$ $p = 0,000$
Extroversão	$r = 0,409^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,603^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,208^{**}$ $p = 0,003$	$r = 0,449^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,182^{**}$ $p = 0,009$	$r = -0,133$ $p = 0,058$
Abertura à experiência	$r = 0,190^{**}$ $p = 0,006$	$r = 0,358^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,053$ $p = 0,454$	$r = 0,275^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,179^{*}$ $p = 0,010$	$r = -0,091$ $p = 0,193$
Amabilidade	$r = 0,085$ $p = 0,225$	$r = 0,047$ $p = 0,503$	$r = -0,203^{**}$ $p = 0,004$	$r = 0,032$ $p = 0,650$	$r = -0,035$ $p = 0,621$	$r = -0,209^{**}$ $p = 0,003$
Conscienciosidade	$r = 0,099$ $p = 0,161$	$r = 0,063$ $p = 0,368$	$r = -0,064$ $p = 0,362$	$r = 0,035$ $p = 0,623$	$r = 0,084$ $p = 0,231$	$r = 0,009$ $p = 0,900$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Tabela 33 mostra como nem todos os traços de personalidade se correlacionam significativamente com os componentes do BES. O neuroticismo, a extroversão e a abertura à experiência estão correlacionados com a satisfação com a vida e com os afectos positivos. Em relação aos afectos negativos, correlaciona-se com o neuroticismo, com a extroversão e com a amabilidade. De referir que apesar das correlações entre as referidas variáveis serem muito significativas nem sempre a sua magnitude é moderada ou forte.

Em relação às variáveis indicadoras da saúde, destaca-se que o neuroticismo relaciona-se negativamente com a avaliação subjectiva da saúde, enquanto a extroversão e a abertura à experiência se correlacionam positivamente. Verifica-se o oposto em relação ao estado de saúde. Somente dois traços de personalidade se apresentam relacionados com o índice de saúde mental. O neuroticismo está positivamente correlacionado e a amabilidade negativamente.

Tabela 34: correlações entre os traços de personalidade e os factores dos estilos de vida

	Actividade	Socialização	Coping funcional	Cuidados alimentação	Cuidados saúde	EEVI Total
Neuroticismo	$r = -0,345^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,363^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,489^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,051$ $p = 0,468$	$r = -0,013$ $p = 0,852$	$r = -0,455^{**}$ $p = 0,000$
Extroversão	$r = 0,560^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,461^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,469^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,090$ $p = 0,201$	$r = 0,140^*$ $p = 0,046$	$r = 0,624^{**}$ $p = 0,000$
Abertura à experiência	$r = 0,417^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,276^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,215^{**}$ $p = 0,002$	$r = 0,198^{**}$ $p = 0,005$	$r = 0,071$ $p = 0,310$	$r = 0,420^{**}$ $p = 0,000$
Amabilidade	$r = 0,080$ $p = 0,254$	$r = 0,196^{**}$ $p = 0,005$	$r = 0,208^{**}$ $p = 0,003$	$r = -0,022$ $p = 0,757$	$r = -0,043$ $p = 0,538$	$r = 0,158^*$ $p = 0,024$
Conscienciosidade	$r = 0,113$ $p = 0,107$	$r = 0,146^*$ $p = 0,037$	$r = 0,083$ $p = 0,241$	$r = 0,201^{**}$ $p = 0,004$	$r = 0,154^*$ $p = 0,028$	$r = 0,182^{**}$ $p = 0,009$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Sobre a Tabela 34 é de referir que somente o factor socialização e o total dos estilos de vida se correlacionam com todos os traços de personalidade. Outro dado saliente é que os cuidados com a alimentação e os cuidados com a saúde apresentam uma fraca relação com os traços de personalidade. Em relação aos factores actividade, socialização e *coping* funcional demonstram correlacionar-se com alguns dos traços de personalidade, principalmente o neuroticismo e a extroversão.

Tabela 35: correlações entre as variáveis dependentes e os estilos de vida

	Actividade	Socialização	Coping Funcional	Cuidados alimentação	Cuidados saúde	EEVI Total
Satisfação com a vida	$r = 0,339^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,408^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,392^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,038$ $p = 0,585$	$r = 0,063$ $p = 0,368$	$r = 0,434^{**}$ $p = 0,000$
Afectos positivos	$r = 0,483^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,430^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,312^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,037$ $p = 0,603$	$r = 0,109$ $p = 0,120$	$r = 0,517^{**}$ $p = 0,000$
Afectos negativos	$r = -0,237^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,239^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,455^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,040$ $p = 0,572$	$r = 0,036$ $p = 0,605$	$r = -0,336^{**}$ $p = 0,000$
Auto-percepção de saúde	$r = 0,404^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,239^{**}$ $p = 0,001$	$r = 0,355^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,109$ $p = 0,121$	$r = -0,094$ $p = 0,181$	$r = 0,375^{**}$ $p = 0,000$
Estado de saúde	$r = -0,188^{**}$ $p = 0,007$	$r = -0,123$ $p = 0,080$	$r = -0,158^*$ $p = 0,024$	$r = 0,137$ $p = 0,051$	$r = 0,176^*$ $p = 0,012$	$r = -0,148^*$ $p = 0,035$
IGS	$r = -0,139^*$ $p = 0,047$	$r = -0,215^{**}$ $p = 0,002$	$r = -0,346^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,036$ $p = 0,610$	$r = 0,137$ $p = 0,051$	$r = -0,230^{**}$ $p = 0,001$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Tabela 35 demonstra que os factores dos estilos de vida que se relacionam significativamente com os componentes do BES são a actividade, a socialização e o *coping* funcional. Em relação à avaliação subjectiva de saúde, está positivamente relacionada com os factores actividade, socialização, *coping* funcional e total dos estilos de vida. O estado de saúde apresenta sempre correlações negligenciáveis, com a actividade, o *coping* funcional, os cuidados com a saúde e o total dos estilos de vida. A variável indicadora da saúde mental (IGS) correlaciona-se negativamente com a actividade, a socialização, o *coping* funcional e com o total dos estilos de vida.

Após a análise conjunta das Tabelas 33, 34 e 35 percebemos que nem todos os traços de personalidade e estilos de vida preenchem os três requisitos necessários para a existência de um efeito de mediação. De seguida apresentam-se as combinações possíveis com os respectivos resultados.

Tabela 36: Correlações parciais entre os traços de personalidade e a satisfação com a vida (ESV), controlando os estilos de vida

Variáveis nas parciais	controladas nas correlações		Satisfação com a vida (ESV)
Variável Actividade	controlada	Neuroticismo	$r = -0,424^{**}$ $p = 0,000$
		Extroversão	$r = 0,282^{**}$ $p = 0,000$
		Abertura à experiência	$r = 0,057$ $p = 0,415$
Variável Socialização	controlada	Neuroticismo	$r = -0,403^{**}$ $p = 0,000$
		Extroversão	$r = 0,273^{**}$ $p = 0,000$
		Abertura à experiência	$r = 0,089$ $p = 0,208$
Variável Coping funcional	controlada	Neuroticismo	$r = -0,373^{**}$ $p = 0,000$
		Extroversão	$r = 0,278^{**}$ $p = 0,000$
		Abertura à experiência	$r = 0,118$ $p = 0,093$

Variável controlada EEVI_Total	Neuroticismo	$r = -0,366^{**}$ $p = 0,000$
	Extroversão	$r = 0,196^{**}$ $p = 0,005$
	Abertura à experiência	$r = 0,010$ $p = 0,890$

** $p < 0,01$

Recordando a correlação entre o neuroticismo e a satisfação com a vida (Tabela 33) verifica-se que a correlação parcial entre estas duas variáveis, controlando os factores dos estilos de vida e o total da EEVI, permanece significativa mas a sua magnitude baixa. Inclusive, quando se controla o efeito do *coping* funcional e do total da escala dos estilos de vida a magnitude da correlação entre o neuroticismo e a satisfação com a vida passa de moderada para fraca. Tal facto sugere que a relação entre os traços de personalidade e o componente cognitivo do BES é parcialmente mediada pelos factores actividade, socialização e *coping* funcional e pelo total dos estilos de vida.

Recuando novamente à Tabela 33, observa-se que a correlação entre a extroversão e a satisfação com a vida é significativa e moderada. Na Tabela 36 conclui-se que quando controlando os estilos de vida relacionados com a extroversão e com a satisfação com a vida, a correlação entre estas duas variáveis mantém-se significativa mas de magnitude fraca. Inclusive, quando se controla o total dos estilos de vida a magnitude da correlação é negligenciável. Mais uma vez, estes dados indicam que a relação entre a extroversão e a satisfação com a vida é parcialmente moderada pelos estilos de vida.

No caso da correlação entre a abertura à experiência e a satisfação com a vida, cuja magnitude é negligenciável (ver Tabela 33), quando se controla o efeito dos estilos de vida perde a significância. Conclui-se que a relação entre a abertura à experiência e a satisfação com a vida é totalmente mediada pelos três factores dos

estilos de vida – actividade, socialização e *coping* funcional – e pelo total dos estilos de vida.

Tabela 37: Correlações parciais entre os traços de personalidade e os afectos positivos e negativos (PANAS), controlando os estilos de vida

Variáveis controladas nas parciais			Afectos positivos	Afectos negativos
Variável controlada Actividade	Neuroticismo	$r = -0,130$ $p = 0,064$	$r = 0,444^{**}$ $p = 0,000$	
	Extroversão	$r = 0,458^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,093$ $p = 0,186$	
	Abertura à experiência	$r = 0,197^{**}$ $p = 0,005$		
Variável controlada Socialização	Neuroticismo	$r = -0,140^*$ $p = 0,047$	$r = 0,442^{**}$ $p = 0,000$	
	Extroversão	$r = 0,505^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,113$ $p = 0,107$	
	Abertura à experiência	$r = 0,276^{**}$ $p = 0,000$		
	Amabilidade		$r = -0,164^*$ $p = 0,019$	
Variável controlada Coping funcional	Neuroticismo	$r = -0,146^*$ $p = 0,037$	$r = 0,341^{**}$ $p = 0,000$	
	Extroversão	$r = 0,544^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,007$ $p = 0,925$	
	Abertura à experiência	$r = 0,314^{**}$ $p = 0,000$		
	Amabilidade		$r = -0,125$ $p = 0,077$	
Variável controlada EEVI_Total	Neuroticismo	$r = -0,050$ $p = 0,476$	$r = 0,398^{**}$ $p = 0,000$	
	Extroversão	$r = 0,419^{**}$ $p = 0,005$	$r = 0,003$ $p = 0,968$	
	Abertura à experiência	$r = 0,181^*$ $p = 0,010$		
	Amabilidade		$r = -0,161^*$ $p = 0,021$	

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A socialização e o *coping* funcional medeiam parcialmente a relação entre o neuroticismo e os afectos positivos. Considerando que as correlações parciais em que se controlam as variáveis EEVI_Total e actividade apresentam um resultado não significativo, conclui-se que as referidas variáveis mediam totalmente a relação entre o

neuroticismo e os afectos positivos. No caso da extroversão, mesmo controlando o efeito dos estilos de vida mantém uma relação significativa com os afectos positivos. No entanto, a magnitude do valor da correlação diminuiu, particularmente quando se controla o factor actividade e o total da EEVI. Os estilos de vida mediam parcialmente a relação entre a extroversão e os afectos positivos. Verifica-se o mesmo para a correlação entre a abertura à experiência e os afectos positivos, cuja magnitude da correlação (ver Tabela 33) diminui quando se controla os estilos de vida.

Recordando o valor da correlação entre o neuroticismo e os afectos negativos ($r=0,487$; $p=0,000$), constata-se que os estilos de vida medeiam parcialmente a relação entre estas duas variáveis, principalmente o factor *coping* funcional e o total da EEVI. Os factores actividade e socialização apresentam somente um pequeno efeito de mediação, sendo que não acrescentam uma maior expressividade na capacidade explicativa do neuroticismo sobre os afectos negativos. De referir que os estilos de vida mediam totalmente a relação entre a extroversão e os afectos negativos. Em relação à amabilidade, o *coping* funcional também media totalmente a relação entre este traço de personalidade e os afectos negativos. Por sua vez, a socialização e o total dos estilos de vida mediam parcialmente a correlação entre a amabilidade e os afectos negativos. No entanto, a sua capacidade de mediação é muito fraca.

Em suma, os estilos de vida medeiam a relação entre os traços de personalidade e o BES. De referir que os factores dos estilos de vida com maior efeito de mediação são a actividade, a socialização e o *coping* funcional e o total da escala de estilos de vida. No entanto, o tipo de mediação (total ou parcial) varia consoante as variáveis em jogo. Conclui-se que os estilos de vida são um dos mecanismos através dos quais os traços de personalidade influenciam o bem-estar. Estes resultados vão ao encontro da perspectiva de Diener *et al.* (1999) que opinam que entre outras variáveis, os comportamentos dos sujeitos podem actuar em conjunto com os traços de personalidade, influenciando mutuamente o BES.

Existem diversas explicações para a influência dos traços de personalidade sobre o BES. Uma das perspectivas defende uma linha directa de influência dos traços de personalidade sobre o BES, através de factores biológicos (Steel *et al.*, 2008). Outra perspectiva propõe mecanismos de influência indirectos, tais como: 1) os traços de personalidade predisponem os sujeitos a vivenciarem situações positivas ou negativas (Carr, 2004); 2) essa relação é mediada pelo estilo atributivo (Cheng & Furnham, 2001), ou 3) através de comportamentos favorecidos/inibidos pelos traços de personalidade que influenciam os níveis de felicidade (Steel *et al.*, 2008). O presente estudo reforça este último mecanismo, sugerindo que os estilos de vida são um dos mecanismos através dos quais os traços de personalidade influenciam os BES.

Outra investigação também demonstrou que factores comportamentais medeiam parcialmente a relação entre a personalidade e a felicidade. Verificou-se que a personalidade influencia os níveis de bem-estar em função dos comportamentos dos indivíduos, tais como a socialização, a prática de exercício físico e passatempos. No fundo a personalidade predispõe os sujeitos a terem determinados comportamentos, que por sua vez influenciam a felicidade (Tkach & Lyubomirsky, 2006).

