

# Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social



**Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas**

**Teorías legas sobre salud y enfermedad y conceptos relacionados en personas mayores**

**Memoria para optar al grado de doctora presentada por:**

**Cláudia Cristina Guerreiro Luísa**

Fecha de lectura: 2 de febrero de 2014

Bajo la dirección del doctor:

Francisco Revuelta Pérez

**Huelva, 2014**



**UNIVERSIDAD DE HUELVA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em  
pessoas idosas.**

**Teorías legas sobre salud y enfermedad y conceptos relacionados  
en personas mayores.**

**Cláudia Cristina Guerreiro Luísa**

**Huelva, 2013**

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

**UNIVERSIDAD DE HUELVA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em  
pessoas idosas.**

**Teorías legas sobre salud y enfermedad y conceptos relacionados  
en personas mayores.**

**Memoria para optar al grado de doctora  
presentada por:**

**Cláudia Cristina Guerreiro Luísa**

**Director: Profesor Dr. Francisco Revuelta Pérez  
Orientador: Profesor Dr. Francisco Revuelta Pérez**

**Huelva, Diciembre de 2013**

*“Teorías leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

FRANCISCO REVUELTA PÉREZ, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA, RESPECTIVAMENTE

INFORMA

Que Cláudia Cristina Guerreiro Luísa a realizado bajo la mi dirección la Tesis Doctoral titulada “Teorías legas sobre salud y enfermedad y conceptos relacionados en personas mayores”, con la que se presenta para optar al Grado de Doctora en Salud e Calidad de Vida y que, a mi juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Lo firmo, a instancias del interesado y para que surta los efectos oportunos en

Huelva, Diciembre de 2013.

Fdo.: Dr. Francisco Revuelta Pérez  
Director de Tesis

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todas as pessoas que me inspiraram nesta caminhada: aos meus pais, aos meus avós, ao meu eterno amor, à minha kika e a todos os que me iluminaram.

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas são as pessoas e instituições a quem gostaria de agradecer, por terem contribuído para a realização de mais este objetivo na minha vida. Porém, a minha maior gratidão é a Deus, que permitiu que todas estas pessoas se cruzassem no meu caminho.

Ao Profesor Dr. Francisco Revuelta Pérez, meu orientador, pela disponibilidade, partilha e orientação. Os seus conhecimentos e experiência foram uma mais-valia, que contribuíram para que esta caminhada se tornasse concretizável;

Aos meus pais, por todas as ajudas em todos os momentos, dedicação, incentivo e por estarem sempre presentes e acreditarem nos meus projetos;

Ao amor da minha vida, por me ter acompanhado ao longo deste percurso, pela paciência, escuta atenta, incentivo, solidariedade e por todo o seu amor, que em todos os momentos se revelaram fundamentais e me propiciaram um crescimento constante;

À minha Kika, por em todos os momentos de profundo trabalho solitário, me alegrar, incentivar e fazer companhia;

Aos meus amigos, pelo encorajamento e disponibilidade em todas as fases. Um agradecimento especial ao meu amigo Marco Reis, Paulo Severino, Paula Lopes, Sara Silvestre e Felisbela Simão Brás, pela ajuda prestada em diferentes momentos do processo de investigação;

Aos meus colegas de trabalho, que entre conversas, contribuíram com algumas reflexões e partilha de material, que enriqueceram este trabalho;

Aos meus alunos, que ao longo de todo este percurso me incentivaram e deram energia para concluir esta jornada;

A todas as instituições que colaboraram no estudo, pela sua disponibilidade, organização e estímulo;

A todos os idosos que colaboraram nesta investigação, agradeço-lhes a disponibilidade, paciência e ajuda preciosa no preenchimento dos instrumentos, pois sem eles este trabalho não teria sido possível;

E a todas as outras pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para que conseguisse alcançar mais este objetivo na minha vida.

A todos um bem-haja!

## RESUMO

O envelhecimento humano é um processo irreversível e contínuo, que acarreta diversas mudanças a nível físico, social, cognitivo, psicológico, entre outros. Neste sentido é necessário e urgente prevenirmos e educarmos a população em geral e os idosos em particular, para um envelhecimento bem-sucedido.

Assim, no sentido de conhecermos um pouco melhor o que pensam e sentem os idosos, realizou-se a investigação *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*, a uma amostra de 300 idosos, de diferentes contextos (universidades da terceira idade, associações de desenvolvimento local, e também em idosos sem qualquer ligação institucional), na região Algarvia.

Os objetivos gerais da investigação passaram pela compreensão dos significados leigos de conceitos como: saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress em adultos com idade igual ou superior a 60 anos, bem como por encontrar possíveis variáveis relevantes que podem ajudar a explicar as características de cada grupo e encontrar possíveis relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e os diversos aspetos psicológicos em estudo.

Para a recolha de dados foi administrado um protocolo que continha um questionário de dados demográficos, uma entrevista semiestruturada, com algumas questões sobre teorias leigas de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação vital, otimismo e stress, uma escala de avaliação da qualidade de vida (Hawthorne, Richardson, Osborne, & McNeil, 1997) uma de satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), uma de espiritualidade (Pais-Ribeiro & Pinto, 1997) e uma escala de orientação vital (Carver & Bridges, 1994).

Os resultados obtidos permitiram atingir os objetivos inicialmente traçados e chegar a diversas conclusões. Assim, foi possível identificar as categorias que melhor caracterizam os conceitos leigos de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, que são diferentes para cada tema/dimensão e questão, quer seja na perspetiva individual ou grupal.

Identificou-se 179 categorias, embora somente 26 delas se revelassem significativas (com uma expressividade igual ou superior a 30% e nas situações em que esse número não

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

foi atingido, foi tido em conta o valor mais elevado), e com essas realizou-se todas as outras análises. As categorias mais mencionadas foram a comportamental (sete vezes), saúde (cinco vezes) e psicológica (quatro vezes), atendendo aos temas em análise.

Ao se aplicar o método da análise discriminante e da regressão logística foi possível identificar as variáveis preditoras, que melhor explicam os temas para esta amostra extraída de uma população de pessoas idosas.

De igual forma, foi possível conhecer as percepções dos idosos acerca dos diversos constructos, sendo que de uma maneira geral, percebem-se saudáveis, pouco doentes, com uma qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida moderadas. Em relação às expectativas futuras, os dados confirmam que a maioria deles é otimista e que se apresenta pouco stressada. Estes dados também foram corroborados com os resultados provenientes dos instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, dado que os valores médios encontrados foram moderados e, em alguns casos, elevados.

**Palavras - chave:** Teorias leigas, saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo, stress, idosos.

## RESUMEN

El envejecimiento humano es un proceso irreversible y continuo, que implica diversos cambios a nivel físico, social, cognitivo y psicológico, entre otros. En este sentido, es necesario y urgente que prevenga y eduque a la población en general, y los ancianos en particular, para un envejecimiento satisfactorio.

Así, con la finalidad de conocer un poco mejor lo que piensan y sienten los ancianos, se ha llevado a cabo la investigación *“Teorías legas sobre salud y enfermedad y conceptos relacionados en personas mayores”* en una muestra de 300 individuos, de diferentes contextos (escuelas de adultos, asociaciones de desarrollo local y, también, en personas sin ningún vínculo institucional) en la región del Algarve.

Los objetivos generales de la investigación se basaron en la comprensión de los significados legos de conceptos como: salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés en adultos con edad igual o superior a 60 años, así como en encontrar posibles variables relevantes que puedan ayudar a explicar las características de cada grupo y descubrir posibles relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y los diversos aspectos psicológicos en estudio.

Para recoger los datos se siguió un protocolo que contenía un cuestionario de datos demográficos, una entrevista semiestructurada, con algunas preguntas sobre teorías legas de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción vital, optimismo y estrés, una escala de valoración de la calidad de vida (Hawthorne, Richardson, Osborne, & McNeil, 1997), una de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), una de espiritualidad (Pais-Ribeiro & Pinto, 1997) y una escala de orientación vital (Carver & Bridges, 1994).

Los resultados obtenidos permitieron alcanzar los objetivos inicialmente trazados y llegar a diversas conclusiones. Así, fue posible identificar las categorías que caracterizan mejor los conceptos legos de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés, que son diferentes para cada tema/dimensión y pregunta, tanto en la perspectiva individual como de grupo.

Se identificaron 179 categorías, aunque solamente 26 de ellas se revelaron significativas (con una expresividad igual o superior a 30% y en las situaciones en las que

*“Teorías legas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

no se alcanzó este número, se tuvo en cuenta el valor más elevado) y con éstas se realizaron los restantes análisis. Las categorías más mencionadas fueron la comportamental (siete veces), salud (cinco veces) y psicológica (cuatro veces), atendiendo a los temas en análisis.

Al aplicarse el método del análisis discriminante y de la regresión logística fue posible identificar las variables predictoras, que mejor explican los temas para esta muestra extraída de una población de personas mayores.

De igual forma, fue posible conocer las percepciones de los ancianos sobre los diversos constructos que, de forma general, se consideran sanos, poco enfermos, con calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida moderadas. Con relación a las expectativas futuras, los datos confirman que la mayoría de ellos son optimistas y presentan poco estrés. Estos datos también fueron corroborados con los resultados derivados de los instrumentos de calidad de vida, satisfacción con la vida, espiritualidad y orientación vital, dado que los valores medios encontrados fueron moderados y, en algunos casos, elevados.

**Palabras clave:** Teorías legas, salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo, estrés, ancianos.

## ABSTRACT

The human ageing is an irreversible and continuous process, which carries several changes in physical, social, cognitive, psychological level, among others. In this sense it is necessary and urgent to prevent and raise awareness to the population in general and the elderly in particular for successful ageing.

So, to get to know a little bit better what the elderly think and feel, the research on *“lay theories on health and disease and related concepts in elderly people ”* was made, to a sample of 300 elders from different contexts (third age universities, local development associations, and also in the elderly without any institutional connection), in the Algarve region.

The general goals of the research went through the comprehension of lay concepts meanings such as: health, disease, life quality, happiness, life satisfaction, optimism and stress in adults aged 60 years or more, as well as finding possible relevant variables that may help to explain the characteristics of each group and relay demographic variables and the various psychological aspects studied.

To the data collection was given a protocol that contained a questionnaire for demographic data, a semi-structured interview with some questions about lay theories of health, disease, life quality, happiness, life satisfaction, optimism and stress, an assessment scale of life quality (Hawthorne, Richardson, Osborne, & McNeil, 1997), one of life satisfaction (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), and one of life orientation (Parents-Raj & Patil, 1997) and a range of vital guidance (Carver & Bridges, 1994).

The results obtained allowed us to achieve the goals initially set and achieve diverse conclusions. So, it was possible to identify categories that better characterized lay concepts of health, disease, life quality, happiness, life satisfaction, optimism and stress, which are different for each theme/dimension and question, whether in individual or group perspective.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

179 categories were identified, although only 26 of them turn out to be significant (with an expression equal to or greater than 30%, and in situations where that number was not reached, has been taken into account the higher value) and with these we made all other analyses. The more mentioned categories were the behavioral category (seven times), health (five times) and psychological (four times), considering the themes under discussion.

By applying the method of discriminant analysis and logistic regression it was possible to identify the predictor variables, which explain better the themes for the elderly.