Tabela 38: Correlações parciais entre os traços de personalidade e a saúde física (auto-percepção de saúde e estado de saúde), controlando os estilos de vida

Variáveis nas parciais	controladas nas correlações		Auto-percepção de saúde	de Estado de saúde
Variável Actividade	Neuroticismo	$r = -0,272^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,218^{**}$ $p = 0,002$	
	Extroversão	$r = 0,294^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,094$ $p = 0,183$	
	Abertura à experiência	$r = 0,128$ $p = 0,068$	$r = -0,113$ $p = 0,109$	
Variável Socialização	Neuroticismo	$r = -0,317^{**}$ $p = 0,000$		
	Extroversão	$r = 0,393^{**}$ $p = 0,000$		
	Abertura à experiência	$r = 0,224^{**}$ $p = 0,001$		

Variável controlada Coping funcional	Neuroticismo	$r = -0,245^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,219^{**}$ $p = 0,002$
	Extroversão	$r = 0,342^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,123$ $p = 0,080$
	Abertura à experiência	$r = 0,218^{**}$ $p = 0,002$	$r = -0,151^*$ $p = 0,032$
Variável controlada Cuidados com a saúde	Extroversão		$r = -0,211^{**}$ $p = 0,002$
Variável controlada EEVI_Total	Neuroticismo	$r = -0,245^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,225^{**}$ $p = 0,001$
	Extroversão	$r = 0,297^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,116$ $p = 0,100$
	Abertura à experiência	$r = 0,140^*$ $p = 0,047$	$r = -0,130$ $p = 0,064$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Verifica-se que os três factores dos estilos de vida, com destaque para o *coping* funcional e o total da EEVI mediam parcialmente a relação entre o neuroticismo e a auto-percepção de saúde física. O mesmo ocorre na relação entre a extroversão e a auto-percepção de saúde, pois a magnitude da correlação entre as referidas variáveis baixa quando se controla os estilos de vida. Todavia, salienta-se que o poder de mediação do factor socialização é reduzido, verificando-se somente uma pequena diminuição da magnitude da correlação quando se controla o referido factor. Recordando, na Tabela 33 o valor da correlação entre a abertura à experiência e a auto-percepção de saúde, também se percebe que o factor actividade media totalmente essa relação. Por sua vez, a socialização, o *coping* funcional e o total da escala de estilos de vida demonstram uma capacidade de mediação parcial entre a abertura à experiência e a auto-percepção de saúde.

Em relação à segunda variável indicadora da saúde física, também a actividade, o coping funcional e o total dos estilos de vida mediam a relação entre a personalidade e o estado de saúde. Inclusive, estes três factores dos estilos de vida mediam totalmente a relação entre os traços de personalidade extroversão e abertura à experiência com o estado de saúde. A relação entre o neuroticismo e o estado de saúde é mediada parcialmente pelas variáveis dos estilos de vida controladas. Por fim,

de referir que os cuidados com a saúde não são um mediador da influência da extroversão no estado de saúde. Pelo contrário, parece ter um efeito de supressão, sendo que quando controlada aumenta a magnitude da correlação entre a extroversão e o estado de saúde.

Em suma, os principais factores dos estilos de vida que exercem efeito de mediação são a actividade, o *coping* funcional e o total da EEVI. Conclui-se que os estilos de vida ajudam a explicar a influência dos traços de personalidade na saúde.

Compreender de que forma a personalidade influencia a saúde sempre foi um ponto central da psicologia da saúde (Smith & Spiro, 2002). Aliás existem diversas explicações, sendo provável a coexistência de diversas linhas de mediação (Heck, 1997; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith & Spiro, 2002). Um dos mecanismos mais populares na explicação de influência da personalidade sobre a saúde é através dos comportamentos de saúde (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Lockenhoff *et al.*, 2008; Masui *et al.*, 2006; Smith & MacKenzie, 2006). De facto sabe-se que a personalidade influencia os comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o estilo de vida pode desempenhar um papel importante na influência da personalidade sobre a doença (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997).

A literatura indica que os estilos de vida, mais concretamente os comportamentos relacionados com a saúde (e.g. fumar, exercício físico), são uma peça central na compreensão da influência da personalidade sobre a saúde. Todavia, ainda persiste a necessidade de se realizarem testes de mediação para comprovar se de facto os comportamentos de saúde são um dos mecanismos de influência (Smith & MacKenzie, 2006). Através do presente estudo conclui-se que os estilos de vida mediam a influência da personalidade sobre a saúde. Os resultados sugerem que os estilos de vida são um dos mecanismos através dos quais os traços de personalidade influenciam a saúde.

Tabela 39: Correlações parciais entre os traços de personalidade e o Índice Geral de Sintomas (IGS), controlando os estilos de vida

Variáveis nas parciais	controladas correlações		Índice Geral de Sintomas (IGS-BSI)
Variável Actividade	controlada	Neuroticismo	$r = 0,536^{**}$ $p = 0,002$
Variável Socialização	controlada	Neuroticismo	$r = 0,514^{**}$ $p = 0,000$
		Amabilidade	$r = -0,174^*$ $p = 0,013$
Variável Coping funcional	controlada	Neuroticismo	$r = 0,460^{**}$ $p = 0,000$
		Amabilidade	$r = -0,149^*$ $p = 0,034$
Variável EEVI_Total	controlada	Neuroticismo	$r = 0,509^{**}$ $p = 0,000$
		Amabilidade	$r = -0,180^*$ $p = 0,010$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Comparando o valor da correlação entre o neuroticismo e o IGS (ver Tabela 33) com os valores das correlações parciais apresentados na Tabela 39 constata-se que o *coping* funcional medeia parcialmente a relação entre as referidas variáveis. O valor da correlação parcial entre o neuroticismo e o IGS, controlando o efeito do factor actividade, é praticamente idêntico ao da correlação bivariada entre o neuroticismo e o IGS. Conclui-se que a actividade não apresenta um efeito mediador. Apesar da magnitude da correlação entre o neuroticismo e o IGS diminuir quando se controla a socialização e o total dos estilos de vida, essa diminuição é fraca. Os dados sugerem que a socialização e o EEVI_Total acrescentam pouco à relação entre o neuroticismo e o IGS, exercendo um efeito de mediação parcial pequeno.

Recuando novamente à Tabela 33 e comparando a correlação entre a amabilidade e o IGS com o valor das correlações parciais observadas nesta tabela, verifica-se que o *coping* funcional media parcialmente a influência da amabilidade neste indicador da saúde mental. Mais uma vez, a magnitude das correlações parciais em que se controla a socialização e o EEVI_Total é quase igual à correlação bivariada

entre a amabilidade e o IGS. Julga-se que a socialização e o total dos estilos de vida não dão nenhum contributo significativo à relação entre a amabilidade e o IGS.

O *coping* funcional assume-se como o factor dos estilos de vida mais relevante para a saúde mental. Para além de ser o factor dos estilos de vida que apresenta uma relação mais forte com o IGS, também é o factor dos estilos de vida que tem um efeito de mediação mais relevante na relação entre os traços de personalidade e a saúde mental. Conclui-se que quanto mais adaptativo for o *coping* melhor a saúde mental dos idosos.

Widiger e Seidlitz (2002) argumentam que é importante estudar os mecanismos de influência da personalidade na saúde mental, considerando que este tema ainda está muito embrionário. O presente estudo sugere a relevância do *coping* na mediação da relação entre a personalidade e a saúde mental. O poder preditivo do neuroticismo diminui quando os idosos recorrem ao *coping* funcional, oposto à preocupação excessiva e ao pensamento de ruminação. No fundo, parece que mesmo os sujeitos com uma desvantagem *a priori* de difícil intervenção (traço de personalidade neuroticismo), quando recorrem ao um estilo de *coping* adequado o efeito negativo do neuroticismo na saúde mental é minimizado.

- 6) Os estilos de *coping* mediam a relação entre os traços de personalidade e o BES, a saúde física e a saúde mental?

Nesta questão de investigação pretende-se saber se os estilos de *coping* mediam a relação entre os traços de personalidade e as variáveis dependentes (componentes do BES, saúde física e saúde mental). Para se proceder ao teste de mediação é necessário preencher 3 condições: 1) os traços de personalidade têm de se correlacionar significativamente com as variáveis dependentes (Tabela 33); 2) tem de existir uma correlação significativa entre os traços de personalidade e os estilos de

coping (Tabela 40) e 3) tem de existir uma correlação significativa entre os estilos de *coping* e as variáveis dependentes (Tabela 41). Serão incluídas no teste de mediação o trio de variáveis que cumpra os três requisitos. O teste de mediação será efectuado através de correlações parciais, analisando-se de cada vez um trio de variáveis.

Tabela 40: resultados das correlações entre os traços de personalidade e os estilos de *coping*

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura à experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
Coping activo	$r = -0,247^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,419^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,257^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,043$ $p = 0,540$	$r = 0,133$ $p = 0,057$
Planear	$r = -0,177^*$ $p = 0,011$	$r = 0,373^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,256^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,090$ $p = 0,202$	$r = 0,080$ $p = 0,257$
Suporte instrumental	$r = -0,056$ $p = 0,430$	$r = 0,144^*$ $p = 0,040$	$r = 0,186^{**}$ $p = 0,008$	$r = 0,080$ $p = 0,257$	$r = 0,006$ $p = 0,934$
Suporte social e emocional	$r = -0,131$ $p = 0,062$	$r = 0,226^{**}$ $p = 0,001$	$r = 0,113$ $p = 0,109$	$r = 0,079$ $p = 0,261$	$r = 0,041$ $p = 0,557$
Religião	$r = 0,268^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,180^*$ $p = 0,010$	$r = -0,004$ $p = 0,952$	$r = -0,027$ $p = 0,706$	$r = 0,034$ $p = 0,632$
Reinterpretação positiva	$r = -0,419^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,464^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,326^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,128$ $p = 0,069$	$r = 0,122$ $p = 0,081$
Auto culpabilização	$r = 0,025$ $p = 0,718$	$r = 0,121$ $p = 0,086$	$r = 0,265^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,077$ $p = 0,273$	$r = -0,029$ $p = 0,677$
Aceitação	$r = 0,054$ $p = 0,447$	$r = -0,009$ $p = 0,901$	$r = 0,032$ $p = 0,652$	$r = 0,010$ $p = 0,883$	$r = 0,237^{**}$ $p = 0,001$
Expressão de sentimentos	$r = -0,077$ $p = 0,276$	$r = 0,199^{**}$ $p = 0,004$	$r = 0,152^*$ $p = 0,030$	$r = 0,034$ $p = 0,630$	$r = -0,012$ $p = 0,864$
Negação	$r = 0,066$ $p = 0,349$	$r = 0,204^{**}$ $p = 0,003$	$r = 0,064$ $p = 0,365$	$r = -0,035$ $p = 0,619$	$r = -0,002$ $p = 0,979$
Auto distração	$r = -0,060$ $p = 0,391$	$r = 0,187^{**}$ $p = 0,008$	$r = 0,200^{**}$ $p = 0,004$	$r = 0,069$ $p = 0,324$	$r = -0,088$ $p = 0,212$
Desinvestimento comportamental	$r = 0,226^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,295^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,208^{**}$ $p = 0,003$	$r = 0,019$ $p = 0,783$	$r = -0,122$ $p = 0,082$
Uso de substâncias	$r = 0,045$ $p = 0,526$	$r = 0,066$ $p = 0,347$	$r = -0,028$ $p = 0,689$	$r = -0,054$ $p = 0,441$	$r = 0,079$ $p = 0,260$
Humor	$r = -0,318^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,397^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,318^{**}$ $p = 0,000$	$r = 0,035$ $p = 0,623$	$r = 0,033$ $p = 0,639$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Os traços de personalidade correlacionados com os estilos de *coping* são o neuroticismo, a extroversão e a abertura à experiência. Já os estilos de *coping* significativamente relacionados com estes três traços de personalidade são: *coping* activo, planejar, reinterpretação positiva, desinvestimento comportamental e humor.

Tabela 41: resultados das correlações dos estilos de *coping* com as variáveis dependentes (componentes do BES, saúde física e saúde mental)

	Satisfação com a vida	Afectos positivos	Afectos negativos	Auto-percepção de saúde	Estado de saúde	Saúde mental (IGS)
Coping activo	r= 0,294** p= 0,000	r= 0,395** p= 0,000	r= -0,047 p= 0,504	r= 0,182** p= 0,009	r= -0,085 p= 0,225	r= -0,050 p= 0,476
Planejar	r= 0,107 p= 0,129	r= 0,360** p= 0,000	r= 0,052 p= 0,456	r= 0,120 p= 0,087	r= -0,093 p= 0,186	r= 0,088 p= 0,212
Suporte instrumental	r= 0,031 p= 0,662	r= 0,246** p= 0,000	r= 0,062 p= 0,380	r= 0,077 p= 0,276	r= -0,041 p= 0,558	r= 0,217** p= 0,002
Suporte social e emocional	r= 0,062 p= 0,382	r= 0,212** p= 0,002	r= 0,014 p= 0,838	r= 0,110 p= 0,118	r= -0,020 p= 0,777	r= 0,046 p= 0,518
Religião	r= -0,156* p= 0,026	r= -0,062 p= 0,378	r= 0,236** p= 0,001	r= -0,193** p= 0,006	r= 0,255** p= 0,000	r= 0,165* p= 0,018
Reinterpretação positiva	r= 0,302** p= 0,000	r= 0,475** p= 0,000	r= -0,177* p= 0,011	r= 0,267** p= 0,000	r= -0,176* p= 0,012	r= -0,064 p= 0,361
Auto-culpabilização	r= -0,043 p= 0,540	r= 0,333** p= 0,000	r= 0,170* p= 0,015	r= 0,091 p= 0,194	r= 0,001 p= 0,992	r= 0,293** p= 0,000
Aceitação	r= -0,153* p= 0,029	r= 0,005 p= 0,943	r= 0,040 p= 0,574	r= -0,076 p= 0,283	r= 0,032 p= 0,645	r= 0,227** p= 0,001
Expressão de sentimentos	r= 0,006 p= 0,937	r= 0,238** p= 0,001	r= 0,082 p= 0,241	r= 0,097 p= 0,170	r= 0,015 p= 0,835	r= 0,089 p= 0,208
Negação	r= 0,007 p= 0,918	r= 0,271** p= 0,000	r= 0,201** p= 0,004	r= -0,035 p= 0,624	r= -0,086 p= 0,221	r= 0,401** p= 0,000
Auto-distracção	r= 0,130 p= 0,064	r= 0,207** p= 0,003	r= 0,047 p= 0,508	r= 0,009 p= 0,897	r= 0,005 p= 0,940	r= 0,001 p= 0,988
Desinvestimento comportamental	r= -0,175* p= 0,012	r= -0,313** p= 0,000	r= -0,002 p= 0,973	r= -0,151* p= 0,031	r= 0,006 p= 0,932	r= 0,025 p= 0,717
Uso de substâncias	r= -0,010 p= 0,890	r= -0,033 p= 0,635	r= 0,056 p= 0,424	r= -0,098 p= 0,161	r= 0,208** p= 0,003	r= 0,039 p= 0,575
Humor	r= 0,260** p= 0,000	r= 0,393** p= 0,000	r= -0,069 p= 0,326	r= 0,251** p= 0,000	r= -0,238** p= 0,001	r= 0,023 p= 0,747

*p<0,05 **p<0,01

A Tabela 41 demonstra como os estilos de *coping* estão relacionados com os três componentes do BES, especialmente com os afectos positivos. Por sua vez, os afectos negativos só se correlacionam com a religião, a auto-culpabilização, a negação e a reinterpretação positiva. De referir que a reinterpretação positiva é o único estilo de *coping* que se relaciona com todos os três componentes do BES. Está associada a níveis superiores de satisfação com a vida e afectos positivos e níveis inferiores de afectos negativos.

Em relação às medidas de saúde, os estilos de *coping* demonstram poucas correlações e geralmente de magnitude fraca com as variáveis indicadoras da saúde física. Mais concretamente, o *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor correlacionam-se positivamente com a auto-percepção de saúde, enquanto a religião e o desinvestimento comportamental se correlacionam negativamente. A religião e o uso de substâncias relaciona-se positivamente com o estado de saúde, enquanto a reinterpretação positiva e o humor correlacionam-se negativamente. Por sua vez, o suporte instrumental, a religião, a auto-culpabilização, a aceitação e a negação estão positivamente relacionados com a sintomatologia psicopatológica.

Após a análise das Tabelas 33, 40 e 41 verifica-se quais são as variáveis que cumprem os três requisitos para o teste de mediação.

Tabela 42: Correlações parciais entre os traços de personalidade e a satisfação com a vida (ESV), controlando os estilos de *coping*

Variáveis controladas nas correlações parciais			Satisfação com a vida
Variável Coping activo	controlada	Neuroticismo	r= -0,452** p= 0,000
		Extroversão	r= 0,330** p= 0,000
		Abertura à experiência	r= 0,124 p= 0,077
Variável Religião	controlada	Neuroticismo	r= -0,472** p= 0,000
		Extroversão	r= 0,393** p= 0,000

Variável controlada Reinterpretação positiva	Neuroticismo	r= -0,421** p= 0,000
	Extroversão	r= 0,319** p= 0,000
	Abertura à experiência	r= 0,102 p= 0,147
Variável controlada Desinvestimento comportamental	Neuroticismo	r= -0,471** p= 0,000
	Extroversão	r= 0,380** p= 0,000
	Abertura à experiência	r= 0,160* p= 0,023
Variável controlada Humor	Neuroticismo	r= -0,446** p= 0,001
	Extroversão	r= 0,346** p= 0,000
	Abertura à experiência	r= 0,118 p= 0,094

*p<0,05 **p<0,01

Recordando a correlação entre o neuroticismo e a satisfação com a vida (r=-0,491; p=0,000) constata-se que o *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor são os estilos de *coping* que medeiam parcialmente a influência do neuroticismo sobre a satisfação com a vida. Embora a sua capacidade de mediação seja pequena. Quando se controla o efeito do *coping* de religião e de desinvestimento comportamental a magnitude da correlação parcial entre o neuroticismo e a satisfação com a vida é quase idêntica à da correlação bivariada. Neste sentido, os dados sugerem que estes dois estilos de *coping* não exercem um efeito de mediação notório.

O *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor também medeiam parcialmente a relação entre a extroversão e a satisfação com a vida. Novamente, quando se controla a religião e o desinvestimento comportamental na correlação parcial, a magnitude da correlação entre a extroversão e a satisfação com a vida mantém-se muito semelhante à da correlação bivariada. Tais dados sugerem que, mais uma vez, o *coping* religioso e o desinvestimento comportamental pouco mais acrescentam à relação entre a extroversão e a satisfação com a vida.

O *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor mediam totalmente a influência da abertura à experiência sobre a satisfação com a vida. O desinvestimento comportamental tem um efeito de mediação praticamente nulo.

Tabela 43: Correlações parciais entre os traços de personalidade correlacionados significativamente com os afectos positivos e negativos (PANAS), controlando os estilos de *coping*

Variáveis controladas nas correlações parciais			Afectos positivos	Afectos negativos
Variável controlada Coping activo	Neuroticismo		r= -0,198** p= 0,005	
	Extroversão		r= 0,524** p= 0,000	
	Abertura à experiência		r= 0,289** p= 0,000	
Variável controlada Planejar	Neuroticismo		r= -0,229** p= 0,001	
	Extroversão		r= 0,541** p= 0,000	
	Abertura à experiência		r= 0,295** p= 0,000	
Variável controlada Reinterpretação positiva	Neuroticismo		r= -0,093 p= 0,185	r= 0,462** p= 0,000
	Extroversão		r= 0,491** p= 0,000	r= -0,144* p= 0,040
	Abertura à experiência		r= 0,244** p= 0,000	
Variável controlada Desinvestimento comportamental	Neuroticismo		r= -0,220** p= 0,002	
	Extroversão		r= 0,563** p= 0,000	
	Abertura à experiência		r= 0,315** p= 0,000	
Variável controlada Humor	Neuroticismo		r= -0,171* p= 0,015	
	Extroversão		r= 0,530** p= 0,000	
	Abertura à experiência		r= 0,268** p= 0,000	
Variável controlada Suporte instrumental	Extroversão		r= 0,592** p= 0,000	
	Abertura à experiência		r= 0,328** p= 0,000	
Variável controlada Suporte social e emocional	Extroversão		r= 0,583** p= 0,000	
Variável controlada Expressão de	Extroversão		r= 0,584** p= 0,000	

sentimentos		Abertura à experiência	$r = 0,335^{**}$ $p = 0,000$	
Variável	controlada	Extroversão	$r = 0,581^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,260^{**}$ $p = 0,000$
Negação				
Variável	controlada	Extroversão	$r = 0,587^{**}$ $p = 0,000$	
Auto-distracção		Abertura à experiência	$r = 0,330^{**}$ $p = 0,000$	
Variável	controlada	Abertura à experiência	$r = 0,297^{**}$ $p = 0,000$	
Auto-culpabilização				
Variável	controlada	Neuroticismo		$r = 0,452^{**}$ $p = 0,000$
Religião		Extroversão		$r = -0,173^{*}$ $p = 0,013$

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Antes de se proceder à análise da Tabela 43 convém recordar os valores das correlações dos traços de personalidade com os afectos positivos (ver Tabela 33). Verifica-se que o *coping* activo, planear, o desinvestimento comportamental e o humor são os estilos de *coping* que mediam parcialmente a relação entre o neuroticismo e os afectos positivos. Por sua vez, a reinterpretação positiva medeia totalmente essa relação.

Os estilos de *coping* que medeiam parcialmente a relação entre a extroversão e os afectos positivos são: o *coping* activo, planear, a reinterpretação positiva e o humor. Os valores das correlações parciais apresentados na Tabela 43, na linha da extroversão, sugerem os estilos de *coping* desinvestimento comportamental, suporte instrumental, suporte social e emocional, expressão de sentimentos, negação e auto-distracção não mediam a relação entre a extroversão e os afectos positivos. De facto, o valor das correlações parciais (controlando os referidos estilos de *coping*) entre a extroversão e os afectos positivos é muito semelhante ao valor da correlação bivariada entre a extroversão e a afectividade positiva. Consequentemente, defende-se que estes estilos de *coping* não dão nenhum contributo significativo à relação entre a extroversão e os afectos positivos.

Por fim, o *coping* activo, planear, a reinterpretação positiva, a auto-culpabilização e o humor medeiam parcialmente a influência da abertura à experiência sobre os afectos positivos. Já o desinvestimento comportamental, o suporte instrumental, a expressão de sentimentos e a auto-distracção não parecem ter um efeito de mediação saliente.

Em relação aos afectos negativos, verifica-se que a religião e a reinterpretação positiva têm uma fraca capacidade de mediação da relação entre o neuroticismo e os afectos negativos. No entanto, estes dois estilos de *coping* mediam parcialmente a influência da extroversão sobre os afectos negativos. A negação não é mediadora da extroversão sobre a afectividade negativa.

Conclui-se que os estilos de *coping* medeiam a relação entre os traços de personalidade e o BES. Todavia, é necessário atender a cada trio de variáveis individualmente, pois a capacidade de mediação do *coping* depende das variáveis em causa. Ainda assim é possível encontrar resultados gerais. Os estilos de *coping* com melhor capacidade de mediação são o *coping* activo, o *coping* de planeamento, o humor, o desinvestimento comportamental e principalmente a reinterpretação positiva. Estes resultados vão ao encontro de Diener (1996), que defendia que o *coping* poderia intervir na relação entre a personalidade e o BES.

Anteriormente referiu-se que podem existir diversos caminhos de influência da personalidade sobre o BES. Por exemplo Steel *et al.* (2008) consideram que existem dois mecanismos: um genético e outro comportamental. Os autores sugerem que a personalidade pode potenciar ou diminuir os níveis de felicidade através da promoção de determinados comportamentos. Os estilos de *coping* parecem ser um dos mecanismos de explicação da relação entre a personalidade e o BES. O facto dos traços de personalidade favorecerem determinado estilo comportamental ou cognitivo

como forma de lidar com situações de stresse explica parte da influência da personalidade sobre o BES.

Tabela 44: Correlações parciais entre os traços de personalidade e a saúde física (auto-percepção de saúde e estado de saúde), controlando os estilos de *coping*

Variáveis nas parciais	controladas nas correlações		Auto-percepção de saúde	de Estado de saúde
Variável Coping activo	controlada	Neuroticismo	r= -0,344** p= 0,000	
		Extroversão	r= 0,417** p= 0,000	
		Abertura à experiência	r= 0,240** p= 0,001	
Variável Religião	controlada	Neuroticismo	r= -0,340** p= 0,000	r= 0,212** p= 0,002
		Extroversão	r= 0,429** p= 0,000	r= -0,143* p= 0,042
		Abertura à experiência	r= 0,206** p= 0,003	r= -0,131 p= 0,063
Variável Reinterpretação positiva	controlada	Neuroticismo	r= -0,298** p= 0,000	r= 0,215** p= 0,002
		Extroversão	r= 0,381** p= 0,000	r= -0,115 p= 0,103
		Abertura à experiência	r= 0,206** p= 0,003	r= -0,131 p= 0,063
Variável Desinvestimento comportamental	controlada	Neuroticismo	r= -0,352** p= 0,000	
		Extroversão	r= 0,428** p= 0,000	
		Abertura à experiência	r= 0,252** p= 0,000	
Variável Humor	controlada	Neuroticismo	r= -0,320** p= 0,001	r= 0,206** p= 0,003
		Extroversão	r= 0,393** p= 0,000	r= -0,098 p= 0,165
		Abertura à experiência	r= 0,213** p= 0,000	r= -0,113 p= 0,110

*p<0,05 **p<0,01

Verifica-se que a reinterpretação positiva e o humor mediam parcialmente a influência do neuroticismo e da extroversão na auto-percepção de saúde. O poder de mediação do *coping* activo, da religião e do desinvestimento comportamental é

praticamente nulo, uma vez que o valor das correlações parciais entre estes dois traços de personalidade e a auto-percepção de saúde é quase idêntico ao da correlação bivariada (ver Tabela 33). Neste sentido, verifica-se que o *coping* activo, o de religião e o desinvestimento comportamental pouco acrescentam à relação entre os traços de personalidade neuroticismo e extroversão e a auto-percepção de saúde.

Em relação à abertura à experiência também a reinterpretação positiva e o humor mediam parcialmente a influência deste traço de personalidade na auto-percepção de saúde. Os valores das correlações parciais, quando controlado o efeito do *coping* activo e do desinvestimento comportamental, sugerem que estes dois estilos de *coping* têm um efeito de mediação quase nulo.

Em suma, somente dois dos estilos de *coping* avaliados mediam parcialmente a relação entre a personalidade e a avaliação subjectiva da saúde: a reinterpretação positiva e o humor. Os resultados demonstram que o *coping* tem efeito de mediação ligeiro na relação entre a personalidade e a auto-percepção de saúde.

O *coping* religioso media parcialmente a relação entre o neuroticismo e a extroversão com o estado de saúde. Os estilos de *coping* reinterpretação positiva e humor também se assumem como mediadores parciais entre o neuroticismo e o estado de saúde. De referir que a influência da extroversão e da abertura à experiência sobre o estado de saúde é totalmente mediada pelos estilos de *coping* reinterpretação positiva e humor.

Em relação a esta medida mais objectiva da saúde (enumeração do número de doenças), ainda que também contaminada pela subjectividade, o coping parece assumir um papel de maior relevo na mediação da relação entre a personalidade e a saúde.

Como referido anteriormente desde muito cedo se tenta perceber de que forma a personalidade influencia a saúde (Smith & Spiro, 2002). Surgiram diversos modelos

explicativos da relação entre a personalidade e a saúde (Heck, 1997; Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith & Spiro, 2002), sendo provável que existam vários mecanismos através dos quais a personalidade influencia a saúde (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997). De facto, na questão de investigação anterior verificou-se que os estilos de vida medeiam a influência da personalidade na saúde. Na presente questão de investigação constata-se que o *coping* também tem um efeito mediador.

Diversos autores defendem que a relação entre a personalidade e a saúde poderá ser explicada através de dois mecanismos das respostas fisiológicas ao stress (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Lockenhoff *et al.*, 2008; Masui *et al.*, 2006; Smith & MacKenzie, 2006). A personalidade influencia a avaliação da situação stressante e consequentemente as respostas de *coping*, que por sua vez determinam a reacção fisiológica ao factor de stress. Essa resposta fisiológica está directamente relacionada com o risco de doença (Lemos-Giráldez & Fidalgo-Aliste, 1997; Smith & Spiro, 2002). De facto, confirma-se que o *coping* de reinterpretação positiva e o humor são dois elos de ligação entre a personalidade e a saúde.

Em relação à saúde mental, os dados parecem indicar que nenhum estilo de *coping* actua como mediador da relação entre os traços de personalidade e o índice geral de sintomas (IGS). As únicas variáveis que cumprem as condições necessárias para se efectuar o teste de mediação são o estilo de *coping* religião e o traço de personalidade neuroticismo. No entanto, quando se correlaciona parcialmente o neuroticismo com o IGS, controlando a religião obtém-se um valor de correlação ($r=0,528$; $p=0,000$) muito semelhante à correlação bivariada entre o neuroticismo e o IGS ($r=0,546$; $p=0,000$). Tais números sugerem que o papel de mediação do estilo de *coping* religião é muito diminuto, não potenciado significativamente a relação entre o neuroticismo e o índice de saúde mental.

Conclui-se que os estilos de *coping* não potenciam o poder explicativo da personalidade sobre a saúde mental, devendo existir outros mecanismos através dos quais a personalidade influencia a saúde mental.