In the same way, it was possible to know the perceptions of the elderly about the various constructs, and generally they perceive themselves healthy, barely ill, with a moderate life quality, happiness and life satisfaction. Concerning future expectations, the data confirms that most of the elderly is optimistic and that does not feel much stress. These data were also strengthened with the results of life quality, life satisfaction, spirituality and life satisfaction guidance since the average values found were moderate and in some cases high.

**Keywords:** Lay theories, health, disease, life quality, happiness, life satisfaction, optimism, stress, elderly.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
INDICE DE ANEXOS.....	xv
<b>I - PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo I - O Envelhecimento humano.....</b>	<b>17</b>
1.1- Nota previa sobre o envelhecimento.....	17
1.2- Envelhecimento ativo.....	22
1.3- Componentes do envelhecimento.....	27
1.4- Perspetiva demográfica atual do envelhecimento em Portugal e no Algarve.....	32
<b>Capítulo II - Teorias leigas, ingénuas ou do senso comum.....</b>	<b>38</b>
2.1-Conceitos de teorias leigas.....	38
2.2- Campos de estudos.....	40
<b>Capítulo III- Racionalidades leigas sobre saúde e doença e constructos relacionados, em pessoas idosas.....</b>	<b>44</b>
3.1- Teorias leigas de saúde e doença na velhice.....	44
3.2- Teorias leigas de qualidade de vida na velhice.....	55
3.3- Teorias leigas de felicidade na velhice.....	65
3.4- Teorias leigas e satisfação vital na velhice.....	72
3.5- Teorias leigas e otimismo na velhice.....	77
3.6- Teorias leigas e stress na velhice.....	80
<b>Capítulo IV - Espiritualidade e religião na terceira idade.....</b>	<b>85</b>
4.1- Espiritualidade e religião do idoso.....	85
<b>II - PARTE EMPIRICA.....</b>	<b>89</b>
<b>Capítulo V – Método.....</b>	<b>90</b>
5.1- Justificação do estudo.....	90

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

5.2- Objetivos.....	90
5.2.1- Objetivos gerais.....	90
5.2.2- Objetivos específicos.....	91
5.3- Amostra.....	92
5.4- Instrumentos.....	95
5.4.1- Entrevista semi-estruturada.....	95
5.4.2- Instrumento de avaliação de qualidade de vida (IAQDV).....	97
5.4.3- Escala de satisfação com a vida.....	98
5.4.4- Escala de espiritualidade.....	99
5.4.5- Escala de orientação vital.....	100
5. 5- Procedimento.....	101
<b>Capítulo VI – Resultados.....</b>	<b>103</b>
6.1- Análise descritiva das categorias.....	103
6.2- Independência das distintas categorias.....	125
6.3- Análise discriminante das categorias mais mencionadas.....	176
6.4- Regressões logísticas binárias das categorias mais mencionadas.....	231
6.5- Percepções dos participantes face à saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, e estudo correlacional entre as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress.....	254
6.6- Qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.....	263
6.7- Análise correlacional de qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade e orientação vital, e as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoas com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento).....	268
6.8- Síntese dos resultados.....	281
<b>Capítulo VII – Discussão.....</b>	<b>312</b>
7.1- Discussão de resultados por tema.....	313

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

7.1.1- Saúde e doença.....	313
7.1.2- Qualidade de vida.....	323
7.1.3- Felicidade.....	328
7.1.4- Satisfação com a vida.....	330
7.1.5- Otimismo.....	335
7.1.6- Stress.....	338
7.2 - Perceções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress.....	342
7.3- Qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.....	350
<b>Capítulo VIII – Conclusões.....</b>	<b>357</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>372</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>387</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>403</b>

## **INDICE DE ANEXOS**

Anexo I- Índice de figuras.....	404
Anexo II- Índice de tabelas.....	405
Anexo III- Consentimento informado.....	419
Anexo IV- Questionário de dados demográficos.....	420
Anexo V- Perguntas sobre saúde-doença e conceitos relacionados.....	422
Anexo VI- Instrumento de avaliação de qualidade de vida.....	427
Anexo VII- Escala de satisfação com a vida.....	431
Anexo VIII- Escala de espiritualidade.....	432
Anexo IX- Teste de orientação vital.....	433
Anexo X- Carta modelo entregue as instituições.....	434
Anexo XI- Categorização por temas.....	435

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

## **I - PARTE TEÓRICA**

## **I – O envelhecimento humano**

### **1.1- Nota previa sobre envelhecimento humano**

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maior parte dos países do mundo, facto esse que tem gerado uma constante preocupação por parte dos governantes e das populações em geral, dadas as mudanças que daí possam advir, a nível económico, social, demográfico, familiar, entre outras. O envelhecimento humano, embora seja um processo natural, inerente ao ciclo de vida humano, é irreversível e carece de diversas adaptações, medidas de prevenção e sensibilização por parte da sociedade em geral.

São vários os estudos feitos no mundo, e também em Portugal, sobre o envelhecimento populacional, sobre as suas causas e consequências. É um processo estudado dos mais variados pontos de vista, quer seja numa perspetiva psicológica, sociológica ou mesmo espiritual. Este facto deve-se a um aumento da esperança média de vida, que provocou um aumento do número de pessoas com mais de 65 anos, sendo um fenómeno em constante crescimento.

Segundo Binet e Bourliene (citado em Fernandes, 2000), o envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que surgem como consequência do tempo sobre os seres vivos. Já para Robert (1994, citado em Fernandes, 2000), o envelhecimento passa pela perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente, é um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, biopsicossocialmente considerada, isto é, todas as modificações fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequências do desgaste do tempo.

O envelhecimento é um processo que chega lentamente para todas as pessoas. É um processo natural da vida, é contínuo, ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa, “...ninguém envelhece da mesma maneira nem ao mesmo ritmo. Isto significa que as experiências do envelhecimento não são iguais para todos. As diferenças genéticas, socioeconómicas, culturais e espirituais resultam em diferentes experiências do envelhecimento” (Filhó & Sarmiento, 2004, p. 15).

O conceito de envelhecimento mais corrente atualmente na psicologia é o de curso de vida desenvolvido na década de 70, o qual entende o envelhecimento como parte do curso

## *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

de vida dos indivíduos, composto por ganhos e perdas simultâneas. Nesta perspetiva do desenvolvimento humano ocorre uma constante mudança adaptativa e um equilíbrio entre ganhos e perdas, sendo que as perdas, segundo Neri (2001), aumentam com o avançar da idade. Embora o estudo do envelhecimento seja uma área de investigação muito recente, sabe-se hoje que pode haver desenvolvimento e qualidade de vida na velhice.

O aumento da proporção de pessoas idosas, envelhecimento demográfico, é uma característica dos países desenvolvidos, sobretudo da Europa, e desenvolveu-se a partir do século XX. O processo de envelhecimento acompanha o processo de modernização das sociedades, assistindo-se a uma mudança de mentalidade e atitude perante os idosos. Segundo Ramos (2002), uma população envelhece quando a proporção de idosos aumenta e a de jovens diminui. Envelhecer é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, mas também é um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano (Paúl & Fonseca, 1999). Embora o estudo dos adultos idosos e do envelhecimento tenha sido sempre alvo de especulações filosóficas e, no século XIX, científicas, ele só se constituiu como disciplina, a gerontologia, recentemente (Paúl, 2005). O Antigo Testamento, um dos mais antigos textos escritos que se tem conhecimento, já refere o envelhecimento de diferentes formas. Também os filósofos o fizeram, com destaque para os textos de Platão, Hipócrates e Aristóteles, onde surgem diferentes teorias sobre o envelhecimento.

Em 1922, foi publicada a obra de Stantley Hall, *Senescence, the second half of life*, constituindo-se como um marco da gerontologia, tendo sido precedida pelos estudos de Quetelet e Galton (citados em Paúl, 2005).

Desde a década de 80 que a Gerontologia tem vindo a expandir-se e a afirmar-se no campo da investigação, tendo sido declarado, pelas Nações Unidas, o ano de 1999, como o ano das pessoas idosas, o que revela algum reconhecimento deste fenómeno. Em Portugal, só muito recentemente se começa a investigar o envelhecimento, sendo de destacar o contributo de diversos autores, através das suas publicações, designadamente de (Fonseca, 2005; Lima, 2001; Marchand, 2001; Oliveira, 2005; Paúl & Fonseca, 2005).

Os idosos representam um grupo heterogéneo a vários níveis, cultural, socioeconómico, e de saúde. Várias foram as definições avançadas para diversos tipos de envelhecimento (saudável, patológico; primário, secundário, terciário, etc...). O envelhecimento primário

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

diz respeito às mudanças intrínsecas e irreversíveis decorrentes do envelhecimento. O envelhecimento secundário é respeitante às doenças associadas à idade, mas reversíveis ou com prevenção possível. Em 1996, Birren e Schroots acrescentaram um terceiro tipo de envelhecimento, o envelhecimento terciário, que diz respeito às mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice e que muitas vezes podem culminar com a morte.

No entanto, parece de extrema importância fazer a distinção entre a terceira e a quarta idades, uma vez que, com o avançar dos anos, a terceira idade, sinalizada pela idade da reforma (65 anos), datada do sistema de pensões estabelecido por Bismarck na Alemanha, apenas nos anos setenta, por proposta de Neugarten (1974, citado em Baltes & Smith, 2003) se criou a oposição entre jovens idosos (*young old*) e velhos idosos (*old old*), sendo a primeira definida como o período entre os 65 e os 75 anos, e a segunda como o período depois dos 80 anos. Apesar de não existir uma barreira específica, uma vez que a passagem entre idades depende de muitas variáveis (como por exemplo as sociodemográficas), a distinção concetual entre elas é relevante, tendo em conta o aumento de sujeitos com a quarta-idade. Segundo Baltes e Smith (2003) a terceira e a quarta idades devem ser vistas como complementares e não como concorrentes.

Na atualidade o aumento do número de pessoas idosas, com a terceira e a quarta idades constitui uma inquietação, pois provocará grandes desequilíbrios demográficos quer em Portugal quer no mundo. A génese do problema passa pela redução das taxas de mortalidade em todas as idades, devido aos avanços dos cuidados sócio-sanitários, e por uma diminuição da taxa de fecundidade. A redução de nascimentos deve-se à mudança social ocorrida e que levou a uma redução da taxa de nupcialidade, ao casamento tardio e à emancipação da mulher, traduzida por uma maior participação no mercado de trabalho. Em meados da década de 70 surgem atividades de planeamento familiar estruturadas, sendo os métodos de contraceção mais eficazes, o que também teve influência no número de nascimentos e no próprio papel da mulher na sociedade.

Segundo Oliveira (2005), o envelhecimento da população ocorre devido: 1) a uma redução drástica da natalidade, devido ao uso generalizado de métodos contraceptivos, (mesmo o mais drástico que é o aborto) e as várias condições sóciopsíquicas adversas à natalidade, como o trabalho da mulher fora de casa, a falta de habitação condigna, o comodismo, o egoísmo, etc...; 2- redução acentuada da

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

doença e da taxa de mortalidade, devido aos avanços da medicina em diversos campos, como o da prevenção (p. 15).