7) As variáveis secundárias (idade, sexo e residência) relacionam-se com os estilos de vida e com os estilos de *coping*?

Os resultados das correlações entre a idade e os factores dos estilos de vida demonstram que a idade correlaciona-se negativamente com a prática de um estilo de vida saudável, ou seja, quando mais velho é um sujeito menos saudável é o seu estilo de vida. De seguida apresentam-se os valores das correlações entre a idade e os estilos de vida: actividade ($r=-0,409$; $p=0,000$), socialização ($r=-0,253$; $p=0,000$), *coping* funcional ($r=-0,270$; $p=0,000$), cuidados com a alimentação ($r=-0,148$; $p=0,034$), cuidados com a saúde ($r=-0,191$; $p=0,006$) e EEVI_Total ($r=-0,432$; $p=0,000$). De referir que somente o factor actividade e o total dos estilos de vida têm uma correlação de magnitude moderada, sendo que a idade explica, respectivamente, 16,7% e 18,6% desses dois factores.

Na literatura encontram-se alguns resultados similares. Outros estudos indicam que os sujeitos mais velhos praticam menos exercício físico (Cockerham, 2000; Uitenbroek *et al.*, 1996; Varo *et al.*, 2003) ou podem ter mais dificuldade em utilizarem um *coping* adaptativo (Ouwehand *et al.*, 2007). De referir que os idosos podem apresentar menos contactos sociais e ocupação dos tempos livres com actividades de interesse, devido ao agravamento dos défices que surgem com a idade (Fontaine, 2000; Sequeira, 2007). Os resultados encontrados vão ao encontro de outras investigações, alertando para a instalação de um estilo de vida menos saudável com o avançar da idade. Assim, é necessário trabalhar a adopção de hábitos saudáveis o mais cedo possível.

Verificou-se uma situação semelhante em relação à influência da idade nos estilos de *coping*. A idade correlaciona-se negativamente com a maioria dos estilos de *coping* avaliados, pelo que quanto mais velhos menos os sujeitos utilizam o *coping* activo ($r=-0,181$; $p=0,010$), planear ($r=-0,309$; $p=0,000$), o suporte instrumental ($r=-0,345$; $p=0,000$), a reinterpretação positiva ($r=-0,365$; $p=0,000$), a auto-culpabilização ($r=-0,280$; $p=0,000$), a expressão de sentimentos ($r=-0,239$; $p=0,001$), a negação ($r=-0,214$; $p=0,002$) e o humor ($r=-0,249$; $p=0,000$). Em contrapartida, a idade correlaciona-se positivamente com a religião ($r=0,280$; $p=0,000$) e com o desinvestimento comportamental ($r=0,208$; $p=0,003$). De referir que não apresenta qualquer relação com o *coping* de aceitação ($r=-0,066$; $p=0,352$), de auto-distracção ($r=-0,026$; $p=0,716$) e com o uso de substâncias ($r=0,074$; $p=0,293$). Todavia, a maioria das correlações significativas têm uma magnitude fraca, indicando que apesar da idade explicar parte da variância dos estilos de *coping*, a sua influência é pequena.

Rothermund e Brandtstadter (2003) referem que com a idade verifica-se um declínio no *coping*, sendo que os idosos começam a ter cada vez mais dificuldade em implementar o *coping* que anteriormente utilizavam. De facto, com o avançar da idade diminui o uso do *coping* que permite a resolução dos problemas ou a adopção de uma perspectiva mais optimista. Em contrapartida, os idosos mais velhos utilizam mais o *coping* passivo, como o desinvestimento comportamental ou a religião. Thomsen, Mehlsen, Viidik, Sommerlund e Zachariae (2005) acrescentam que os idosos recorrem mais a estratégias defensivas como forma de *coping* com os acontecimentos incontroláveis.

Através do teste T de Student conclui-se que não existem diferenças entre sexos a nível dos estilos de vida: actividade ($t=0,678$; $p=0,499$), socialização ($t=-0,932$; $p=0,353$), cuidados com a alimentação ($t=-1,535$; $p=0,126$), cuidados com a saúde ($t=-1,183$; $p=0,238$) e EEVI_total ($t=0,289$; $p=0,773$), à excepção de um factor – o *coping* funcional ($t=2,147$; $p=0,033$). De referir que as médias ($M_{\text{masculino}}=11,34$; $M_{\text{feminino}}=9,77$)

indicam que os homens tendem a praticar um *coping* mais adaptativo do que as mulheres.

Conclui-se que não existem diferenças na prática de um estilo de vida saudável em função do sexo do sujeito, à excepção do *coping* funcional. De facto, na literatura verifica-se que as mulheres tendem a recorrer mais à ruminação (e.g. Garnefski, Kraaij, Legerstee & Kommer, 2004; Thomsen *et al.*, 2005) e são mais preocupadas dos que os homens (Robichaud, Dugas & Conway, 2003). Consequentemente é compreensível que no estilo de vida as mulheres se revelem mais preocupadas em excesso com os problemas e pensem continuamente nas situações negativas.

Também se observou que não existem diferenças na maioria dos estilos de *coping* em função do sexo: *coping* activo ($t=1,352$; $p=0,178$), planejar ($t=0,812$; $p=0,418$), suporte social e emocional ($t=-1,394$; $p=0,165$), reinterpretação positiva ($t=0,588$; $p=0,557$), auto-culpabilização ($t=-1,409$; $p=0,160$), expressão de sentimentos ($t=-1,283$; $p=0,201$), negação ($t=-1,680$; $p=0,095$), auto-distracção ($t=-0,328$; $p=0,743$), desinvestimento comportamental ($t=-1,535$; $p=0,126$), uso de substâncias ($t=-0,064$; $p=0,949$) e humor ($t=0,511$; $p=0,610$). Somente o suporte instrumental ($t=-3,359$; $p=0,001$; $M_{\text{masculino}}=0,98$, $M_{\text{feminino}}=1,71$), a religião ($t=-5,004$; $p=0,000$; $M_{\text{masculino}}=3,32$, $M_{\text{feminino}}=5,21$) e a aceitação ($t=-4,932$; $p=0,000$; $M_{\text{masculino}}=2,20$, $M_{\text{feminino}}=3,55$) revelaram diferenças entre sexos, sempre com pontuações superiores para o sexo feminino.

De facto, outros estudos indicam diferenças entre sexos a nível do *coping*. Geralmente as mulheres recorrem mais ao *coping* emocional e de evitamento e menos ao *coping* focado nos problemas (Matud, 2004; Renk & Creasey, 2003). À excepção do *coping* de suporte instrumental, os resultados encontrados são congruentes com o uso mais frequente do *coping* emocional por parte das mulheres. Para além disso, as mulheres evidenciam ter mais fé e religiosidade do que os homens (WHOQOL-SRPB Group, 2006), o que explica porque recorrem mais ao *coping* religioso. Uma das

razões para as diferenças entre sexos pode dever-se ao facto dos homens e mulheres vivenciarem diferentes tipos de situações stressantes (Matud, 2004).

De seguida procurou-se estudar a relação do local de habitação com o estilo de vida. Inicialmente procedeu-se ao teste de homogeneidade de variâncias, observando-se que a actividade (Levene statistic=5,215; $p=0,006$) não apresenta uma distribuição normal, pelo que será excluída da análise da ANOVA. A ANOVA apresentou os seguintes dados: socialização ($F=6,327$; $p=0,002$), *coping* funcional ($F=5,077$; $p=0,007$), cuidados com a alimentação ($F=1,071$; $p=0,345$), cuidados com a saúde ($F=2,542$; $p=0,081$) e EEVI_Total ($F=16,371$; $p=0,000$). O teste *post hoc* Bonferroni identificou quais os grupos que divergem significativamente. No factor socialização existem diferenças apenas entre dois grupos: os que residem em casa própria e os idosos institucionalizados ($M=2,688$; $p=0,002$). No *coping* funcional existem diferenças entre os indivíduos que moram na própria casa e os que vivem em casa de familiares ($M=2,684$; $p=0,032$) e entre os que residem na própria casa e os idosos institucionalizados ($M=1,663$; $p=0,028$). Por fim, na EEVI_Total, surgiram diferenças entre os seguintes grupos: os idosos residentes na própria casa e os residentes em casa de familiares ($M=13,855$; $p=0,001$) e entre os primeiros e os idosos em lares ($M=11,763$).

Em relação ao factor actividade recorreu-se ao teste Kruskal Wallis, verificando que existem diferenças na prática de um estilo de vida mais activo em função da situação de residência, como se pode observar pelo valor do chi-square ($\chi^2=28,267$; $p=0,000$). Observando-se as médias, constata-se que os idosos que vivem na sua própria casa ($M=129,13$) têm pontuações mais elevadas no factor actividade, do que os idosos em lares ($M=85,98$) ou residentes em casas de familiares ($M=77,98$).

Os dados obtidos na ANOVA e no teste Kruskal Wallis indicam que os idosos que moram na sua própria casa praticam um estilo de vida mais saudável do que os idosos residentes em casa de familiares ou institucionalizados. De certa forma estes resultados eram esperados. Geralmente os idosos são institucionalizados quando já

não têm condições para continuarem na sua casa. Essa deterioração aliada à saída do meio familiar para passar a viver num ambiente externo e não familiar pode explicar a razões dos idosos institucionalizados terem um estilo de vida menos saudável.

De seguida pretende-se saber se existem diferenças nos estilos de *coping* em função da situação de residência do idoso. No entanto, constatou-se que somente um dos estilos de *coping* assumia igualdade de variâncias. Consequentemente, recorreu-se ao teste Kruskal Wallis. Os seguintes estilos de *coping* não apresentam diferenças em função da habitação: *coping* activo ($x^2=4,267$; $p=0,118$), suporte social e emocional ($x^2=3,357$; $p=0,187$), expressão de sentimentos ($x^2=2,718$; $p=0,257$), auto-distracção ($x^2=1,720$; $p=0,423$), desinvestimento comportamental ($x^2=2,143$; $p=0,343$) e uso de substâncias ($x^2=2,923$; $p=0,232$).

Em oposição, existem diferenças nos seguintes estilos de *coping* em função da habitação dos idosos: planejar ($x^2=14,534$; $p=0,001$), suporte instrumental ($x^2=25,285$; $p=0,000$), religião ($x^2=19,179$; $p=0,000$), reinterpretação positiva ($x^2=33,492$; $p=0,000$), auto-culpabilização ($x^2=13,295$; $p=0,001$), aceitação ($x^2=18,044$; $p=0,000$), negação ($x^2=18,070$; $p=0,000$) e humor ($x^2=19,537$; $p=0,000$).

Através da Tabela 45 constata-se que os idosos residentes em casa própria recorrem mais ao *coping* de planeamento, ao suporte instrumental, à reinterpretação positiva, à auto-culpabilização, à aceitação, à negação e ao humor do que os idosos residentes em casa de familiares ou institucionalizados. Em relação ao *coping* de religião, são os idosos residentes em lares da terceira idade que mais utilizam este tipo de *coping*.

Tabela 45: médias dos estilos de *coping* por categoria de habitação

Estilos de <i>coping</i>	Habitação	Mean Rank
Planear	Casa própria	121,47
	Casa de familiares	89,71
	Lar	89,76
Suporte instrumental	Casa própria	127,04
	Casa de familiares	86,05
	Lar	86,00
Religião	Casa própria	84,19
	Casa de familiares	108,76
	Lar	116,06
Reinterpretação positiva	Casa própria	129,47
	Casa de familiares	97,00
	Lar	81,75
Auto-culpabilização	Casa própria	118,97
	Casa de familiares	102,95
	Lar	89,03
Aceitação	Casa própria	121,13
	Casa de familiares	111,07
	Lar	85,59
Negação	Casa própria	121,26
	Casa de familiares	105,57
	Lar	86,63
Humor	Casa própria	121,72
	Casa de familiares	90,38
	Lar	89,42

Após as diversas análises estatísticas realizadas ao longo da presente questão de investigação conclui-se que as variáveis sociodemográficas analisadas influenciam os estilos de vida e de *coping* dos idosos, principalmente a idade e a situação de residência.

A idade apresenta uma influência negativa no estilo de vida e no *coping*, sendo que quanto mais velhos são os sujeitos menos saudável é o seu estilo de vida, assim como diminui o seu repertório de estilos de *coping*. Os idosos mais velhos utilizam menos estilos de *coping* benéficos, como *coping* de resolução de problemas, o humor

ou a reinterpretação positiva. Em contrapartida, a idade favorece o uso de *coping* passivo, como a religião e o desinvestimento comportamental.

O sexo parece ter uma influência pequena no estilo de vida e no *coping*, revelando que os homens têm um estilo de vida menos preocupado e as mulheres recorrem mais ao *coping* de suporte instrumental, à religião e à aceitação do que os homens.

A situação de residência assumiu-se como uma variável secundária influente no estilo de vida e no *coping*. Conclui-se que os idosos a residirem em casa própria têm um estilo de vida saudável e um repertório mais alargado de estilos de *coping*, incluindo *coping* considerado positivo, como o *coping* de resolução de problemas e a reinterpretação positiva.

Ao longo do presente estudo constatou-se que os estilos de vida e o *coping* são variáveis importantes para o bem-estar e para a saúde dos idosos, influenciado a qualidade do processo de envelhecimento. Percebe-se também que as variáveis sociodemográficas não são de desprezar, pois demonstram alguma influência nos estilos de vida e no *coping*. Variáveis como a idade e o sexo não são passíveis de intervenção. Neste sentido resta conhecer e compreender a acção destes factores. Todavia é possível intervir ao nível da situação de habitação, tendo-se verificado que o idoso continuar a residir na sua casa está associado a um estilo de vida mais saudável e ao uso de mais estilos de *coping*. Consequentemente, defende-se que se devem desenvolver estratégias para permitir aos idosos portugueses manterem-se na sua casa durante mais tempo possível. Outros autores (e.g. Sarma, Hawley & Basu, 2009) defendem ser preferível desenvolver respostas que permitam aos idosos relativamente saudáveis manterem-se nas suas casas, com algum nível de independência. Para isso é necessário apostar nos serviços de apoio formal e informal, embora a institucionalização seja necessária nos casos dos idosos com problemas mais graves e níveis de dependência elevados.

Contudo, é necessário reconhecer que o presente estudo não permite conhecer através de que mecanismos as variáveis sociodemográficas influenciam os estilos de vida e o *coping*, não sendo esse o seu objectivo. Neste sentido, é necessário abordar com cuidado os benefícios dos idosos viverem na sua casa. Levanta-se a questão se são os idosos que residem na sua casa que estão melhores, com mais capacidade e por isso têm um estilo de vida mais saudável? Os piores resultados obtidos pelos idosos institucionalizados advêm destes sujeitos estarem em pior estado ou é o facto de estar institucionalizado que influencia negativamente o estilo de vida e o *coping*? Devemos recordar que os idosos mais saudáveis têm menos probabilidade de estarem institucionalizados ou de residirem em casa de familiares. Em contrapartida, o declínio na saúde aumenta a probabilidade do idoso ser institucionalizado (Sarma *et al.*, 2009). Como não é possível estabelecer relações de causalidade podemos unicamente referir que os sujeitos que ainda residem na sua própria casa apresentam melhores resultados a nível do estilo de vida e do *coping*.