Todas estas alterações surgem durante e após a Revolução Industrial e levaram também a fortes surtos migratórios, pois houve uma maior mobilidade populacional das zonas rurais para as zonas urbanas e industrializadas, iniciada no decurso dos séculos XVIII e XIX. Com todos os avanços já referidos houve um aumento da longevidade, o que se veio a tornar num problema social e demográfico. O aumento da longevidade humana poderá levar a um desequilíbrio demográfico que acarretará uma série de problemas que interferem na política social e económica de cada país.

Para Arroiteia e Cardoso (2006) haverá um aumento dos encargos com as pensões sociais e de doença, que irão ter influência em toda a sociedade, bem como a antecipação dos limites de reforma provocados pelo desemprego forçado pela falta de trabalho; haverá uma diminuição do espírito de iniciativa e a própria resistência à inovação nas áreas habitadas por idosos, em contraste com as zonas habitadas por uma população jovem, naturalmente mais aberta à inovação e à mudança e haverá também uma maior dependência, interna e externa, resultante da escassez de mão-de-obra e mercado de trabalho, devido à recessão económica que se vive atualmente, levando a movimentos da população, e por conseguinte a acentuar os contrastes regionais.

A nível social ocorre a convivência entre várias gerações, sendo também notável um maior número de idosos institucionalizados. A nível de saúde, é necessário disponibilizar mais verbas para tratamentos e medicação, existe uma maior ocupação das camas hospitalares e verifica-se também um aumento dos transtornos mentais. A nível económico vão entrar menos receitas para os cofres do Estado, uma vez que o número de pensionistas aumenta e torna-se necessário construir mais lares de terceira idade ou outro tipo de respostas sociais (centros de dia, apoio domiciliário, entre outras.). A nível político também se corre o risco do idoso dar o seu voto aos partidos conservadores, o que pode ser prejudicial para a mudança. Roussel (citado em Pimentel, 2005) refere “... que os idosos constituem, cada vez mais, um grupo com poder potencial, capaz de exercer forte pressão política e económica” (p. 36).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Por sua vez, com o aumento do número de idosos também se tornará necessário um maior número de cuidadores ou de técnicos especializados, como fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, médicos, etc.

Antes havia a preocupação de aumentar a esperança média de vida, hoje e atendendo ao panorama do século XXI é necessário criar condições para que os idosos possam viver com qualidade de vida, mantendo-se ativos e participativos na sociedade.

É certo que as consequências do envelhecimento são mais visíveis nos meios urbanos do que nos meios rurais, onde as relações familiares e de vizinhança continuam a ser importantes. Enquanto isso, nos aglomerados citadinos, devido ao individualismo e ao modo impessoal como as pessoas se relacionam, os laços sociais têm vindo a enfraquecer, estando os idosos cada vez mais sozinhos e isolados das restantes faixas etárias, chegando mesmo a público, situações de mortes sem o conhecimento de ninguém, fator revelador do isolamento humano, em tudo preocupante.

Hespanha (1993, citado em Pimentel, 2005) constata que em determinados meios rurais, a família e a comunidade continuam a desempenhar um papel importante na prestação de cuidados aos idosos, e que estes se mantêm integrados no seu contexto familiar e social. Embora os laços de solidariedade social ainda existam, é cada vez mais notável o fosso entre o conhecimento dos mais jovens e dos mais velhos. Assiste-se a um rápido desenvolvimento da história, onde as inovações tecnológicas marcam presença. O idoso acaba assim por não conseguir acompanhar a evolução da sociedade, não reconhecendo o mundo onde os seus filhos e netos se organizam, sentindo-se ultrapassado. Esta situação também surge muitas vezes nos locais de trabalho, levando a que ocorram despedimentos ou reformas antecipadas, já mencionadas anteriormente, não sendo dada oportunidade a estas pessoas de se adaptarem, levando por sua vez a situações de discriminação e de injustiça social.

Ferreira (citado em Moura, 2006) refere que “...Portugal é um país historicamente rotulado como o mais velho da Europa, sendo o seu pergaminho de honra confrontado com a constatação de ser também o mais envelhecido na sua população (...)” (p. 28).

Lembrando o lema da Organização Mundial de Saúde (OMS), mencionado por Andrade em 2002, não basta adicionar anos à idade é preciso dar vida aos anos que se acrescentam à vida. Vive-se muito mais, mas não se vive como se deveria. Uma situação

## *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

que poderia permitir encarar o avanço da idade de forma mais otimista e promissora tem sido para boa parte dos idosos frustrante e causadora de sofrimento.

### **1.2- Envelhecimento ativo**

De acordo com o cenário que se apresenta no mundo e em Portugal, é necessário repensar o papel da pessoa idosa, numa ótica de mudança, de estratégias produtivas e não incapacitantes, para que as pessoas idosas possam viver com qualidade de vida e de forma satisfatória, facto este também designado de envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido é um constructo de grande complexidade, que tem vindo a assumir grande relevância no panorama do envelhecimento humano. Vários têm sido os autores a estudar o tema e a apresentarem as suas teorias (Baltes, 1995; Fontaine, 2000).

Simões (2006) sublinha que existem diversos modelos para o desenvolvimento positivo: envelhecimento bem-sucedido ou ótimo, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo.

Baltes e Carstensen (1996) referiram-se ao constructo dizendo que não há teoria, critério ou padrão que sejam consensualmente aceites para se falar de velhice com sucesso ou bem-sucedida.

Paúl (1996) refere que os fatores relevantes para o envelhecimento bem-sucedido (EBS): “... Nos anos 60, integravam as teorias do desligamento *versus* atividade, nos anos 70, as teorias sobre o *locus* controlo, e nos anos 80 a atenção voltou-se para o significado pessoal, de que Wong é um dos grandes defensores” (p. 20). Wong (1989, citado em Neto & Monteiro, 2008) chama ao significado pessoal a dimensão escondida da saúde, e utiliza um modelo de atribuição causal para explicar como o indivíduo é capaz de prever e controlar as dificuldades futuras. A perspetiva de significado de vida não se afasta muito da visão de Erikson (1976) que considera que a maior tarefa desenvolvimentista da velhice é atingir a integridade do Eu, caracterizada pelo sentimento que a vida valeu a pena e foi proveitosa. Este é o oitavo dos estágios de desenvolvimento psicossocial propostos por Erikson, a integridade do eu, que resulta de um sentimento positivo, de realização nos estágios anteriores e que na velhice culmina em sabedoria, caso ocorra a resolução da crise nesta fase.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Baltes e Baltes (1990) consideram que existem limites impostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo das perdas e uma consequente diminuição dos ganhos. Porém esta não é uma relação linear, pois a recuperação de conhecimentos prévios e a utilização de tecnologias e recursos externos podem minimizar o impacto do processo de envelhecimento sobre o sujeito.

Segundo o modelo de EBS, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação, mecanismos de adaptação interativos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes, Staundinger, & Lindenberger, 1999).

O envelhecimento bem-sucedido, definido pela manutenção da autonomia, independência, envolvimento ativo com a vida pessoal, com os familiares, com as relações de amizade, com o lazer, com a vida social e com as atividades físicas é um objetivo a atingir por parte dos idosos e de todos aqueles que os rodeiam.

Numerosas medidas de envelhecimento bem-sucedido têm sido propostas, ao longo dos anos. Por exemplo, os autores Rowe e Kahn (1999, citado em Simões, 2006) entendem o envelhecimento bem-sucedido como o conjunto de fatores que permitem ao indivíduo continuar a funcionar eficazmente, tanto do ponto de vista mental como físico. Para que ocorra um envelhecimento bem-sucedido, e segundo os autores, o indivíduo deverá apresentar baixo risco de doenças, ou incapacidades relacionadas com a doença, um funcionamento físico e mental elevado e empenhamento ativo na vida. Este modelo assenta no pressuposto de uma vida saudável, onde o indivíduo deve manter um empenhamento ativo face à sua vida. Para os autores o envelhecimento bem-sucedido está dependente das escolhas e dos comportamentos individuais de cada pessoa.

Para Fontaine (2000), a velhice bem-sucedida está associada a três condições. A saúde é a primeira condição, associada a uma diminuição das doenças e de perdas. A segunda prende-se com um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e a terceira e última passa pela manutenção do papel social e do bem-estar subjetivo.

A componente social também é um aspeto bastante importante no processo de envelhecimento do idoso. A sua ausência poderá ser um fator de risco para a saúde, visto que poderá levar ao isolamento, à solidão e muitas vezes até à perda de vontade de viver. O apoio social deverá ser um processo dinâmico, que envolva relações e redes sociais. As

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

necessidades sociais defendidas por Matos e Ferreira (2000) são a afiliação, o afeto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação. Para Simões (2006), a longevidade e a saúde dependem das relações sociais estabelecidas, talvez pelo apoio instrumental que é dado aos idosos por familiares e amigos. Para este autor, as pessoas que gozam de apoio social tendem a ser saudáveis e felizes.

Baltes e Carstensen (1996) defendem que, para que haja um envelhecimento com sucesso, deverão ser incluídos fatores psicossociais (como a satisfação com a vida, o bem-estar psicológico, o suporte social percebido e o envolvimento na comunidade), saúde física, capacidades funcionais e estilo de vida, condições biofísicas (como força e resistência) e condições sociais (como educação e redes sociais).

Fernández-Ballesteros (2002), com base na teoria apresentada por Antonovsky (1987), defende também que é possível e desejável o envelhecimento bem-sucedido. Segundo a autora temos de estar atentos a três princípios básicos quando se fala de envelhecimento: i) o envelhecimento da população constitui um êxito na sociedade moderna, conseguindo «dar mais anos à vida»; ii) o envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria população, pois, na medida em que se vive mais tempo, mais elevadas são as probabilidades de ver o dia-a-dia limitado por doenças e outras formas de incapacidade; iii) os idosos não são um grupo homogêneo, sendo possível envelhecer de muitas formas e acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogênea de todas as fases da vida. A solução para atingir um envelhecimento ótimo passa pela prevenção de um envelhecimento patológico e pela promoção de uma série de condições pessoais e sociais suscetíveis de favorecer o envelhecimento com êxito, competente, ativo e satisfatório (p. 14). Para Fernández-Ballesteros (2002), o envelhecimento bem-sucedido passa por evitar que a velhice seja uma fase de sofrimento e dependência e que se traduza por «dar mais vida aos anos», como já foi mencionado.

Para Paúl (1996), o envelhecimento bem-sucedido só faz sentido se for visto numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao “sentir subjetivo de cada indivíduo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da história de vida de cada um” (p. 20). Ainda segundo Paúl (2002), para se envelhecer com qualidade é

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

preciso ser criativo, responder às pressões mobilizando a sabedoria e o relativismo que a experiência ensinou, alterando as prioridades e os percursos, numa luta interna com o corpo e externa com a sociedade. O sucesso desta tarefa depende da capacidade psicológica de cada um em encontrar o seu caminho de envelhecimento ótimo ou bem-sucedido (p. 29). Também Fernández-Ballesteros (2002) encara o envelhecimento ativo, numa perspectiva ecológica referindo que este implica o esforço de uma sociedade solidária (com sistemas de proteção sanitária e social) como do próprio indivíduo, que é o motor do seu desenvolvimento pessoal, da sua saúde, da sua participação e da sua segurança (p.16).