- 8) As variáveis secundárias (idade, sexo e habitação) relacionam-se com o BES, a saúde física e a saúde mental?

Através de correlações bivariadas verifica-se que a idade não se correlaciona com a satisfação com a vida ($r=0,041$; $p=0,558$), nem com os afectos negativos ($r=0,088$; $p=0,213$). O único componente do BES que demonstra uma relação significativa com a idade é a afectividade positiva ($r=-0,335$; $p=0,000$), sendo que quanto mais velhos os sujeitos menos reportam afectos positivos. Na literatura existem incongruência sobre o BES na terceira idade. Enquanto uns autores argumentam que o BES diminui, outros argumentam que os idosos mantêm elevados níveis de BES (Pinquart, 2001; Rioux, 2005; Rott *et al.*, 2006). O presente estudo sugere que a idade cronológica é pouco relevante para os níveis de felicidade. Todavia, as pessoas mais velhas parecem ter menos emoções positivas (embora a magnitude da correlação seja fraca). Este resultado é congruente com o estudo longitudinal de Griffin *et al.* (2006), o

que reforça a perspectiva que no caso dos idosos mais velhos a maturidade emocional pode não ser suficiente para compensar o efeito negativo das perdas vividas no BES (Griffin *et al.*, 2006; Pinquart, 2001).

Novamente, recorrendo às correlações percebe-se que a idade está negativamente relacionada com a auto-percepção de saúde ($r = -0,170$; $p = 0,015$) e positivamente com o estado de saúde ($r = 0,155$; $p = 0,027$). Verifica-se que quanto mais velho é o idoso pior é a sua avaliação subjectiva da saúde, assim como reporta ter mais doenças. Todavia, salienta-se que a magnitude das correlações é negligenciável. Sabe-se que a terceira idade está associada ao surgimento de problemas de saúde, mesmo quando existe um envelhecimento bem sucedido (Bryant *et al.*, 2001; Motta *et al.*, 2005; Sarma *et al.*, 2009; Sequeira, 2007). Consequentemente é esperado que com o avançar de idade surjam os problemas de saúde, contribuindo para uma pior avaliação subjectiva da saúde.

Em relação à saúde mental, a idade não está correlacionada com o IGS ($r = -0,065$; $p = 0,358$), sugerindo que a idade dos sujeitos não está relacionada com a sua saúde mental.

Para se perceber se existem diferenças nos componentes do BES em função do sexo dos sujeitos utilizou-se o Student T'test. Os dados indicam que não existem diferenças significativas entre sexos em dois dos componentes do BES: satisfação com a vida ($t = 1,595$; $p = 0,112$) e afectos positivos ($t = -1,340$; $p = 0,182$). No entanto, existem diferenças significativas entre homens e mulheres a nível dos afectos negativos ($t = -4,903$; $p = 0,000$). Os homens demonstram menos afectividade negativa ($M_{\text{masculino}} = 15,45$) do que as mulheres ($M_{\text{feminino}} = 20,14$). Esta diferença na afectividade negativa encontra-se reportada noutros estudos. Tradicionalmente o sexo feminino sempre pontuou mais do que os homens nos afectos negativos. Thomsen *et al.* (2005)

defendem que tal pode deve-se ao facto das mulheres utilizarem mais estratégias como a ruminação, aumentando os afectos negativos.

Não se verificaram diferenças significativas entre sexos na auto-percepção de saúde ($t=1,436$; $p=0,153$). Em contrapartida no estado de saúde existem diferenças entre sexos ($t=-3,636$; $p=0,000$), sendo as mulheres que referem mais doenças ($M_{\text{masculino}}=1,77$; $M_{\text{feminino}}=2,65$). Na saúde mental existem diferenças significativas entre sexos. O student t'test com as variáveis sexo e IGS apresenta os seguintes resultados ($t=-5,354$; $p=0,000$), sendo o sexo feminino o que apresenta maior índice geral de sintomas ($M_{\text{masculino}}=0,32$; $M_{\text{feminino}}=0,60$). De facto a literatura da especialidade refere frequentemente que as mulheres tendem a apresentar piores índices de saúde mental do que os homens. Existem diversas explicações para o facto das mulheres reportarem mais sintomatologia psicológica do que os homens, focando aspectos biológicos, comportamentais e sociais. O autor defende que um dos mecanismos de influência do sexo na saúde mental é as mulheres sentirem-se mais discriminadas do que os homens (Dambrun, 2007).

Para se estudar se a variável habitação influencia o BES utilizou-se uma ANOVA. Inicialmente pediu-se o teste de homogeneidade de variâncias. A satisfação com a vida (Levene statistic=0,001; $p=0,999$) e os afectos negativos (Levene statistic=1,388; $p=0,252$) têm homogeneidade de variância, enquanto os afectos positivos não (Levene statistic=6,151; $p=0,003$). Consequentemente, para os afectos positivos será utilizado o teste Kruskal Wallis, cujos resultados são apresentados no parágrafo seguinte. Em relação aos dados da ANOVA, destaca-se que a habitação não influencia a satisfação com a vida ($F=2,106$; $p=0,124$) nem os afectos negativos ($F=0,642$; $p=0,527$). Estes resultados sugerem que residir na sua própria casa, em casa de familiares ou num lar de terceira idade não é uma variável determinante para a satisfação com a vida ou para as emoções negativas.

O teste Kruskal Wallis indica que existem diferenças significativas nos afectos positivos em função da habitação ($\chi^2=25,076$; $p=0,000$). As médias de rank das três categorias de habitação (casa própria=127,70; cada de familiares=84,07; lar=85,87) indicam que os idosos que residem na sua própria casa reportam mais afectos positivos do que os que residem em casa de familiares ou estão institucionalizados. Parece que a casa do idoso é um elemento central para o seu bem-estar, estando associada a um sentimento de pertença e com forte significado pessoal. A saída da sua casa para outro local está associada à perda de autonomia, à imposição de regras diferentes da sua rotina, assim como à mudança para um sítio descaracterizado e impessoal, que o idoso não vê como seu (Rioux, 2005). Neste sentido é compreensível que os idosos ainda a residirem na própria casa apresentem níveis superiores de afectividade positiva, comparados com os idosos residentes em casa de familiares ou institucionalizados.

De seguida realizou-se novamente outra ANOVA para estudar a influência da habitação na auto-percepção de saúde dos idosos. O teste de homogeneidade de variâncias indica que se pode prosseguir com a ANOVA (Levene statistic=2,433; $p=0,090$). Observa-se que a auto-percepção de saúde física é influenciada pela habitação ($F=3,227$; $p=0,042$), sendo que só existem diferenças significativas entre os idosos residentes na sua própria casa e os institucionalizados (Mean Difference=0,378; $p=0,036$). Com a variável estado de saúde obtêm-se resultados similares ($F=10,781$; $p=0,000$), sendo que os idosos residentes em casa própria reportam menos doenças do que os indivíduos institucionalizados (Mean Difference=-1,092; $p=0,000$). Os idosos residentes na sua própria casa apresentam melhores índices de saúde.

De facto, morar na sua própria casa, com o cônjuge, está associado a melhores índices de saúde. Os idosos institucionalizados apresentam piores índices de saúde. Em suma, residir na sua casa com o cônjuge apresenta-se como a condição mais

favorável à saúde dos idosos, sendo que morar com os filhos tem vantagens como desvantagens. Residir num lar da terceira idade revelou-se a opção menos benéfica para a saúde, estando geralmente associada a piores índices de saúde (Li, Zhang & Liang, 2009; Sarma *et al.*, 2009). Alias, num estudo longitudinal verificou-se que os idosos que apresentam deterioração na percepção da sua saúde tinham mais hipóteses de passarem a viver num lar de terceira idade (Sarma *et al.*, 2009).

Por fim, pretende-se estudar a influência da habitação na saúde mental. Inicialmente realizou-se uma ANOVA e pediu-se o teste de homogeneidade de variâncias. Contudo, a variável referente à saúde mental, o IGS, não tem uma distribuição normal (Levene statistic=6,292; $p=0,002$). Neste sentido, recorre-se ao teste não paramétrico Kruskal Wallis. Verifica-se que a habitação influencia o IGS ($\chi^2=11,677$; $p=0,003$). As médias das três categorias da habitação indicam que são os idosos que moram em casa de familiares ($M=125,81$) que tem um índice de psicopatologia mais elevado, seguidos dos idosos que moram na sua própria casa ($M=113,54$) e dos idosos institucionalizados ($M=88,69$).

Em suma, as variáveis sociodemográficas consideradas demonstram ter alguma influência sobre as variáveis dependentes do estudo: os componentes do BES, a auto-percepção de saúde, o estado de saúde e o índice de saúde mental. A idade correlaciona-se negativamente com os afectos positivos e com a percepção de saúde. A nível do sexo, as mulheres apresentam mais afectos negativos e níveis superiores de sintomatologia psicopatológica. Em relação à situação de habitação, são os idosos que residem na sua própria casa os que apresentam mais afectos positivos e melhor percepção de saúde, principalmente quando comparados com os idosos institucionalizados. Na saúde mental, são os sujeitos a viverem em casa de familiares que apresentam piores pontuações.

Os dados parecem sugerir que se deve encorajar os idosos a ficarem o mais tempo possível em sua casa, favorecendo o seu bem-estar e a sua saúde. Todavia, recupera-se a problemática abordada na questão de investigação anterior. Este estudo simplesmente apresenta o sentido de influência das variáveis sociodemográficas, não percebendo de que forma actuam, nem estabelecendo linhas de causalidade. Os resultados somente indicam que residir na sua casa está associado a níveis de afectividade positiva superiores e a uma avaliação subjectiva da saúde mais favorável.

Conclui-se que os estilos de vida e os estilos de *coping* são variáveis importantes para um envelhecimento bem sucedido, mais concretamente operacionalizado pelos níveis de felicidade, pela avaliação subjectiva de saúde e por um índice geral de saúde mental. As variáveis secundárias também detêm algum efeito nas variáveis dependentes, quer directamente, quer influenciado os estilos de vida e de *coping*.

6. Conclusões e limitações

Os estilos de vida assumem-se como um factor relevante para o envelhecimento com qualidade, pois a prática de um estilo de vida saudável favorece os níveis de BES e a saúde dos idosos. Contudo, nem todos os factores dos estilos de vida se revelam determinantes para a qualidade do envelhecimento. Destaca-se principalmente o contributo positivo da socialização, da actividade e do *coping* funcional. Conviver com outras pessoas (amigos e familiares), ter uma relação positiva com os outros, perceber ter suporte social, praticar exercício físico, ter uma vida activa, ocupar-se com algumas actividades (desde passatempos a passeios), não se preocupar excessivamente com os problemas nem ter pensamentos de ruminação favorecem níveis superiores de BES e promovem a saúde. De referir que este tipo de padrão comportamental é principalmente importante para os níveis de bem-estar e para a avaliação subjectiva da saúde.

Outra variável que também é determinante para a qualidade do envelhecimento é o *coping*. Os estilos de *coping* predizem os níveis de BES e a saúde dos idosos. De referir que os estilos de *coping* são mais relevantes para o BES e para a saúde mental. Em traços gerais estilos de *coping* considerados positivos favorecem os níveis de BES e a saúde física e mental. Em contrapartida, estilos de *coping* considerados negativos são nocivos para o envelhecimento bem sucedido. A título de exemplo, em relação ao BES o *coping* activo, a reinterpretação positiva e o humor favorecem a felicidade, enquanto o *coping* religioso e a negação diminuem os níveis de bem-estar. Novamente o *coping* religioso e a negação favorecem uma pior avaliação subjectiva da saúde e promovem a sintomatologia psicológica, enquanto a reinterpretação positiva e o humor promovem a saúde.

Destaca-se que o estilo de *coping* que se afirmou sempre como preditor significativo do BES, da auto-percepção de saúde e do índice de saúde mental é a

reinterpretação positiva. Tal facto demonstra o papel central deste estilo de *coping* no envelhecimento com qualidade, especialmente numa fase da vida onde começam a surgir dificuldades para se implementar o *coping* de resolução de problemas.

A personalidade também desempenha um papel relevante no envelhecimento, influenciando quer os estilos de vida e de *coping*, quer os indicadores do envelhecimento bem sucedido: o BES, a avaliação subjectiva de saúde, o estado de saúde e o índice geral de saúde mental.

Entre os cinco traços de personalidade avaliados destaca-se a importância de três: o neuroticismo, a extroversão e a abertura à experiência. Em traços gerais a extroversão favorece os níveis de felicidade, a saúde, a prática de um estilo de vida saudável e o recurso a estilos de *coping* adequados (e.g. *coping* activo, reinterpretação positiva). O neuroticismo é prejudicial para o BES, para a saúde, assim como diminui a prática de um estilo de vida saudável e potencia os estilos de *coping* negativos (e.g. promove o *coping* religioso e diminui o *coping* de humor e a reinterpretação positiva). Em relação à abertura à experiência não detém um papel tão preponderante como os outros dois traços de personalidade. Ainda assim promove um estilo de vida saudável e favorece o uso de dois estilos de *coping* positivos: o *coping* activo e o humor.

Outra conclusão que se pode retirar é que os estilos de vida medeiam a relação entre a personalidade e o BES, a avaliação subjectiva de saúde, o estado de saúde e a saúde mental dos idosos. Conclui-se que o estilo de vida é um dos mecanismos através do qual a personalidade influencia o nível de felicidade e a saúde dos idosos. Saliencia-se que é um dos mecanismos, não sendo a única explicação possível para a capacidade de influência da personalidade. O facto da maioria da capacidade de mediação dos estilos de vida ser parcial (apesar de se verificarem algumas situações

de mediação total) sugere que existem outros factores relevantes na explicação de como a personalidade influencia o BES, a saúde física e a saúde mental.

De facto, os estilos de *coping* também medeiam parcialmente a influência da personalidade sobre o BES e a saúde física dos idosos. Neste sentido, os estilos de *coping* também são um dos caminhos através dos quais a personalidade influencia o BES e a saúde dos idosos. Mais uma vez, verifica-se que os resultados apontam para a existência de diversos mecanismos através dos quais a personalidade influencia o BES e a saúde.