Ao se falar de envelhecimento bem - sucedido, é obrigatório falar-se em qualidade de vida, conceito multidimensional que engloba critérios objetivos e mensuráveis, como funcionamento fisiológico ou a manutenção das atividades de vida diária (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005), bem como componentes subjetivos, comumente designados por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objetivos alcançados. Para Paúl e Fonseca (2001), “avaliar a qualidade de vida de populações idosas implica ter em consideração medidas materiais, emocionais, sociais e da saúde, sendo que frequentemente se estabelece uma confusão entre o estado de saúde física e a qualidade de vida, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência direta do próprio estado de saúde” (p. 127). Para Leal (2008), a qualidade de vida deve ser vista numa perspetiva multidimensional, ou seja como o resultado da soma do meio físico, social, cultural, espiritual e económico onde o indivíduo está inserido, dos estilos de vida que adota, das suas ações e da reflexão sobre si e sobre os outros e sobre o meio que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

É importante ter em conta uma perspetiva preventiva do envelhecimento bem-sucedido, atuando sobre o estilo de vida das pessoas, (educação para a saúde) e sobre o contexto de vida do idoso, otimizando o seu ambiente. Também a Organização Mundial de Saúde e a Comissão da União Europeia destacam a autonomia, a aprendizagem ao longo da vida e o manter-se ativo como os principais aspetos a serem valorizados e que proporcionam um envelhecimento saudável.

O envelhecimento bem-sucedido, a qualidade de vida, a saúde e a doença das pessoas idosas, são fatores que se encontram relacionados, sendo necessário a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

consciencialização e o papel ativo que todos devem ter na sua manutenção ou evitamento no caso do aparecimento das doenças.

A prevenção da saúde aumenta a longevidade e melhora a saúde e a qualidade de vida, sendo para isso necessário ter alguns cuidados, como por exemplo ter uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool e tabaco, praticar regularmente atividade física e reduzir os fatores que proporcionem stress. É urgente a adoção de estilos de vida saudáveis e de uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado, fundamentais para viver com mais saúde e qualidade de vida. A prevenção primária, secundária e terciária do envelhecimento são prioridades no sector da saúde, embora por vezes, os serviços não estejam adaptados às atuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades sociodemográficas, o que por sua vez constitui uma barreira à promoção e manutenção da qualidade de vida dos idosos e das suas famílias.

Os idosos deverão ser educados para o envelhecimento, para que desenvolvam atempadamente, certas capacidades e potencialidades próprias, que os torne aptos a viver esta etapa das suas vidas com maior qualidade. Deverão ter cuidados ao nível da sua saúde física e psíquica.

Em suma,

“Para que o indivíduo envelheça bem, terá que ser submetido a um processo educacional desde os seus tempos primeiros de vida e ao longo de todo o seu processo evolutivo...aprender a definir objetivos para cada fase da sua vida, passando a admirar a etapa da velhice, para a qual criará uma ideia de tempo rico e preenchido, em substituição da atual ideia de momentos de inutilidade e de falência biológica, psicológica e social. Em adulto o indivíduo poderá igualmente planear o seu futuro, selecionando atividades e inter-relacionando-se com grupos extraprofissionais, projetos que poderão ser por toda a sua vida e com maior intensidade após a reforma. Deste modo quando a velhice alcança a pessoa, a reação já será positiva, porque integrou em todo o seu percurso de uma vida uma ideia de continuidade, utilidade, enriquecimento e plenitude para a sua última etapa da vida...a forma como a pessoa determina preencher o tempo vai influenciar a qualidade de vida” (Fernandes, 1997, p. 31).

### **1.3- Componentes do envelhecimento**

De acordo com Birren e Schroots (2001) o processo de envelhecimento apresenta três componentes: uma componente biológica, uma social e uma psicológica.

No domínio biológico são muitos os aspetos do funcionamento que se alteram à medida que a pessoa envelhece, sendo o processo de perdas mais acentuado do que o dos ganhos. Estas perdas a nível biológico irão influenciar a saúde, a mobilidade física e o próprio funcionamento cognitivo. Associa-se ao envelhecimento o surgimento de incapacidades, de doenças várias e da demência senil. Embora hajam estudos que referem o facto de existir este declínio, ele pode não afetar os restantes domínios do funcionamento humano.

O processo de envelhecimento biológico refere-se às transformações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, traduzindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais (Figueiredo, 2007, p.32).

Segundo os autores Birren e Zarit (1989, citado em Figueiredo, 2007), o envelhecimento biológico, também designado por senescência, é um processo de mudança no organismo, que com o passar do tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às exigências ambientais. A senescência não é uma doença, mas uma fase natural de deterioração biológica, que reduz a resistência do indivíduo à morte ou à doença. A autora faz ainda a distinção entre envelhecimento primário, também designado por normal e envelhecimento secundário ou patológico.

O envelhecimento normal refere-se à diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, mas que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Por sua vez, o envelhecimento patológico respeita os fatores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como o stress, doença, traumatismos que provocam o acelerar do processo de envelhecimento primário.

De entre as características principais do processo de senescência destacamos o aumento da mortalidade, uma vez ultrapassada a fase de maturidade; modificações na composição química do organismo; transformações progressivas que conduzem à

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

deterioração morfológica e funcional; menor capacidade de resposta, a todos os níveis biológicos, perante as agressões e exigências ambientais e o aumento da vulnerabilidade a doenças (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002, citado em Figueiredo, 2007, p. 33).

No entanto, é extremamente difícil estabelecer limites entre o envelhecimento normal e o patológico, embora se saiba e haja consenso que o envelhecimento não implica necessariamente deterioração ou doença.

Segundo Fonseca (2006), fazendo referência aos trabalhos de Schroots (1995) e Birren e Schroots (2001) refere que o envelhecimento biológico propõe a existência de uma dinâmica do envelhecimento, ou “gerodinâmica”, que se baseia no estudo do comportamento ao longo do ciclo de vida. A gerodinâmica inspira-se na teoria geral dos sistemas e procura explicar o envelhecimento com base na ocorrência de uma série de mudanças intrínsecas ao próprio indivíduo, que o levam ao enfraquecimento das suas capacidades. Mesmo sem a ocorrência de patologias, a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica, embora não haja unanimidade, que com o avançar da idade haja deterioração das capacidades do indivíduo.

No domínio psicológico são muitos os fenómenos que podem surgir, designadamente reações emocionais, alterações de memória e cognição, estilos de relacionamento interpessoal ou mecanismos percetivos e de autocontrolo. A memória imediata pode diminuir, embora a memória remota permaneça exemplar. A inteligência e a sua capacidade, desde que exercitadas, podem também continuar ativas. Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento de idosos a frequentar as universidades de terceira idade, o que comprova que se as suas capacidades forem exercitadas poderão continuar vivas e serem úteis na manutenção da sua vida diária.

A todos estes fenómenos está subjacente a grande plasticidade intra-individual que leva à adaptação de cada indivíduo a uma nova fase da sua vida. A plasticidade do idoso é proveniente dos recursos que adquiriu ao longo da vida. Quanto maior e mais diversificados forem, maior será a plasticidade intra-individual, que lhe permite uma maior adaptação aos diferentes contextos e circunstâncias. Os acontecimentos da vida que o idoso teve de viver também poderão servir de prova aos seus limites de plasticidade intra-individual, ou seja

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

quanto maior for o volume de acontecimentos vividos, maior poderá ser a capacidade adaptativa do idoso à nova fase que tem de viver.

Para os autores Altarriba, Bianchi, Gonzalés, e Lehr (1992, citados em Jaques, 2005), a nível psicológico, o envelhecimento reflete uma série de mudanças, entre as quais se destacam a dificuldade de o idoso se adaptar a novos papéis; ter falta de motivação e dificuldade em planear o futuro; ter necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; lentidão e pouca flexibilidade para acompanhar o evoluir dos tempos no campo da modernização; baixas de autoimagem e autoestima e alterações psíquicas, como a depressão, hipocondria e somatização.

Assim como, “...as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo” (Zirmerman, 2000, p. 25). As condições ambientais a que os sujeitos estão expostos praticamente desde que nascem e a sua maior ou menor plasticidade acabam por influenciar o seu próprio desenvolvimento.

Paralelamente às alterações biológicas e psicológicas o envelhecimento, também acarreta transformações ao nível dos papéis sociais, que têm de ser reajustados a esta etapa da vida.

A velhice caracteriza-se pela perda de alguns papéis sociais, nomeadamente do papel profissional. Também a nível familiar e comunitário ocorrem algumas alterações.

Vanderbos (1998, citado em Fonseca, 2005) refere quatro estruturas sociais que sofrem mutação com a chegada da velhice: a família, o trabalho, o estado e a religião.

No que diz respeito à família e ao trabalho, ambos assumem uma importância especial, pelo que eventuais mudanças nestas estruturas, como a passagem à reforma ou a morte do cônjuge, provocam alterações nos modos de ser e de estar de quem os vive. Perante tais situações a pessoa é obrigada a adaptar-se às novas circunstâncias de vida, e até a redefinir a sua identidade social e a tentar encontrar um novo sentido para a sua vida.

A entrada na idade da reforma assume-se como uma perda do papel social, bem como uma perda de rendimentos económicos e de contactos sociais, levando a que haja um reajuste quotidiano.

Segundo Figueiredo (2007), o processo de reforma poderá passar quatro fases. O período de lua-de-mel, que surge logo a seguir à entrada na reforma, e pode caracterizar-se

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

por estados de euforia, onde a pessoa tenta realizar em pouco tempo tudo aquilo que não conseguiu realizar antes. Depois segue-se o período de descanso e relaxamento, durante o qual a pessoa decide viver a sua vida tranquilamente. Caso as expectativas que a pessoa tinha em relação à reforma saiam frustradas poderá haver uma fase de desencantamento, que pode surgir por um acontecimento inesperado, como por exemplo um estado de doença. Por último, chegará à fase de reorientação, onde assume uma nova condição e explora novas formas de viver, de forma satisfatória e saudável, que lhe garanta equilíbrio e bem-estar.

As alterações ao nível da estrutura familiar também são sentidas com a chegada da velhice. Os filhos saem de casa (síndrome do ninho vazio), e assumem outro papel, onde as responsabilidades profissionais e familiares são notórias. “Os filhos adultos são apelidados de geração sanduíche, uma vez que se veem «entalados» numa série de papéis a desempenhar em simultâneo (pais, profissionais e cuidadores dos próprios pais)” (Figueiredo, 2007, p. 57).

Nesta fase da vida os idosos desempenham o papel de avós, um sonho da maioria das pessoas, pois ocorre, assim, o desejo da continuidade familiar. A relação entre avós e netos é uma relação desprovida de responsabilidades e obrigações, embora por vezes estejam na dualidade de atitude, entre o não interferir em demasiado e o ajudar os filhos na educação dos netos.

No que diz respeito às relações conjugais na velhice, a sua satisfação depende de alguns fatores, como por exemplo da saúde ou relação de dependência entre os cônjuges. A morte de um dos cônjuges ou a doença são acontecimentos que levam necessariamente a uma reestruturação de vida. No entanto, outras relações, como as fraternais, tendem a intensificar-se na velhice, os irmãos têm tendência para uma maior aproximação, talvez devido a uma maior disponibilidade de tempo.

Para Figueiredo (2007), as relações positivas entre irmãos no fim da vida aumentam o bem-estar e os níveis de contacto mais íntimos encontram-se associados à diminuição da incidência de depressão.

Para alguns idosos a rede social que mantêm restringe-se à família, pois não convivem com os seus parceiros, muitos dos quais estavam relacionados com os papéis que desempenhavam anteriormente.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Segundo Antonucci (2001, citado em Figueiredo, 2007), “...numa perspectiva desenvolvimentista co-extensiva à duração da vida, afirma que o tamanho da rede social ao longo do tempo é importante porque tem sido demonstrado que as pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de doença” (p. 60).

No entanto, e de uma forma geral as redes sociais tendem a diminuir com o avançar da idade, levando a que o idoso se reajuste quer dentro quer fora da família.

Nesta fase é esperado do Estado a criação de estruturas eficazes para que os idosos possam usufruir de uma rede de respostas sociais, culturais e de saúde condignas, como por exemplo a criação de centros de convívio, centros de dia, lares, centros de saúde e de reabilitação, associações culturais, tendo assim os idosos os seus direitos assegurados.

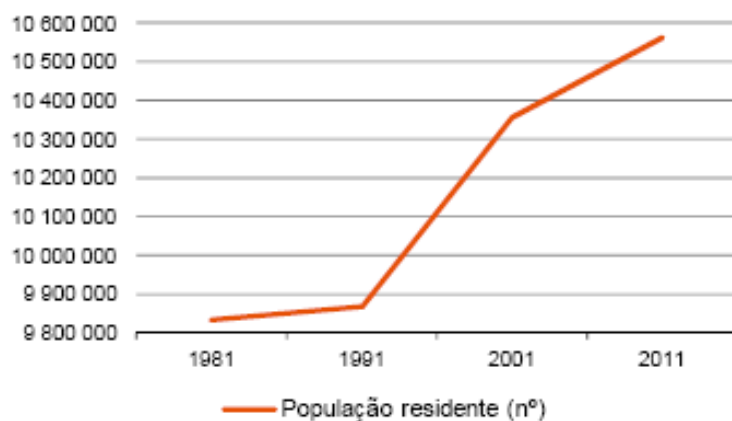
As componentes do envelhecimento humano, segundo Levet-Gautrat (1985, citado em Pimentel, 2005), podem ser utilizadas em vários sentidos. Falamos de idade cronológica, referente ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente, e que nos dá indicações sobre o período histórico que o indivíduo viveu; a idade jurídica, que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade, mas que não corresponde a uma realidade biopsíquica; a idade física e biológica, que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Os diferentes órgãos e funções vitais não envelhecem todos ao mesmo ritmo, daí que as diferenças intraindividuais sejam tão importantes como as interindividuais; a idade psicoafetiva, que reflete a personalidade e as emoções de uma pessoa e que não têm, à partida, limites em função da idade cronológica e a idade social que corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito e que são corroboradas com as condições socioeconómicas.

Concluimos, assim, que as mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas por cada um de forma diferente. Manter uma longevidade saudável exige uma aprendizagem e uma adaptação contínuas por parte de cada indivíduo. Uma educação para o envelhecimento e uma consciencialização do que acontece ao organismo podem permitir a quem envelhece ter uma maior qualidade de vida e satisfação global.

#### 1.4- Perspetiva demográfica atual do envelhecimento em Portugal e no Algarve

O fenómeno do envelhecimento demográfico, definido como o aumento dos idosos na população total, ocorreu e continua a ocorrer em todas as regiões do país, segundo os dados divulgados nos últimos censos.

O Instituto Nacional de Estatística (INE) revela que a população residente em Portugal, referenciada a 31 de março de 2011 era de cerca de 10 561 614 habitantes, o que significa um aumento de 2% face à última década, tal como nos mostra a figura 1.



Fonte: INE (2011)

*Figura 1.* Evolução da população residente em Portugal, 1981- 2011.

O crescimento demográfico registado nesta década foi inferior ao da passada, o qual foi de cerca de 5%. A região do Alentejo é aquela que perdeu mais população, em relação aos últimos dez anos, pois ocorreu uma diminuição de cerca de 2,5% face a 2001. A região do Centro regista também uma ligeira redução do número de habitantes, menos 1% face à década anterior. A região Norte mantém sensivelmente a mesma população ao longo da última década e as restantes regiões têm acréscimos significativos, no Algarve (14,1%) e na Região Autónoma da Madeira (9,3%), dados que se podem ler na Tabela 1 e na Figura 2.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 1

*População residente e taxa de variação por Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS) II, 1991, 2001 e 2011*

ZONA GEOGRÁFICA	QUADRO 1.1.1									
	População residente				Varição 1981-1991	Varição 1991-2001	Varição 2001-2011	Varição 1981-1991	Varição 1991-2001	Varição 2001-2011
	1981	1991	2001	2011	Nº			%		
Portugal	9 833 014	9 867 147	10 356 117	10 561 614	34 133	488 970	205 497	0,35	4,96	1,98
Continente	9 336 760	9 375 926	9 869 343	10 047 083	39 166	493 417	177 740	0,42	5,26	1,80
Norte	3 410 099	3 472 715	3 687 293	3 689 609	62 616	214 578	2 316	1,84	6,18	0,06
Centro	2 301 514	2 258 768	2 348 397	2 327 580	-42 746	89 629	-20 817	-1,86	3,97	-0,89
Lisboa	2 482 276	2 520 708	2 661 850	2 821 699	38 432	141 142	159 849	1,55	5,60	6,01
Alentejo	819 337	782 331	776 585	757 190	-37 006	-5 746	-19 395	-4,52	-0,73	-2,50
Algarve	323 534	341 404	395 218	451 005	17 870	53 814	55 787	5,52	15,76	14,12
Região Autónoma dos Açores	243 410	237 795	241 763	246 746	-5 615	3 968	4 983	-2,31	1,67	2,06
Região Autónoma da Madeira	252 844	253 426	245 011	267 785	582	-8 415	22 774	0,23	-3,32	9,30

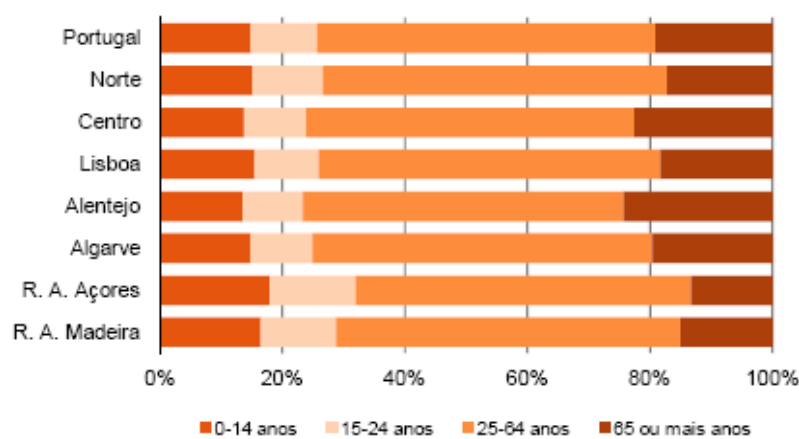
Fonte: INE (2011)

Relativamente à estrutura etária da população portuguesa, segundo os dados provisórios do INE (2011), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem marcado. Há 30 anos, em 1981, cerca de um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos), respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam uma maior percentagem da população no grupo etário mais jovem, dos 0-14 anos, respetivamente 17,9% e 16,4%, seguidas pelas regiões de Lisboa, Norte e Algarve com, respetivamente, 15,5%, 15,1% e 14,9%. No lado oposto, as regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente, tal como nos mostra a Figura 2.



Fonte: INE (2011)

*Figura 2.* Estrutura da população residente por grupos etários por NUTS II em 2011.

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%.

A relação de masculinidade, entendida como a população residente do sexo masculino/população residente do sexo feminino vezes 100, apurada nos censos de 2011, acentuou o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Em 2011, a relação de

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres enquanto este indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres.

A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Em 2011, a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4. A sobremortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados.

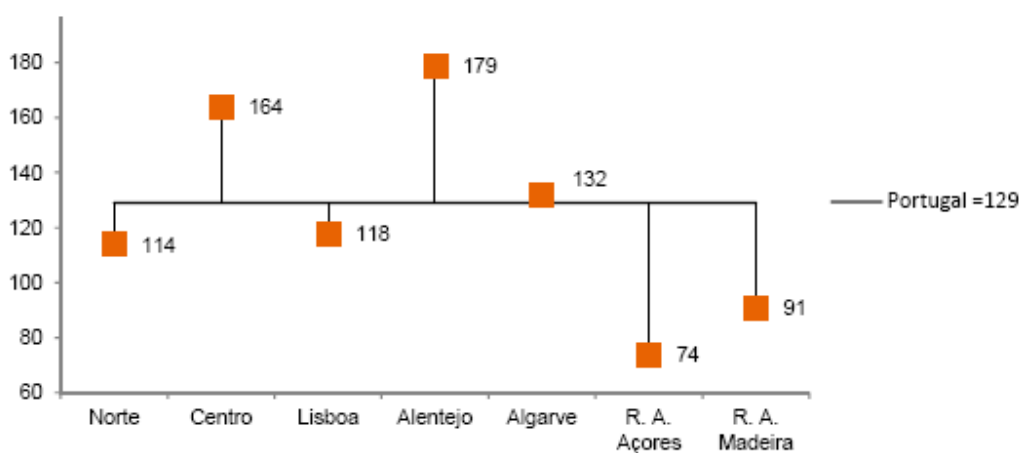
Na generalidade dos municípios, o número de mulheres é superior ao número de homens. Todavia em oito municípios do país, esta relação inverte-se prevalecendo o número de homens sobre o número de mulheres: Porto Santo, Ribeira Grande, Monchique, Odemira, Azambuja, Grândola, Lajes das Flores e Corvo. O Corvo é o município do país com a relação de masculinidade mais elevada, 126 homens por cada 100 mulheres; no extremo oposto, aparece o município de Porto Moniz como o mais feminino de Portugal, o qual regista o valor 77 neste indicador.

No que diz respeito ao índice de envelhecimento, (a relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos), apresentada habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos), em Portugal verificou-se que a proporção da população com 65 ou mais anos foi, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior.

O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os menores índices de envelhecimento do país, respetivamente, 74 e 91. As Regiões do Alentejo e Centro são, pelo contrário, as que apresentam os maiores valores, respetivamente, 179 e 164, tal como se pode observar na Figura 3.



Fonte: INE (2011)

Figura 3. Índice de Envelhecimento por NUTS II em 2011.

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território. O município da Ribeira Grande, na Região Autónoma dos Açores, com 37,3 apresenta o menor índice de envelhecimento do país. No extremo oposto, Penamacor com 599,5 apresenta o maior índice de envelhecimento do país.

O índice de sustentabilidade potencial, (a relação existente entre a população em idade ativa (população com 15-64 anos) e a população idosa (população com 65 ou mais anos), segundo os censos 2011, é outro dos indicadores que possibilita uma avaliação sobre o esforço que a população idosa exerce sobre a população em idade ativa e complementa a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

leitura relativamente aos indicadores sobre envelhecimento anteriormente apresentados. O índice de sustentabilidade potencial apurado é de 3,4, o que significa que há 3,4 ativos por cada indivíduo com 65 ou mais anos. Na última década este indicador agravou-se, em 2001 era de 4,1.

As Regiões Autónomas aparecem de novo com indicadores mais favoráveis: na Região Autónoma dos Açores, o índice de sustentabilidade é de 5,2 e na Região Autónoma da Madeira é de 4,6. O Alentejo e o Centro apresentam os índices mais baixos, respetivamente 2,6 e 2,8.