Em suma, conclui-se que a prática de um estilo de vida saudável e o uso de estilos de *coping* positivos favorece um envelhecimento com qualidade, avaliado através de níveis superiores de BES e de melhores índices de saúde. Todavia, salienta-se que existem diversas variáveis que intervêm na qualidade do envelhecimento, tais como os traços de personalidade e variáveis sociodemográficas. Conclui-se que o BES e a saúde na terceira idade resultam da conjugação de diversos factores, entre os quais o estilo de vida e de *coping* têm um papel importante.

À luz dos resultados encontrados recomenda-se a promoção de um estilo de vida saudável, pautado pela actividade física, pela ocupação do tempo livre com actividades de interesse para o idoso (e.g. passatempos, passeios), pela interacção harmoniosa com outros, pelo convívio social e por não se preocuparem em excesso com os problemas. Os dois factores dos estilos de vida onde os idosos demonstraram ter menos comportamentos saudáveis são a actividade e o *coping* funcional, pelo que se recomenda especial ênfase na promoção de um estilo de vida activo, preenchido com actividades de interesse e exercício físico e maior descentração nos problemas.

Outro aspecto central na promoção do envelhecimento com qualidade é o estilo de *coping*. Recomenda-se a promoção do *coping* considerado positivo, como por exemplo o *coping* activo, o humor e principalmente a reinterpretção positiva. A

reinterpretação positiva destacou-se como o estilo de *coping* mais relevante para o BES e saúde dos idosos. Todavia inclui-se no grupo de estilos de *coping* menos utilizados pelos idosos.

Consequentemente, quer individualmente em contexto de consulta psicológica, quer em contexto de intervenção em grupos, deve-se promover a capacidade de desenvolver outra perspectiva sobre os problemas, encarando as situações stressantes numa perspectiva positiva e de crescimento e valorização pessoal. A promoção do *coping* de reinterpretação positiva torna-se ainda mais importante na terceira idade, pois os idosos começam a ter mais dificuldades em implementarem outras estratégias positivas, tais como o *coping* de resolução de problemas. Assim, a reinterpretação positiva pode ser uma ferramenta imprescindível para enfrentar as situações de stress e manter uma percepção de qualidade de vida aceitável para o idoso.

Independentemente da importância dos resultados encontrados é necessário mencionar algumas limitações do presente trabalho. Primeiro, apesar da amostra ser alargada, é uma amostra de conveniência, que poderá não ser representativa da população idosa portuguesa. Neste sentido impõe-se cuidado na generalização dos resultados. De forma a combater esta limitação seria útil replicar este estudo.

Segundo, como foi referido no enquadramento teórico existem diversas variáveis que podem definir o envelhecimento com qualidade. Presentemente, observou-se que a prática de um estilo de vida saudável e ter um estilo de *coping* positivo é bom para o envelhecimento com sucesso, avaliado através do BES, da saúde subjectiva e de um índice de psicopatologia. Todavia, permanece a dúvida se os estilos de vida e de *coping* também são relevantes para outros indicadores do envelhecimento com sucesso. Por exemplo, terá o estilo de vida e o *coping* a mesma influência nas medidas de qualidade de vida ou na capacidade funcional e cognitiva dos idosos?

Terceiro, só é possível ter a certeza das relações causais em estudos longitudinais. Consequentemente, uma sugestão para o futuro é estudar esta temática através de uma investigação longitudinal. Não só permitiria perceber as relações causais mas também compreender a evolução nos estilos de vida e de *coping* ao longo do *life-span*, assim como a sua relevância em cada fase da vida para o BES e saúde dos sujeitos.

A presente investigação tem um carácter inovador, pois não se conhece outro estudo que em Portugal avalie os estilos de vida e de *coping* na terceira idade, nem qual o seu impacto no BES e na saúde. Os resultados sugerem que este é um tema que merece o interesse dos investigadores. No entanto, as variáveis indicadoras da saúde física são maioritariamente de cariz subjectivo (percepção de saúde). Apesar do estado de saúde ser uma variável mais objectiva também é afectada pela personalidade, estando também contaminada pela subjectividade. De futuro seria interessante incluir indicadores objectivos da saúde dos idosos (e.g. exame médico), dotando o estudo de medidas mais completas sobre a saúde. Esse acréscimo permitirá comparar qual o impacto das variáveis na saúde. Por exemplo esclarecendo se a influência dos estilos de vida e de *coping* é diferente consoante se fale em saúde subjectiva ou em saúde objectiva.

Por fim, salienta-se que os resultados do presente estudo vão ao encontro da conclusão de uma investigadora portuguesa sobre o BES: “(...) o BES dos indivíduos depende, em grande parte, da acção dos próprios indivíduos e eles podem activamente promover o seu bem-estar. Ou seja, embora a realidade objectiva seja um factor inalienável na contribuição para o BES, em circunstâncias em que as necessidades humanas básicas estão asseguradas, a sua importância torna-se secundária.” (Galinha, 2008, p. 233).

Referências

Agin, B. & Perkins, S. (2008). *Healthy aging for dummies*. USA: Wiley Publishing.

Antoniazzi, A.; Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.

Argyle, M. (2003). Causes and correlates of happiness. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.

Arnold, R.; Ranchor, A.; Koeter, G.; Jongste, M. & Sanderman, R. (2005). Consequences of chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: the relationship between objective and subjective health. *Social Science & Medicine*, 61, 2144-2154.

Arrindell, W.; Nieuwenhuizen, C. & Luteijn, F. (2001). Chronic psychiatric status and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 31, 145-155.

Arthaud-Day, M.; Rode, J.; Mooney, C.; Near, J. (2005). The subjective well-being construct: A test of its convergent, discriminant and factorial validity. *Social Indicators Research*, 74, 445-476.

Artistico, D.; Baldassari, F.; Lauriola, M. & Laicardi, C. (2000). Dimensions of health-related dispositions in elderly people: relationships with health behavior and personality traits. *European Journal of Personality*, 14, 533-552.

Azar, D.; Ball, K.; Salmon, J.; Cleland, V. (2008). The association between physical activity and depressive symptoms in young women: a review. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 82-88.

Backett, C. K. & Davison, C. (1995). Lifecourse and lifestyle: The social and cultural location of health behaviours. *Social Science and Medicine*, 40 (5), 629-638.

Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, 5, 523-527.

Barganier, D. (2007). Does coping mediate the relationship between personality and subjective well-being? (Tese de Mestrado em Psicologia da Saúde). USA: Central Connecticut State University: Department of Psychology.

Bar-Tur, L.; Levy-Shiff, R. & Burns, A. (1998). Well-being in aging: Mental engagements in elderly men as a moderator of losses. *Journal of Aging Studies*, 12 (1), 1-17.

Ben-Zur, H. (2002). Coping, affect and aging: the roles of mastery and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 357-372.

Berg, C.; Meegan, S. & Deviney, F. (1998). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 239-261.

Bertoquini, V. & Ribeiro, J.L.P. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do Modelo dos Cinco factores da Personalidade. *Psychologica*, 43, 193-210.

Bishop, G.; Tong, E.; Diong, S.; Enkelmann, H.; Why, Y.; Khader, M. & Ang, J. (2001). The relationship between coping and personality among police officers in Singapore. *Journal of Research in Personality, 35*, 353-374.

Biswas-Diener, R. & Diener, E. (2006). The subjective well-being of the homeless, and lessons for happiness. *Social Indicators Research, 76*, 185-205.

Blanchflower, D. & Oswald, A. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine, 66*, 1733-1749.

Bode, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2006). Preparing for aging: Development, feasibility and preliminary results of an educational program for midlife and older based on proactive coping theory. *Patient Education and Counseling, 61*, 272-278.

Bogg, T.; Voss, M.; Wood, D. & Roberts, B. (2008). A hierarchical investigation of personality and behavior: examining neo-socioanalytic models of health-related outcomes. *Journal of Research in Personality, 42*, 183-207.

Boland, A. & Cappeliez, F. (1997). Optimism and neuroticism as predictors of coping and adaptation in older women. *Personality and Individual Differences, 22* (6), 909-919.

Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine, 66*, 2321-2334.

Bourchard, G.; Guillemette, A. & Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: an examination of their relation to personality, cognitive appraisals and psychological distress. *European Journal of Personality, 18*, 221-238.

Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331, 1548-1551.

Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 31, 317-327.

Bryant, L.; Corbett, K. & Kutner, J. (2001). In their words: a model of healthy aging. *Social Science & Medicine*, 53, 927-941.

Burns, A.; Brown, J.; Sachs-Ericsson, N.; Plant, A.; Curtis, J.; Fredrickson, B. & Joiner, T. (2008). Upward spirals of positive emotion and coping: replication, extension and initial exploration of neurochemical substrates. *Personality and Individual Differences*, 44, 360-370.

Canavarro, M.C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In Simões, M.; Gonçalves, M. & Almeida, L (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (p. 95-109) (vol. 2). Braga: APPORT/SO.

Cantor, N. & Sanderson, C. (2003). Life tasks participation and well-being: The importance of taking part in daily life. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 230-243). New York: Russell Sage Foundation.

Carr, A. (2004). *Positive Psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge. pp. 1-45.

Catanzaro, S. (1997). Mood regulation expectancies, affect intensity, dispositional coping and depressive symptoms: a conceptual analysis and empirical reanalysis. *Personality and Individual Differences*, 23 (6), 1065-1069.

Celso, B.; Ebener, D. & Burkhead, E. (2003). Humor coping, health status and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging & Mental Health*, 7 (6), 438-445.

Chang, E.; Sanna, L.; Riley, M.; Thornburg, A.; Zumberg, K. & Edwards, M. (2007). Relations between problem-solving styles and psychological adjustment in young adults: is stress a mediating variable? *Personality and Individual Differences*, 42, 135-144.

Cheng, H. & Furnham, A. (2001). Attributional style and personality as predictors of happiness and mental health. *Journal of Happiness Studies*, 2, 307-327.

Chien, L.; Ko, H. & Wu, J. (2007). The five-factor model of personality and depressive symptoms: one-year follow-up. *Personality and Individual Differences*, 43, 1013-1023.

Chodzko-Zajko, W.; Schwingel, A. & Park, C. (2008). Successful aging: the role of physical activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, x (x), 1-9.

Chou, K. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *The Journal of Genetic Psychology*, 160 (3), 319-331.

Clark, M.; Hampson, S.; Avery, L.; Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with Type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9, 365-379.

Cockerham, W. (2000). Health lifestyles in Russia. *Social Science & Medicine*, 51, 1313-1324.

Cohen, S. & Pressman, S. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychology Science*, 15 (3), 122-125.

Compagnone, P.; Van, M. & Bouisson, J. (2007). Définition de la qualité de vie par des personnes âgées. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57, 175-182.

Consedine, N. & Moskowitz, J. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: a critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 59-75.

Courneya, K. & Hellsten, L. (1998). Personality correlates of exercise behavior, motives, barriers and preferences: an application of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 24 (5), 625-633.

Cousins, S. & Gillis, M. (2005). "Just do it... before you talk yourself out of it": the self-talk of adults thinking about physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 313-334.

Cruz, J. P.; Campôa, E. & Ribeiro, A. L. (2009). Escala de estilos de vida para idosos (EEVI): Construção e validação. In Jesus, S.; Leal, I. & Rezende, M. (coords.), *Experiências e intervenções em psicologia da saúde: Resumos e textos do I Congresso luso-brasileiro de psicologia da saúde*, (pp. 600-610). Portugal: Universidade do Algarve – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Dambrun, M. (2007). Gender differences in mental health: the mediating role of perceived personal discrimination. *Journal of Applied Social Psychology, 37* (5), 1118-1129.

Dean, K.; Colomer, C.; Pérez-Hoyos, S. (1995). Research on lifestyles and health: Searching for meaning. *Social Science and Medicine, 41* (6), 845-855.

DeLongis, A. & Holtzman, S. (2005). Coping in context: the role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality, 73* (6), 1-22.

Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality, 30*, 289-399.

Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research, 57*, 119-169.

Diener, E. & Lucas, R. (2003). Personality and subjective well-being. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.

Diener, E.; Scollon, N. C. & Lucas, E. R. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-219.

Diener, E. & Suh, E. (2003). National differences in subjective well-being. In Kahneman, Diener & Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 434-450). New York: Russell Sage Foundation.

Diener, E.; Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.

Diener, E.; Suh, E.; Lucas, R. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.

Diener, E.; Oishi, S.; & Lucas, E. R. (2003a). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology*, 54, 403-425.

Dolan, P.; Peasgood, T. & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.

Dubé, M.; Lapierre, S.; Bouffard, L. & Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57, 183-172.

Dunér, A. & Nordstrom, M. (2005). Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. *Journal of Aging Studies*, 19, 437-451.

Dzuka, J. & Dalbert, C. (2006). The belief in a just world and subjective well-being in old age. *Aging & Mental Health*, 10 (5), 439-444.

Eid., M. & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245-277.

Elderen, T. & Dusseldorp, E. (2001). Lifestyle effects of group health education for patients with coronary heart disease. *Psychology and Health, 16*, 327-341.

Epel, E.; Lin, J.; Wilhelm, F.; Wolkowitz, O.; Cawthon, R.; Adler, N.; Dolbier, C.; Mendes, W. & Blackburn, E. (2006). Cell aging in relation to stress arousal and cardiovascular disease risk factors. *Psychoneuroendocrinology, 31*, 277-287.

Ferrari, C. (2007). Functional foods and physical activities in health promotion of aging people. *Maturitas: The European Menopause Journal, 58*, 327-339.

Flett, G.; Blankstein, K. & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 20* (2), 221-228.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine, 45* (8), 1207-1221.

Folkman, S. & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology, 55*, 745-774.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. (tradução de José Almeida) Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2005a). Aspectos psicológicos da passagem à reforma: Um estudo qualitativo com reformados portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 45-73). Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 20(2), 277-289.

Fox, K.; Stathi, A.; McKenna, J. & Davis, M. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100, 591-602.

Furnham, A. & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the East and West. *Personality and Individual Differences*, 27, 395-403.

Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Quarteto: Coimbra.

Galinha, I. & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 203-214.

Galinha, I. & Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2 (XXIII), 219-227.

Gallagher, E. & Vella-Brodick, D. (2008). Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44, 1551-1561.

Gannon, N. & Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38, 1353-1364.

Garnefski, N.; Teeds, J.; Kraaij, V.; Legerstee, J. & Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.

Gerdtham, U. & Johannesson, M. (2001). The relationship between happiness, health and socio-economic factors: results based on Swedish microdata. *Journal of Socio-economics*, 30, 553-557.

Geus, E. & Moor, M. (2008). A genetic perspective on the association between exercise and mental health. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 53-61.

Gillison, F.; Skevington, S.; Sato, A.; Standage, M. & Evangelidou, S. (no prelo). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, xx, xxx-xxx.