## **II - Teorias leigas, ingênuas ou do senso comum**

### **2.1- Conceitos de teorias leigas**

Do ponto de vista conceitual, as teorias leigas também são designadas de teorias do senso comum ou ingênuas. São teorias do sentido comum que as pessoas leigas utilizam para explicar ou prever fenômenos do seu ambiente. Implicam relações intergrupais e são vistas como crenças desenvolvidas ao longo do tempo, naturalmente, sem a influência de instrução. As teorias leigas são as crenças da população leiga (geral) utilizadas na vida diária (Hong, Levi, & Chiu, 2001).

Foram inicialmente estudadas por Heider (1958) e Kelly (1955) tornando-se, a partir daí um importante foco de análise para muitos investigadores, que pesquisam os processos de percepção social, onde se destacam os trabalhos de (Furnham, 1988; Hong, et al., 2001; Wegener & Petty, 1998).

Segundo Ramirez e Levy (2010), as teorias leigas servem para explicar eventos do contexto social, marcos de referência que influenciam os processos de percepção e interpretação da informação, bem como a previsão de eventos, e em consequência também as eleições e os comportamentos das pessoas.

O impacto das teorias leigas “implícitas, ingênuas, intuitivas, de sentido comum ou de fundo (*background*)” no pensamento social, infunde no facto das pessoas não serem conscientes da influência sobre a sua maneira de entender o mundo. O facto de não serem objeto de comprovação científica, leva a que sejam grandemente aceites e reproduzidas como resultado do senso comum (Hong, et al., 2001). São teorias facilmente traduzidas por frases como «de pequenino é que se torce o pepino», «grão a grão enche a galinha o papo», e que com frequência percebemos.

As teorias leigas têm um papel fundamental no pensamento social, pois servem como marco de interpretação do processamento cognitivo da informação social, bem como cumprem uma função justificadora do status quo, particularmente favorável para grupos ou categorias sociais em condição de vantagem (Crandall, 2000). Existem pessoas que praticam algum comportamento prejudicial e podem buscar, criar e adotar teorias leigas que justifiquem tais atos.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Na óptica de Crandall (2000) existem pelo menos duas classes de teorias leigas, que cumprem esta função de justificação: as que correspondem ao enfoque de atribuição (atribuição de causalidade, juízos e responsabilidades e culpabilidade) e outras que correspondem a um enfoque de “*hierarquização*” (defesa das hierarquias e da inequidade como necessárias, boas, inevitáveis e naturais).

Para Levy, West, e Ramirez (2005) as teorias leigas podem ser entendidas como acontecimentos, em que as pessoas estão envolvidas, e os tentam prever e controlar. Os primeiros teóricos designavam-nas de teorias ingênuas, como já foi referido, pois não são rigorosamente formuladas (Heider, 1958). As teorias leigas não são cognições conscientes sobre a compreensão e o comportamento social (Furnham, 1988; Hong et al., 2001; Wegener & Petty, 1998).

Para Pelechano (2010), os modelos leigos ou não académicos, da ciência em geral e da psicologia em particular, representam no presente um considerável número de tendências que se refletem praticamente em todos os domínios psicológicos. Nos seus trabalhos refere que existe uma relação entre a psicologia leiga e a psicologia académica ou científica. Defende que algumas componentes da psicologia leiga estão presentes na maioria dos modelos científicos, e que devem ser levados em consideração pela psicologia científica. Segundo o autor, defender que os únicos conhecimentos válidos que temos são os conhecimentos científicos resulta de uma posição reducionista inadmissível e própria de um pensamento distante da realidade. Esta ideia levaria a uma redução de todas as ciências a uma só, à homogeneização de todos os conhecimentos científicos a um modelo claro, explícito, compreensível, o que nos levaria a aceitar que o progresso da ciência havia chegado ao fim.

Pelechano (2010) apresenta também dois tipos de fazer ciência, uma que está a cargo dos científicos (profissionais de uma parcela de conhecimento determinada) e outra que é feita por pessoas que não são profissionais, que não têm uma formação especializada nesse domínio de conhecimento. “A essa maneira de entender e “fazer” ciência é o que se denominou, nos começos da segunda metade do século XX, de ciência “leiga”, de “sentido comum”, “implícita” e de algumas outras denominações, todas elas na linha de mostrar que se trata de um tipo de conhecimento em que não se cumpriam os requisitos que deve

## *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

apresentar o conhecimento científico, mas que se utiliza como prática rotineira por parte de uma grande quantidade de pessoas” (Pelechano, 2010, p.5).

Parece que na gestão do conhecimento se encontra a satisfação de uma necessidade de previsão e controle do mundo interno e externo. Do mundo interno, para poder tomar decisões, e que se cumpram, para poder explicar as ações que realizamos. Do mundo externo, a que devemos ter respeito, do que pode suceder na natureza que nos rodeia, aquisição e manutenção de alimentos e de tudo o que pode facilitar a vida. Trata-se de uma análise que é comum ao conhecimento científico e leigo.

Segundo Pelechano (2010) revela-se também importante delimitar o significado de teoria leiga. Temos de reconhecer uma série vasta de termos e aproximações que são utilizados por muitos autores, de acordo com as diversas ocasiões. Fala-se em conhecimento leigo, de sentido comum, implícito, crenças básicas, conhecimento culturalmente vasto, etc. Denominam-se conhecimento de sentido comum, porque teoricamente assentam em conhecimentos mais comuns dentro da cultura presente; Implícitos, porque não se encontram expostos claramente nem são claras as bases onde se apoiam e também foram denominadas por um sistema de crenças básicas acerca do mundo e da realidade (no sentido em que não são elementos racionais senão juízos a que se atribui um valor de verdade sem contestação sistemática). No âmbito da psicologia da personalidade é utilizada a expressão conhecimento subjetivo, no sentido em que os conhecimentos que se possuem refletem a maneira de pensar do observador.

Em suma, existe uma vasta amplitude do conceito de teorias leigas que se aplica a diversos campos de estudo.

### **2. 2-Campos de estudo**

As publicações científicas sobre modelos leigos encontram-se em campos muitos diversos. Destacam-se os trabalhos sobre:

- Alcoolismo (Furnham & Lowick, 1984);
- Delinquência (Furnham & Henderson, 1983);
- Depressão (Furnham & Kuyken, 1991);

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Homossexualidade (Furnham & Taylor, 1990);
- Fobia (Furnham, 1995);
- Esquizofrenia (Furnham & Bower, 1992);
- Transtorno bipolar (Furnham & Anthony, 2010);
- Felicidade (Furnham & Cheng, 2000);
- Causas do autismo, que tendiam stress, dieta e contaminantes ambientais (Russell, Kelly, & Golding, 2009);
- Explicações médicas e as conceções leigas da doença na interação médico-paciente (Nordby, 2008);
- Teorias leigas sobre os média (Mccurdy, 2011);
- Teoria leiga e a relação com os melhores amigos (Cole & Bradac, n.d.);
- Teorias leigas sobre o desenvolvimento infantil (Furnham & Weir 1996);
- Teorias leigas chinesas e o estigma da doença mental: implicações para a investigação e prática (Lam, 2010);
- Teorias leigas e qualidade de vida na velhice (Bowling & Gabriel, 2007);
- Teorias leigas sobre brancos racistas – o que constitui o racismo e o que não constitui (Sommers & Norton, 2006);
- Teorias leigas sobre suicídio (Walker, Lester, & Joe, 2006)
- Teorias leigas sobre anorexia nervosa (Benveniste, Lecouteur, & Hepworth, 1999);
- Teorias leigas e a psicoterapia – percepção da eficácia de diferentes “curas” para desordens específicas (Furnham, Pereira, & Rawles, 2001);
- Teorias leigas, causas e cura para a depressão numa amostra de estudantes turcos (Çirakoglu, Kokdemir, & Demirutku, 2003);
- Teorias leigas, saúde e comportamento saudável (Bhattacharjee, Bolton, & Reed, n.d.);
- Teorias leigas sobre a adição de heroína (Furnham, A. & Thomson, 1996);
- Clínica e saúde (Leandro, Pelechano, & Garcia, 2008);
- Teorias leigas sobre o stress no trabalho (Furnham, 1997);

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Teorias leigas sobre previsão afetiva: a progressão do afeto (Igou, 2003);
- Teorias leigas relacionadas com a idade e o bem-estar (Estes & McMahan, 2011);
- Teorias leigas, bem-estar e relacionamentos românticos (Brady, sd.);
- Conceitos leigos e doença mental em adolescentes romenos (Macsinga, 2011);
- Significações leigas de saúde e de doença em adultos (Reis, J. & Fradique, F., 2004).

Furnham e Hume-Wright (1992) nos seus estudos sobre as teorias leigas encontraram também relações consistentes de causa e cura da anorexia nervosa. Furnham e Thomson, em 1996, sobre as causas e a cura do problema da heroína.

As teorias leigas têm sido tratadas por muitos autores, como é possível constatar pelos referidos estudos, embora não de forma sistemática. Destaca-se da Europa Adrian Furnham, inglês, um dos autores que mais tem publicado sobre psicologia leiga. Muitos dos dados apresentados são fruto da aplicação de questionários elaborados por si acerca dos conhecimentos leigos em diferentes âmbitos da psicologia. Relativamente ao trabalho de Furnham, Pelechano (2010) refere que existem alguns problemas na representatividade dos itens que formam os questionários a respeito das crenças populares. No entanto, defende que os trabalhos de Furnham são um ponto de partida reconhecido e deveriam de estar integrados dentro de um modelo compreensível.

Num outro oposto, temos os trabalhos de Kruglanski, autor norte-americano, que apresenta os seus trabalhos sobre teorias leigas a partir da análise do fenómeno de atribuição de causas, limita-se à psicologia da atribuição. Em ambos os modelos assume-se que na base dos modelos leigos se encontram uma mescla de ideias e crenças básicas, fruto da aprendizagem social do sujeito e partilhadas pela maior parte da comunidade, a partir das quais se complementam ou elaboram os modelos científicos. Para Pelechano (2010) a origem dos modelos leigos e dos modelos científico-académicos é comum, contudo o seu desenvolvimento pode ser diferente. Conclui referindo que a psicologia leiga existiu muito antes da científica e de distintas formas se encontra presente. A psicologia leiga tem muitos mais séculos de história e postula sobre um considerável número de conteúdos e

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

instituições que não se deveriam perder. Ignorar a psicologia leiga seria cair num esvaziamento de conteúdos psicológicos, como já aconteceu no passado.

Segundo Furnham (1988) e Furnham e Cheng, (2000) a pesquisa sobre as teorias leigas encontra-se, geralmente, associada a uma ou mais das seguintes questões:

- 1) Etiologia (Como surgem, como se desenvolvem? Quais os fatores que parecem levar ao seu desenvolvimento?);
- 2) Estrutura (Qual é a estrutura interna dessas teorias? Como é que são mentalmente organizadas?);
- 3) Relacionamentos (Como se agrupam estas teorias sobre diferentes temas? Qual é a estrutura básica para estabelecer as teorias em diferentes áreas, como por exemplo saúde, economia, educação?);
- 4) Função (O que fazem estas teorias, qual a sua função para os próprios indivíduos? São implicações para a mudança?);
- 5) Estabilidade (Estas teorias têm mudado ao longo do tempo? Que tipo de influências têm?);
- 6) Consequências comportamentais (como se relaciona o comportamento social com as diferentes teorias leigas?).

Os estudos realizados sobre as teorias leigas são alvo de várias críticas ou limitações, talvez por ser um âmbito de estudo pouco explorado.

Muitos estudos leigos tendem a assumir a existência de estruturas subjacentes à atribuição que permanecem estáveis ao longo do tempo. Os pesquisadores assumem frequentemente um estável núcleo que presumivelmente continua na mesma em diferentes encarnações. Por outro lado, existe uma falta incrível de curiosidade sobre os efeitos e funções que as explicações fornecidas pelas teorias leigas possam ter na vida das pessoas.

### **III - Racionalidades leigas sobre saúde e doença e constructos relacionados, em pessoas idosas**

#### **3.1 - Teorias leigas de saúde e doença na velhice**

As teorias leigas, como já referimos anteriormente, são teorias informais, ingênuas ou explicações do senso comum, utilizadas pelas pessoas no seu contexto social e que muitas vezes diferem das explicações científicas (Furnham, 1988; Molden & Dweck, 2006).

Cognitivistas e psicólogos sociais há muito tempo que discutem a importância das crenças implícitas para explicar a interação e o comportamento social (Dweck, Chiu, & Hong 1995; Heider; 1958; Nisbett & Wilson 1977).

Mais recentemente vários investigadores têm defendido a necessidade de estudar as teorias leigas da saúde, pois é uma área muito importante, porque permite compreender os domínios de autorregulação e perceber o que pensam os indivíduos sobre a sua saúde e doença, de forma a promover um estilo de vida saudável (Popay & Williams 1996).

Os sociólogos e os antropólogos sociais analisaram as crenças da saúde, no que diz respeito às teorias e às representações do indivíduo comum.

Segundo os autores, as teorias leigas sobre a saúde e a doença são modelos conceituais utilizados pelos indivíduos, comunidades ou culturas, na tentativa de explicar como se pode manter a saúde e fornecer uma explicação para a doença. As teorias leigas sobre saúde e doença incluem muitas vezes ideias sobre a forma como o corpo funciona, bem como a presença de sintomas que podem surgir e a que se deve dar significado. No mundo ocidental, por exemplo, o corpo é visto como uma máquina, que deve manter-se em funcionamento e a doença é encarada como a paragem da máquina. Os conceitos leigos sobre doença incluem mais do que ideias sobre a causa imediata de uma doença. Também incluem ideias sobre a gravidade da doença, possíveis formas de tratamento, inclusive o seu significado. Todas estas questões diferem muito de acordo com a cultura vigente e o próprio estatuto socioeconómico da pessoa doente. Um estudo elaborado nos Estados Unidos junto de classes socioeconómicas mais baixas revelou que estas estendem o conceito de doença como tendo uma base funcional, ou seja só é considerado doença

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

quando uma pessoa está o suficiente doente para não poder trabalhar, carecendo de cuidados médicos.

Conceitos leigos de doença têm sido classificados como provenientes de dentro do indivíduo, do mundo natural, do mundo social ou do mundo sobrenatural.

Quando numa determinada cultura existe um padrão de sinais ou sintomas, e existe um modelo conceitual sobre a origem e o significado desses sinais e sintomas, a doença pode ser designada de doença popular. As doenças populares têm uma vasta gama de significados simbólicos, que apresentam dimensões morais, sociais e psicológicas. Os sintomas associados a doenças populares têm muitas vezes um significado cultural específico, e são moldados pela forma como as pessoas em grupo pensam o corpo, a saúde e a doença. Os curandeiros dentro de uma sociedade tradicional identificam, interpretam e tratam a doença de acordo com os conceitos culturais vigentes.

Muitas vezes os profissionais de saúde têm dificuldade em familiarizar-se com as doenças populares. No entanto, é importante para os mesmos aprender conceitos locais de saúde e de doença e estar alerta para sintomas que possam refletir problemas de ordem emocional ou social, ao invés de se tratar de uma rutura nas funções biomédicas do corpo.

Segundo Ogden (2004), “As teorias leigas têm implicações óbvias nas intervenções efetuadas pelos profissionais de saúde, a comunicação entre o profissional de saúde e o doente seria redundante se o doente tivesse crenças sobre a sua saúde que estivessem em conflito com as defendidas pelo clínico” (p. 59).

O papel das crenças na saúde tem vindo a ser cada vez mais discutido, “visões alternativas sobre as crenças ligadas à saúde têm posto em relevo as teorias populares que apresentam os indivíduos como portadores de opiniões e teorias complexas sobre a saúde, que influenciam o seu comportamento. Esta perspetiva vê os indivíduos como menos racionais e analisa, através de uma abordagem qualitativa, as teorias leigas de uma forma relativamente pouco estruturada” (Ogden, 2004, p. 60).

Na visão de Andrade (2003), “A investigação das representações sociais sobre saúde e doença na velhice entre as pessoas idosas remete-nos, assim, para uma teoria popular, um conhecimento particular acerca do fenómeno saúde-doença, a partir das suas experiências de vida num contexto sociocultural determinado” (p. 2).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

As investigações realizadas sobre as teorias leigas na saúde são várias, tal como já foi referido no capítulo anterior, destacando-se os estudos feitos na área da saúde e bem-estar, anorexia nervosa, problemas psíquicos, diabetes, distúrbios alimentares, saúde mental (Jorm 2000; Manber et al., 2003) e maus hábitos alimentares (Raghunathan, Rebecca, & Wayne, 2006).

No entanto, os estudos sobre as teorias leigas de saúde e doença na velhice são insuficientes, o que revela falta de investigação junto deste público. Interessa perceber o que pensam as pessoas idosas sobre a díade saúde-doença. É sabido que embora não represente nenhuma disciplina o processo saúde-doença tem um carácter que inclui a multidisciplinariedade e a multidimensionalidade. Segundo Minayo (1998, citado em Andrade, 2003), o processo saúde-doença revela uma relação que vai para além do corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total (p. 1). Os conceitos de saúde e de doença envolvem vários estados humanos – físico, psicológico, social e espiritual – pelo que dificilmente uma pessoa se poderá considerar completamente doente ou completamente saudável (Vaz, 2008). Jean Watson (1979) escreveu que, quando se tenta definir saúde e doença, nos confrontamos com dois tipos de doenças: a doença do corpo físico (muitas vezes facilmente diagnosticável e tratável) e a doença do corpo vivido (mais difícil de diagnosticar, definir e tratar) que afeta mais gravemente a condição de existência da pessoa humana. Berger (1995) refere ainda que “definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provem dos antecedentes, do meio sociocultural ou dos percursos de cada indivíduo” (p.107). O conceito de saúde e de doença é multidimensional e a saúde e as doenças dos indivíduos desenvolvem-se ao longo do ciclo da vida, influenciam e são influenciadas pelos comportamentos individuais assumidos. A idade e a perceção individual do próprio estado de saúde são fatores que também influenciam a conceção de saúde e de doença, segundo Vaz (2008). No entanto, para Abellán (2003), os idosos conhecem e aceitam as suas limitações desde a perspectiva do envelhecimento, o que influencia a melhoria no estado de saúde, comparativamente com os que não aceitam. A situação de doença física e mental é uma questão de graus, não pode ser absoluta, devido à relação organismo-ambiente. Normalmente o indivíduo sente a sua saúde como um estado de “alegria de viver” ou como a harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social que incita a ação. A situação de doença, por

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

sua vez é sentida pelo indivíduo como uma incapacidade, que é sentida quando o indivíduo não encontra harmonia entre si e o seu ambiente.

Andrade (2003) realizou um estudo de carácter exploratório, no Brasil, a uma amostra de 11 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, recorrendo à técnica da entrevista estruturada e os resultados do estudo mostraram que a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, característica presente no processo de envelhecimento (feminização do envelhecimento), que segundo Mathias (2001) se deve à maior esperança média de vida entre as mulheres. Os idosos expressam a ideia de saúde e de doença como dois estados diferentes, porém não separados, pois são vistos como parte de um mesmo processo de vida. A saúde e a doença não são vistos como extremos, mas como um *continuum* em que as diferenças seriam percebidas numa escala de intensidade. Nos resultados analisados para os participantes desta pesquisa o processo saúde – doença traduz-se como um processo único.

Para estes indivíduos a saúde está correlacionada com os estados afetivos, nomeadamente com a felicidade “Se a pessoa idosa tem saúde, essa pessoa é feliz...” pelo contrário se a pessoa se encontra em situação de doença não é feliz. A doença é vista como um sofrimento, uma pena. A relação saúde-doença e os estados afetivos já tinham sido destacados por Hipócrates, que Capra (1997, citado em Andrade, 2003) apresenta ao referir que a doutrina hipocrática sobre humores e paixões leva a uma interdependência da mente e do corpo, integram os componentes da natureza humana e são inerentes ao processo saúde-doença.

Os idosos entrevistados também relacionaram a saúde e a doença com estados de ânimo, ou seja para eles se uma pessoa tem saúde, tem ânimo e está sempre ativo, tem motivação para realizar tarefas, caso se encontre doente torna-se uma pessoa desanimada e sem vontade de realizar qualquer atividade. Quando analisadas algumas características dos participantes, verificou-se que a maioria eram do sexo feminino, como já referimos, com idades compreendidas entre os 60 e os 83 anos, sendo a média de idades de 75,5%. Quanto ao estado civil a maior parte das mulheres eram viúvas, dado corroborado na literatura, uma vez que as mulheres vivem mais anos que os homens.

Berger (1995, p.116) refere que a autoavaliação individual do estado de saúde influencia o conceito de saúde e doença, pois como refere, citando Weil, “as pessoas que se

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

julgam doentes procedem como doentes, mesmo na ausência de sinais clínicos reais, e as que se julgam com saúde agem como pessoas saudáveis”.

As pessoas idosas tendem a desenvolver um maior número de doenças crônicas, bem como uma série de dependências que advêm, quer destas doenças quer do decurso normal do próprio envelhecimento, implicando que o conceito de doença, esteja invariável e frequentemente associado ao envelhecimento. Porém, conforme refere Berger (1995) “acreditar que a doença e o envelhecimento são sinónimos é um erro grave que infelizmente muita gente faz” (p.116).

Segundo Birren et al. (citado em Fonseca, 2006), “A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal modo importante que está na origem da discussão clássica entre envelhecimento normal ou primário (que não implica a ocorrência de doença) e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte)” (p.125).

No entanto, é entre os idosos onde prevalecem as doenças crônicas e múltiplas patologias, o que faz deste grupo o maior consumidor de cuidados de saúde. De notar que segundo Berger (1995), a maioria dos idosos considera-se geralmente saudável, apesar de terem problemas crônicos. As patologias aumentam progressivamente com o avançar da idade, aceleram após os 60 anos de idade e os doentes acabam por ser portadores de patologias múltiplas (Cortelletti, Casara, & Herédia, n.d.; Fonseca, 2004).