Goldberg, L. & Strycker, L. (2002). Personality traits and eating habits: the assessment of food preferences in a large community sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 49-65.

Goodwin, R. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36, 698-703.

Goodwin, R. & Friedman, H. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a national representative sample. *Journal of Health Psychology, 11* (5), 643-654.

Gool, C.; Kempen, G.; Bosma, H.; Bostel, M.; Jolles, J. & Eijk, J. (2006). Associations between lifestyle and depressed mood: Longitudinal results from the Maastricht aging study. *American Journal of Public Health, 97* (5), 887-894.

Grant, B. (2008). An insider's view on physical activity in later life. *Psychology of Sport and Exercise, 9*, 817-829.

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). *O stress: Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi Editores.

Greenglass, E.; Fiksenbaum, L. & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Anxiety, Stress and Coping, 19* (1), 15-31.

Griffin, P.; Mroczek, D. & Spiro, A. (2006). Variability in affective change among aging men: Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality, 40*, 942-965.

Gueda, M.; Albuquerque, F.; Tróccoli, B.; Noriega, J.; Seabra, M. & Gueda, R. (2006). Relação do bem-estar subjectivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idoso. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 19* (2), 301-308.

Gutiérrez, J.; Jiménez, B.; Hernández, E. & Puente, C. (2005). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences, 38*, 1561-1569.

Hagberg, B. & Nordbeck, B. (2002). Ageing as a result of the psychophysiological interaction during the life-span? A theoretical model. *International Congress Series*, 1241, 207-213.

Hardie, E. (2005). Stress-coping congruence: a tripartite conceptual framework for exploring the health consequences of effective and ineffective coping. *E-Journal of Applied Psychology: Social Section*, 1 (2), 26-33.

Harvard Health Letter (2007). Do you worry too much? Excessive worry is part of many mental disorders and can lead to physical illness. *Harvard Health Letter*, January, 6-7.

Haveman-Nies, A.; Groot, L.; Staveren, W. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing*, 32 (4), 427-434.

Hayes, N. & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727.

Heath, C. & Berman, J. (2008). Evolutionary lifestyle and mental health. *Evolutionary Psychology*, 6 (1), 67-76.

Heck, G. (1997). Personality and physical health: toward an ecological approach to health-related personality research. *European Journal of Personality*, 11, 415-443.

Hendrickx, H.; McEwen, B. & Ouderaa, F. (2005). Metabolism, mood and cognition in aging: the importance of lifestyle and dietary intervention. *Neurobiology of aging*, 26, 1-5.

Howell, R.; Kern, M. & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1 (1)*, 1-54.

Hoyt, A.; Rhodes, R.; Hausenblas, H. & Giacobbi, P. (no prelo). Integrating five-factor model facet-level traits with the theory of planned behavior and exercise. *Psychology of Sport and Exercise, xxx*, 1-8.

Janney, C.; Richardson, C.; Holleman, R.; Glasheen, C.; Strath, S.; Conroy, M. & Kriska, A. (2008). Gender, mental health service use and objectively measured physical activity: Data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES 2003-2004). *Mental Health and Physical Activity, 1*, 9-16.

Jesus, N. S. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In Leal, I. (cord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 81-87). Coimbra: Quarteto.

Joshanloo, M. & Nosratabadi, M. (2009). Levels of mental health continuum and personality traits. *Social Indicators Research, 90*, 211-224.

Kahn, J.; Hessling, R. & Russell, D. (2003). Social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences, 35*, 5-17.

Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences, 29*, 881-894.

Kanning, M. & Schlicht, W. (2008). A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable physical activity. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5 (2), 79-87.

Karlsen, E.; Dybdahl, R. & Vitterso, J. (2006). The possible benefits of difficulty: How stress can increase and decrease subjective well-being. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 411-417.

Kennedy, E. (2006). Evidence for nutritional benefits in prolonging wellness. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83 (supl), 410-414.

Kiecolt-Glaser, J.; McGuire, L.; Robles, T. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

Koivumaa-Honkanen, H.; Kaprio, J.; Honkanen, R.; Viinamaki, H. & Koskenvuo, M. (2005). The stability of life satisfaction in a 15 year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BioMed Central Psychiatry*, 5 (4), 1-8.

Korotkov, D. & Hannah, T. (2004). The five-factor model of personality: strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 187-199.

Kraaij, V.; Pruyboom, E. & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6 (3), 275-281.

Kreuter, M.; Scharff, D.; Brennan, L. & Lukwago, S. (1997). Physician recommendations for diet and physical activity: which patients get advised to change?. *Preventive Medicine*, 26, 825-833.

Kuiper, N.; McKenzie, S. & Belanger, K. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: motivational and affective implications. *Personality and Individual Differences*, 19 (3), 359-372.

Lapierre, S.; Bouffard, L.; Dubé, M.; Labelle, R. & Bastin, E. (2001). Aspirations and well-being in old age. In Schmuck, P. & Sheldon, K. (eds.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (pp. 102-115). Germany: Hogrefe & Huber Publishers.

Lee, C. & Russell, A. (2003). Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 155-160.

Leinonen, R.; Heikkinen, E. & Jylha, M. (2001). Predictors of decline in self-assessment of health among older people – a 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52, 1329-1341.

Lemos-Giráldez, S. & Fidalgo-Aliste, A. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: a cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11 (3), 197-209.

Lever, J.; Piñol, N. & Uralde, J. (2005). Poverty, psychological resources and subjective well-being. *Social Indicators Research*, 73, 375-408.

Lewis, C.; Maltby, J. & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38, 1193-1202.

Li, L.; Zhang, J. & Liang, J. (2009). Health among the oldest-old in China: which living arrangements make a difference? *Social Science & Medicine*, 68, 220-227.

Lima, M.; Simões, A.; Vieira, C.; Oliveira, A.; Ferreira, J.; Pinheiro, M. & Matos, A. (2001). O bem-estar subjectivo na meia-idade: Do mito à realidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, 149-170.

Livneh, H. & Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. In Martz & Livneh (eds.), *Coping with chronic illness and disability* (pp. 3-22). USA: Springer US.

Lockenhoff, C.; Sutin, A.; Ferrucci, L. & Costa, P. (2008). Personality traits and subjective health in the later years: the association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age is influenced by health status. *Journal of Research in Personality*, 42, 1334-1346.

Lopes, P.; Salovey, P. & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35, 641-658.

López, E.; Rice, C.; Weddle, D.; Fada, R. & Rahill, G. (2008). The relationship among cardiovascular risk factors, diet patterns, alcohol consumption and ethnicity among women aged 50 years and older. *Journal of the American Dietetic Association*, 108 (2), 248-256.

Lu, L. (1995). The relationship between subjective well-being and psychosocial variables in Taiwan. *The Journal of Social Psychology*, 135 (3), 351-357.

Lu, L. & Shih, J. (1997). Personality and happiness: Is mental health a mediator?. *Personality Individual Differences*, 22 (2), 249-256.

MacLeod, K. & Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: Positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 1-10.

Maltby, J. & Day, L. (2003). Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factors in the relationship between religiosity and psychology well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 1209-1224.

Manton, G. K. (1989). Life-style risk factors. *The Annals of the American Academy*, 503, 72-88.

Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso*. (2ª edição). Coimbra: Quarteto.

Marquez, D.; Bustamante, E.; Blissmer, B. & Prohaska, T. (2009). Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12-19.

Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.

Mausbach, B. *et al.* (2008). A 5 year longitudinal study of the relationship between stress, coping and immune cell β_2 -adrenergic receptor sensitivity. *Psychiatry Research*, 160, 247-255.

Masui, Y.; Gondo, Y.; Inagaki, H. & Hirose, N. (2006). Do personality characteristics predict longevity? Findings from the Tokyo centenarian study. *Age*, 28, 353-361.

McAuley, E.; Blissmer, B.; Marquez, D.; Jerome, G. ; Kramer, A. & Katula, J. (2000). Social relations, physical activity and well-being in older adults. *Preventive Medicine*, 31, 608-617.

McCullough, G.; Huebner, S. E. & Laughlin, E. J. (2000). Live events, self-concept and adolescents positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37 (3), 281-290.

Motta, M.; Bennati, E.; Ferlito, L.; Malaguarnera, M. & Motta, L. (2005). Successful aging in centenarian: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40, 241-251.

Moos, R. & Holahan, C. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (12), 1387-1403.

Murberg, T.; Bru, E.; Svebak, S.; Aarmland, T. & Dickstein, K. (1997). The role of objective health indicators and neuroticism in perceived health and psychological well-being among patients with chronic heart failure. *Personality and Individual Differences*, 22 (6), 867-875.

Neto, F. (2003). *Estudos de psicologia intercultural: Nós e os outros*. (2ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 347-359.

Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 21-49.

Ntoumanis, N. & Biddle, S. (1998). The relationship of coping and its perceived effectiveness to positive and negative affect in sport. *Personality and Individual Differences, 24* (6), 773-788.

O'Donnell, K.; Badrick, E.; Kumari, M. & Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults. *Psychoneuroendocrinology, 33*, 601-611.

Okabayashi, H.; Liang, J.; Krause, N.; Akiyama, H. & Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science & Medicine, 59*, 2259-2270.

Olf, M. (1999). Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Research, 85*, 7-15.

Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2007). A review of successful ageing models: Proposing proactive coping as an import additional strategy. *Clinical Psychology Review, 27*, 873-884.

Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences, 45*, 28-33.

Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy, 591*, 25-36.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), 164-172.

Penley, J. & Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228.

Pinquart, M. (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405.

Ploubidis, G. & Grundy, E. (no prelo). Personality and all cause of mortality: evidence for indirect links. *Personality and Individual Differences*, xxx, xxx-xxx.

Ramírez-Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilos de vida saludable. *Colombia Médica*, 33 (1), 3-5.

Reed, J. & Ones, D. (2006). The effect of acute aerobic exercise on positive activated affect: a meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 7, 477-514.

Remick, A.; Pliner, P. & McLean, K. (2009). The relationship between restrained eating, pleasure associated with eating and well-being re-visited. *Eating Behaviors*, 10, 42-44.

Renk, K. & Creasey, G. (2003). The relationship of gender, gender identity and coping strategies in late adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 159-168.

Ribeiro, A.L. & Cruz, J.P. (2008). Estilos de vida e bem-estar subjectivo em estudantes do ensino superior. In Leal, I.; Ribeiro, J.L.P.; Silva, I. & Marques, S. (eds.), *Actas do 7º congresso de Psicologia da Saúde: intervenção em psicologia e saúde* (p. 61-64). Porto: ISPA.

Ribeiro, J.L.P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J.L.P. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.

Rioux, L. (2005). The well-being of ageing people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology*, 25, 231-243.

Rippentrop, E.; Altmaier, E.; Chen, J.; Found, E. & Keffala, V. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.

Robichaud, M.; Dugas, M. & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Anxiety Disorders*, 17, 501-516.

Roff, L.; Durkin, D.; Sun, F. & Klemmack, D. (2007). Widowhood, religiousness and self-assessed well-being among older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19 (4), 43-58.

Ross, C. & Mirowsky, J. (2008). Age and the balance of emotions. *Social Science & Medicine*, 66, 2391-2400.

Rothermund, K. & Brandtstadter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18 (4), 896-905.

Rott, C.; Jopp, D.; D'Heureuse, V. & Becker, G. (2006). Predictors of well-being in very old age. In Wahl *et al.* (eds.), *The many faces of health, competence and well-being in old age* (pp. 119-129). Netherlands: Springer.

Roysamb, E.; Harris, J.; Magnus, P.; Vitterso, J. & Tambs, K. (2002). Subjective well-being. Sex-specific effects of genetic and environmental factors. *Personality and Individual Differences*, 32, 211-223.

Roysamb, E.; Tambs, K.; Reichborn-Kjennerud, T.; Neale, M. & Harris, J. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (6), 1136-1146.

Salovey, P.; Rothman, A.; Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55 (1), 110-121.

Sarma, S.; Hawley, G. & Basu, K. (2009). Transition in living arrangements of Canadian seniors: findings from the NPHS longitudinal data. *Social Science & Medicine*, 68, 1106-1113.

Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the “paradox”. *Social Indicators Research*, 75, 241-271.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.

Simões, A.; Ferreira, J.; Lima, M.; Pinheiro, M.; Vieira, C.; Matos, A.; Oliveira, A. (2003). O bem-estar subjective dos adultos: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37 (1), 5-30.

Skinner, E. & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.

Smith, J.; Borchelt, M.; Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 715-732.

Smith, T. & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467.

Smith, T. & Spiro, A. (2002). Personality, health and aging: prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality*, 36, 363-394.

Sorlie, T. & Sexton, H. (2001). Predictors of the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences*, 30, 947-960.

Spencer, C.; Jamrozik, K.; Phil, D.; Norman, P. & Lawrence-Brown, M. (2005). A simple lifestyle score predicts survival in healthy elderly men. *Preventive Medicine, 40*, 712-717.

Steel, P.; Schmidt, J. & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 134* (1), 138-161.

Steiner, H.; Erickson, S.; Hernandez, N. & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health, 30*, 326-335.

Strawbridge, W.; Deleger, S.; Roberts, R. & Kaplan, G. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression in older adults. *American Journal of Epidemiology, 156* (4), 328-334.

Taylor, S. & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 377-401.

Thomsen, D.; Mehlsen, M.; Cristensen, S. & Zachariae, R. (2003). Rumination – relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Difference, 34*, 1293-1301.

Thomsen, D.; Mehlsen, M.; Olesen, F.; Hokland, M.; Viidik, A.; Avlund, K. & Zachariae, R. (2004). Is there an association between rumination and self-reported physical health? A one-year follow-up in a young and elderly sample. *Journal of Behavioral Medicine, 27* (3), 215-230.

Thomsen, D.; Mehlsen, M.; Viidik, A.; Sommerlund, B. & Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect – is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 38, 1935-1946.

Tkach, C. & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183-225.

Tong, E.; Bishop, G.; Diong, S.; Enkelmann, H.; Why, Y.; Ang, J. & Khader, M. (2004). Social support and personality among male police officers in Singapore. *Personality and Individual Differences*, 36, 109-123.

Tsaousis, I.; Nikolaou, I.; Serdaris, N. & Judge, T. (2007). Do the core self-evaluations moderate the relationship between subjective well-being and physical and psychological health?. *Personality and Individual Differences*, 42, 1441-1452.

Uitenbroek, D.; Kerekovska, A. & Festchieva, N. (1996). Health lifestyle behaviour and socio-demographic characteristics: A study of Varna, Glasgow and Edinburgh. *Social Science & Medicine*, 43 (3), 367-377.

Varo, J.; Martínez-González, M.; Irala-Estévez, J.; Kearney, J.; Gibney, M.; Martínez, J. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-146.

Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.

Vollrath, M. & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29, 367-378.

WHOQOL-SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

Widiger, T. & Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology and aging. *Journal of Research in Personality*, 36, 335-362.

Wilson, K. & Gullone, E. (1999). The relationship between personality and affect over the lifespan. *Personality and Individual Differences*, 27, 1141-1156.

Yancura, L. & Aldwin, C. (2008). Coping and health in older adults. *Current Psychiatric Reports*, 10, 10-15.

Yeo, M.; Treloar, S.; Marks, G.; Heath, A. & Martin, N. (1997). What are the causes of individual differences in food consumption and are they modified by personality? *Personality and Individual Differences*, 23 (4), 535-542.

Yeung, R. & Hemsley, D. (1997). Personality, exercise and psychological well-being: static relationships in the community. *Personality and Individual Differences*, 22 (1), 47-53.

Yi, J.; Smith, R. & Vitalino, P. (2005). Stress-resilience, illness and coping: a person-focused investigation of young women athletes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (3), 257-265.

Zhang, J.; Huang, H.; Ye, M. & Zeng, H. (2008). Factors influencing the subjective well-being (SWB) in a sample of older adults in an economically depressed area of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46 (3), 335-348.

Ziegelmann, J.; Lippke, S. & Schwarzer, R. (2006). Adoption and maintenance of physical activity: planning interventions in young, middle-aged and older adults. *Psychology and Health*, 21 (2), 145-163.

Anexos

Anexo A

Questionário sociodemográfico

1. Idade: _____

2. Sexo: M ____ F ____

3. Estado civil:

Solteiro(a)	
Casado(a)/União de facto	
Divorciado(a)/Separado(a)	
Viúvo(a)	

4. Escolaridade:

Iletrado(a)	
Básico	
Secundário	
Superior	

5. **Coloque uma cruz** em frente da afirmação que melhor descreve a sua actual situação económica:

- 1) Não consigo satisfazer as minhas necessidades básicas (alimentação, saúde, vestuário) _____
- 2) Tenho dificuldades em satisfazer as minhas necessidades básicas _____
- 3) Consigo satisfazer as minhas necessidades básicas, mas não vou além disso (p. ex. não me sobra dinheiro para outras despesas extra, como por exemplo passeios/viagens) _____
- 4) Considero que não tenho dificuldades económicas _____

6. Actualmente, onde vive?

Casa própria

Casa de familiares

Lar

Questões direccionadas somente para os idosos institucionalizados

Partilha o seu quarto? Sim Não

Há quanto tempo está a viver no lar? _____

Questões direccionadas somente para os idosos a residir em casa própria ou de familiares

Vive com: Familiares Sozinho(a)

7. Como avalia a sua saúde?

1	2	3	4	5
Muito má	Má	Nem boa, nem má	Boa	Muito boa

8. Sofre de algum problema de saúde que necessite de cuidados médicos?

Sim Qual (quais): _____

Não

Anexo B

NEO-20 (Bertoquini & Ribeiro, 2006)

Para cada afirmação marque com um X a coluna que melhor corresponde à sua opinião. Não existem respostas certas nem erradas. Descreva as suas opiniões rápida, espontânea e honestamente. Responda a todas as questões.

Assinale **Discordo Fortemente** se a afirmação for definitivamente falsa ou se discordar fortemente dela. Assinale **Discordo** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se discordar dela. Assinale **Neutro** se a afirmação for igualmente falsa e verdadeira, se não se decidir ou se a sua posição perante o que foi dito é completamente neutra. Assinale **Concordo** se a frase for, na maior parte das vezes, verdadeira ou se concordar com ela. Assinale **Concordo Fortemente** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

	Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente
1. Raramente estou triste ou deprimido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A poesia pouco ou nada me diz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tendo a pensar o melhor acerca das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A minha primeira reacção é confiar nas pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou uma pessoa muito competente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou uma pessoa muito activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo C

Brief COPE (Carver, 1997; adaptada por Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Considerando que há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas, os itens que vai encontrar abaixo exprimem diferentes modos de se lidar com o stress quando tem algum problema.

Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você geralmente tenta lidar com os seus problemas. Queremos saber *em que extensão* fez aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se costuma fazer ou não fazer isso. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade.

0-nunca faço isto

1-faço isto por vezes

2-em média é isto que faço

3-faço quase sempre isto

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				

11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Anexo D

Escala de Estilos de Vida para Idosos (EEVI) (Cruz, Campôa & Ribeiro, 2009)

Este questionário destina-se à avaliação dos seus Estilos de Vida.

Os dados recolhidos são absolutamente confidenciais, respeitando o anonimato pelo que se solicita sinceridade e objectividade no preenchimento do referido questionário.

Em relação a cada uma das questões apresentadas, atenda à seguinte forma de responder: de acordo com a sua opinião ou sentimento, pontue a sua resposta,

preenchendo o círculo respectivo, de acordo com a seguinte escala:

1 – Nunca

2 – Raramente

3 – Algumas vezes

4 – Frequentemente

5 – Sempre

Antes de começar, certifique-se de que compreendeu o que se pretende e a forma de responder. Por favor, **responda a todas as questões.**

1.	Pratico o exercício físico que a minha saúde permite (p.ex. andar a pé, nadar, etc.).	1	2	3	4	5
2.	Converso com outras pessoas.	1	2	3	4	5
3.	Fico parado(a) a maior parte do dia.	1	2	3	4	5
4.	Costumo ir ao médico para controlar a minha saúde.	1	2	3	4	5
5.	Costumo realizar actividades em grupo (p.ex. jogos de cartas).	1	2	3	4	5
6.	Bebo 4 ou mais copos de água por dia.	1	2	3	4	5
7.	Procuro manter-me fisicamente activo(a).	1	2	3	4	5
8.	Faço exames de rotina para controlar a minha saúde (p.ex. diabetes, tensão arterial).	1	2	3	4	5
9.	Tenho bons amigos com os quais posso contar.	1	2	3	4	5

10.	Faço exercício físico regularmente (três ou mais vezes por semana).	1	2	3	4	5
11.	Sempre que posso procuro ajudar os outros.	1	2	3	4	5
12.	Costumo passear (viagens ou simplesmente ir à praia ou ao jardim).	1	2	3	4	5
13.	Procuro não me irritar com coisas sem importância.	1	2	3	4	5
14.	Realizo actividades ao ar livre sempre que posso (p.ex. passear, jardinagem).	1	2	3	4	5
15.	Tenho boas relações com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4	5
16.	Frequento actividades culturais (p.ex. cinema, teatro, exposições, musica ao vivo).	1	2	3	4	5
17.	Tento não pensar demasiado nos problemas.	1	2	3	4	5
18.	Evito alimentos com muita gordura.	1	2	3	4	5
19.	Sinto-me integrado(a) na comunidade em que vivo.	1	2	3	4	5
20.	Dedico-me a um passatempo que me ocupa pelo menos 3 horas por semana (p.ex. render, dominó, jogos de cartas, pintura, etc.).	1	2	3	4	5
21.	Levo os meus problemas muito a peito.	1	2	3	4	5
22.	Evito comer alimentos salgados.	1	2	3	4	5
23.	Quando preciso tenho quem me ajude.	1	2	3	4	5
24.	Fico muito tempo a “magicar” nas coisas que correm mal.	1	2	3	4	5
25.	Consumo de preferência alimentos grelhados ou cozidos.	1	2	3	4	5
26.	Costumo encontrar-me com os meus familiares.	1	2	3	4	5
27.	Os meus amigos visitam-me.	1	2	3	4	5

Anexo E

Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; adaptada por Neto, 1993).

A seguir estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala de 1 a 7, indique o seu grau de acordo com cada item, colocando o número apropriado. Por favor, seja sincero e honesto na sua resposta.

- 1 – Fortemente em desacordo**
- 2 – Em desacordo**
- 3 – Levemente em desacordo**
- 4 – Nem de acordo nem em desacordo**
- 5 – Levemente de acordo**

- A. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais. _____
- B. As minhas condições de vida são excelentes. _____
- C. Estou satisfeito(a) com a minha vida. _____
- D. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida. _____
- E. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada. _____

Anexo F

Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988; adaptada por Galinha & Ribeiro, 2005).

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. **Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante as últimas semanas.**

- | |
|--------------------------------|
| 1 – Nada ou muito ligeiramente |
| 2 – Um pouco |
| 3 – Moderadamente |
| 4 – Bastante |
| 5 – Extremamente |

___ Interessado

___ Perturbado

___ Excitado

___ Atormentado

___ Agradavelmente surpreendido

___ Culpado

___ Assustado

___ Caloroso

___ Repulsa

___ Entusiasmado

___ Orgulhoso

___ Irritado

___ Encantado

___ Remorsos

___ Inspirado

___ Nervoso

___ Determinado

___ Trémulo

___ Activo

___ Amedrontado

Anexo G

Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982; adaptado por Canavarro, 1999).

Em baixo encontra-se uma lista de problemas, que às vezes, as pessoas apresentam. Por favor leia, com atenção cada problema e indique, com um círculo em torno do número que **melhor descreve em que medida esse problema o/a perturbou ou aborreceu durante os últimos 7 dias, incluindo hoje**, de acordo com a seguinte escala:

1 – Nada

2 – Um pouco

3 – Moderadamente

4 – Muito

5 – Extremamente

Em que medida ficou perturbado(a) por:						
1.	Nervosismo ou agitação exterior.	1	2	3	4	5
2.	Sensações de tonturas ou desmaios.	1	2	3	4	5
3.	Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos.	1	2	3	4	5
4.	Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas.	1	2	3	4	5
5.	Dificuldade em lembrar-se das coisas.	1	2	3	4	5
6.	Sentir-se facilmente aborrecido(a) ou irritado(a).	1	2	3	4	5
7.	Dores no coração ou no peito.	1	2	3	4	5
8.	Sentir medo em espaços abertos.	1	2	3	4	5
9.	Pensamentos de acabar com a vida.	1	2	3	4	5
10.	Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas.	1	2	3	4	5
11.	Pouco apetite.	1	2	3	4	5
12.	Assustar-se subitamente sem razão.	1	2	3	4	5
13.	Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar.	1	2	3	4	5
14.	Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas.	1	2	3	4	5
15.	Sentir-se bloqueado(a) ao tentar fazer as coisas.	1	2	3	4	5
16.	Sentir-se só.	1	2	3	4	5
17.	Sentir-se triste/melancólico(a).	1	2	3	4	5
18.	Não sentir interesse nas coisas.	1	2	3	4	5

1 – Nada; 2 – Um Pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Extremamente						
19.	Sentir-se amedrontado(a).	1	2	3	4	5
20.	Sentir-se facilmente ferido(a) nos seus sentimentos.	1	2	3	4	5
21.	Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si.	1	2	3	4	5
22.	Sentir-se inferior aos outros.	1	2	3	4	5
23.	Náuseas ou indisposição de estômago.	1	2	3	4	5
24.	Sentir que está a ser observado(a) ou sentir que os outros estão a falar de si.	1	2	3	4	5
25.	Dificuldades em adormecer.	1	2	3	4	5
26.	Ter de verificar e tornar a verificar o que faz.	1	2	3	4	5
27.	Dificuldade em tomar decisões.	1	2	3	4	5
28.	Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio.	1	2	3	4	5
29.	Dificuldade em respirar.	1	2	3	4	5
30.	Arrepios frios ou quentes.	1	2	3	4	5
31.	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque elas o(a) assustam.	1	2	3	4	5
32.	Fazer-se um vazio no seu espírito.	1	2	3	4	5
33.	Entorpecimento ou formigueiro em partes do corpo.	1	2	3	4	5
34.	A ideia de que deveria de ser castigado(a) pelos seus pecados.	1	2	3	4	5
35.	Sentir-se sem esperança acerca do futuro.	1	2	3	4	5
36.	Dificuldade de concentração.	1	2	3	4	5
37.	Sentir fraqueza em várias partes do seu corpo.	1	2	3	4	5
38.	Sentir-se tenso(a) ou excitado(a).	1	2	3	4	5
39.	Pensamentos de morte ou de morrer.	1	2	3	4	5
40.	Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém.	1	2	3	4	5
41.	Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas.	1	2	3	4	5
42.	Sentir-se muito consciente de si próprio(a) na presença de outros.	1	2	3	4	5
43.	Sentir-se pouco à vontade no meio da multidão ou de muita gente.	1	2	3	4	5

1 – Nada; 2 – Um pouco; 3 – Moderadamente; 4 – Muito; 5 – Extremamente						
44.	Nunca sentir-se próximo(a) de outra pessoa.	1	2	3	4	5
45.	Acessos de terror e pânico.	1	2	3	4	5
46.	Envolver-se em discussões frequentes.	1	2	3	4	5
47.	Sentir-se nervoso(a) quando o(a) deixam sozinho(a).	1	2	3	4	5
48.	Os outros não darem o apreço devido aquilo que faz.	1	2	3	4	5
49.	Sentir-se tão inquieto(a) que não consegue ficar parado(a).	1	2	3	4	5
50.	Sentir-se sem valor.	1	2	3	4	5
51.	Sentir que as pessoas se podem aproveitar de si se você permitir.	1	2	3	4	5
52.	Sentimentos de culpa.	1	2	3	4	5
53.	Ideias de que algo está mal no seu espírito.	1	2	3	4	5

Anexo H

Consentimento informado

No âmbito da tese do Mestrado de Psicologia da Saúde, a decorrer na Universidade do Algarve, a mestranda Ana Lúcia Ribeiro, sob a orientação do Professor Doutor José Pestana Cruz, está a desenvolver uma investigação sobre a influência dos estilos de vida e do coping (forma como cada um lida com os seus problemas) no bem-estar subjectivo (felicidade) e na saúde física e mental dos idosos.

Este tema é bastante actual e pertinente, não só pelo aumento da população idosa, como também pela importância de se estudar os factores que contribuem para um envelhecimento bem sucedido. Esta investigação permitirá conhecer quais os hábitos de vida e formas de lidar com situações stressantes que promovem a felicidade e a saúde dos idosos.

De modo a realizar esta investigação pedimos a sua colaboração.

A **participação é voluntária**, não havendo qualquer prejuízo para quem não participe. As respostas são anónimas e **absolutamente confidenciais**.

Não existem respostas certas ou erradas, devendo **responder o mais sinceramente** possível. Para as respostas terem valor científico devem reflectir a sua realidade interior.

Caso desejem **podem desistir em qualquer momento**.

Os **dados servem meramente para fins estatísticos**, sendo que os resultados da investigação apenas se destinam a objectivos científicos.

Caso aceite participar no presente estudo coloque uma cruz:

Muito obrigado pela sua disponibilidade e importante contribuição!