A conceção subjetiva dos conceitos de saúde e doença é de natureza individual, sendo esta constatação muito evidente nos idosos. Segundo Fontes (1997) “neste contexto o conceito de saúde não está centrado na doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual, componente fundamental para o bem-estar do idoso” (p.10). A capacidade individual para realização das tarefas diárias, traduz-se na autonomia. É um componente fundamental no conceito de saúde do idoso. Ou seja, a definição de saúde não está apenas centrada na presença ou ausência de doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade funcional. Segundo Vaz (2008), a autonomia individual, na avaliação do estado de saúde dos idosos, e as manifestações físicas nunca deverão ser o único fator ou critério a ter em conta, realçando-se a importância da capacidade de adaptação que, neste grupo, é determinante na evolução do *continuum* de saúde.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Assim, para além das noções clássicas de saúde e doença, há na abordagem da saúde e doença no idoso, dois conceitos fundamentais, nomeadamente, autonomia e a capacidade individual.

Para Queiroz (1991), a definição de doença significa um intervalo na vida do paciente em que ele deixa de cumprir involuntariamente atividades, produtivas ou não. Neste estudo para os idosos, a cessação das atividades representava a própria doença. Para haver saúde, segundo os inquiridos, é necessário haver alguns cuidados preventivos «em primeiro, a pessoa para ter saúde, não pode ficar parada, tem de se alimentar bem, não fumar, não beber» é necessário ter uma vida regrada para manter-se saudável. É importante «a pessoa ter uma casa para viver, a pessoa viver feliz, com saúde». No estudo, os idosos também destacaram a importância do ambiente. Pode ser uma mais valia viver em harmonia com o ambiente, a natureza dá saúde, mas também pode ser uma influência no aparecimento de doenças várias. Capra (1997) refere-se ao estado de saúde quando existe um estado de harmonia entre o ser humano e o meio envolvente, e qualquer facto negativo que interfira nessa relação pode causar desequilíbrio e, por conseguinte, estados de doença.

Para os idosos inquiridos no estudo de Andrade (2003), a mente também é referida como dimensão importante no processo saúde-doença, «Se a mente está só a pensar na doença, então fica triste». A mente atua de modo positivo ou negativo e isso reflete o estado saudável ou não do indivíduo.

No que diz respeito à dimensão social e ao processo saúde-doença, através das respostas dadas pelos idosos, verificou-se que as condições de trabalho, de habitação e de relação interpessoal têm grande influência no binómio saúde-doença. A convivência entre as pessoas é extremamente importante para a saúde, o que revela a importância da dimensão social no bem-estar global do indivíduo.

Como conclusão do estudo, o grupo de idosos inquiridos refere que o binómio saúde-doença comporta vários aspetos, físicos, sociais, espirituais, comportamentais e mentais e a sua integração num determinado ambiente.

A saúde psicológica por sua vez também foi investigada por vários autores em diversos públicos. Um estudo de Aldwin, Spiro III, Bossé, e Leveson (1989) revela que existe uma diminuição da saúde psicológica com o avançar da idade. No entanto e contrariamente, os estudos de (Jones & Meredith, 2000; Mroczeck & Kolarz, 1998

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

referenciados em Fonseca (2001) demonstram que a saúde psicológica tem um crescimento sustentável com o aumentar da idade.

Andrade (2003) finaliza dizendo “As manifestações emitidas pelo grupo de idosos inquiridos indica-nos um modo de pensar, de sentir e de agir com relação à saúde e à doença na velhice, que foram criados e desenvolvidos a partir do senso comum e apresenta autocoerência, um corpo de conhecimento particular e autónomo, que deve ser considerado em qualquer ação de saúde por parte do saber científico” (p. 213).

Num outro estudo sobre representações sociais de saúde na velhice: um diagnóstico na rede básica de saúde, de Teixeira, Schulze e Camargo (2002), cujo objetivo principal era perceber as representações sociais sobre o idoso saudável, tendo em conta três grupos de pessoas: um grupo de idosos, um grupo de cuidadores de pessoas idosas e um grupo de trabalhadores da saúde. Os autores referem que não é a primeira vez que o mesmo faz parte da representação social (o idoso saudável), quer seja pela atualidade da temática quer seja pelas consequências que possam advir para o indivíduo.

Como conclusões, Teixeira et al. (2002), referem que numa amostra de 80 idosos, tendo em conta o que eles entendiam por idoso saudável foi possível agrupar as respostas em três classes: classe 1: o idoso saudável em função dos fatores psicológicos, onde se destaca a principal ideia de que para se ser saudável na velhice é necessário ter estabilidade psíquica e ter bem-estar emocional; classe 2: o idoso saudável em função da autonomia, destacam-se um conjunto de respostas de ação, como caminhar, divertir, fazer, etc. “É a coisa mais maravilhosa do mundo, é uma pessoa que tem muita saúde, que pode viajar bastante, que faz tudo o que quer. Um idoso saudável gosta de se arrumar, de ir para tudo o que é canto e se divertir, não fica dentro de casa” (Teixeira, et al., 2002, p. 355). Classe 3: o idoso saudável é aquele que não incomoda a família. Mais uma vez se denota a preocupação com a saúde e com um determinado grau de autonomia, de forma a não depender da família. Neste estudo, os idosos defendem a importância da autonomia e da independência como premissas para uma velhice saudável ou como fatores base para que um idoso tenha saúde. Embora sejam pessoas leigas em matéria de ciências da saúde, os autores referem que estes conhecem como se manter saudáveis e quando estão doentes.

Em Portugal realizou-se em 2004, uma investigação sobre significações leigas de saúde e de doença em adultos, a uma amostra de 67 pessoas leigas em medicina, onde foi

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

possível concluir como principais temas de significação os seguintes: 1) Não estar doente (concepção de saúde simétrica da de doença); 2) Não sentir o corpo (a pessoa esquece-se do corpo, este fica ausente); 3) Bem-estar físico e psicológico (ter saúde é estar bem a nível geral, haver um equilíbrio e bem-estar a nível físico e psicológico podendo incluir uma boa relação com outras pessoas. Algumas pessoas referem que ter saúde é estar bem com a vida); 4) Estar bem consigo próprio (estar bem consigo próprio, podendo incluir o bem-estar espiritual); 5) Não cometer excessos (conseguir direccionar a vida para a saúde); 6) Poder fazer aquilo que se quer. (sentir-se com capacidade para fazer tudo aquilo que apetece e que tem de se fazer); 7) Capacidade para gerir o dia-a-dia (saber como conduzir o dia-a-dia; saber e poder gerir a vida); 8) Saber controlar a doença (se a doença crónica estiver controlada e for bem gerida a pessoa não se pode considerar doente); 9) Órgãos funcionam bem (órgãos funcionam em pleno); 10) Saúde não é um estado perfeito ou absoluto (a saúde não significa que tudo esteja totalmente bem com o corpo ou no equilíbrio geral: podem existir problemas mas ainda assim temos saúde); 11) Equilíbrio biopsicossocial (ter saúde é estar bem a nível geral, a nível físico, psicológico e na relação com os outros); 12) Saúde é ausência de dores e de sofrimento; 13) Sentir o corpo (ter saúde é sentirmo-nos bem e para isso temos de sentir o corpo); 14) Subjectividade da saúde (a saúde depende, em grande, parte, da forma como a pessoa interpreta os seus achaques, por exemplo se interpretar uma dor como resultado do esforço que fiz e não como resultado de uma doença, então tenho saúde) e 15) Saúde como dádiva de Deus. De todos os temas de significação referidos os que mais se destacaram foram: estar bem consigo próprio com 50,75%, não estar doente com 43,28%, bem-estar com 32,84%, capacidade para gerir o dia-a-dia com 23,88% e saúde é ausência de dores e de sofrimento com 22,39%. As restantes apresentaram uma significação pouco representativa (Reis & Fradique, 2004, pp.478-479). Para a dimensão da doença foram identificadas igualmente diversas concepções: 1) Presença de sintoma, sensações (a doença é caracterizada a partir da percepção de sintomas, impressões ou sensações que aparecem no corpo); 2) Anomalia do organismo (a doença é considerada uma anomalia do organismo ou corpo); 3) Não poder fazer o que se quer (a pessoa não se sente com capacidade para fazer tudo aquilo que lhe apetece ou que deve fazer); 4) Mal-estar (doença concebida como um estado negativo global, exemplo: doença é sentirmo-nos mal); 5) Falta de apoio interpessoal (a eventual falta de ajuda ou de apoio de

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

outras pessoas quando se está doente é uma característica do processo de doença e sofrimento; 6) Estado de espírito (a doença é, em parte, um estado de espírito – considera-se que se as pessoas forem “psiquicamente fortes” toleram melhor a doença, por exemplo, em parte a doença é um estado de espírito porque se um indivíduo é forte psiquicamente, embora a doença apareça, consegue resistir a ela sem ir abaixo, aguenta perfeitamente com ela e quase podemos dizer que a põe na rua); 7) Desequilíbrio biopsicossocial (a doença é considerada uma perturbação ou um desequilíbrio corporal, psicológico e social); 8) Perda de autonomia (a doença é caracterizada pela eventual perda de autonomia pessoal e aumento da dependência); 9) Subjectividade da doença (a doença poderá depender, em parte, da forma como a pessoa interpreta os seus achaques, por exemplo há pessoas que por uma pequena coisa acham que estão doentes e outras que com aquela mesma coisa acham que não estão doentes); 10) Dependência de outros (ênfase na dependência que as doenças podem provocar e que “ainda agrava mais as coisas); 11) Não ter saúde (concepção de doença definida num sentido negativo, pela ausência de algo positivo (saúde); 12) Desequilíbrio (doença concebida como um desequilíbrio geral não especificado); 13) Doença identificada com o diagnóstico médico (doença é aquilo que o médico diz que é doença) e 14) Perda de capacidades (ênfase na perda de capacidades específicas que a doença pode provocar). Os temas de significação que mais se destacaram foram: o mal-estar com 49,25%, não poder fazer aquilo que se quer com 40,30%, presença de sintomas com 23,88% e anomalia do organismo com 22,39%. (Reis & Fradique, 2004, pp.480-481). Os autores com este estudo concluem que as concepções leigas de saúde e de doença apresentam uma grande diversidade. Com efeito, analisando os conteúdos dessas concepções constata-se a existência de dimensões como a corporal, a social, o bem-estar e o equilíbrio e aspectos psicológicos.

Para finalizar, é necessário frisar que os estudos neste campo são raros, pois embora existam investigações sobre teorias leigas na saúde e na doença, o público-alvo inquirido não é idoso, o que deixa em aberto este campo de investigação. No entanto, e apesar da revisão teórica ser insuficiente, poder-se-á concluir que os idosos não fazem distinção entre o binómio saúde-doença, ambos se influenciam e se encontram interligados. Em termos de saúde, um idoso saudável, do ponto de vista leigo, é aquele que se encontra bem a nível psíquico, tem autonomia para gerir a sua vida diária, sem necessitar da ajuda de outras

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

peçoas, convive e estabelece relações sociais com os que se encontram em seu redor; tem comportamentos saudáveis, que não prejudicam a sua saúde (não fuma, não bebe álcool, faz uma alimentação regrada, etc.). O ambiente que envolve o idoso também pode contribuir para manter a sua saúde ou para, por outro lado, afetá-la e levá-lo a um estado de doença, caso não sejam tidos em conta determinados cuidados preventivos. Para haver saúde existem uma série de fatores influentes, desde fatores sociais, pessoais, psicológicos, espirituais, ambientais, entre outros. Em contrapartida, a doença será a antítese de um estado de saúde, ou seja, o idoso encontra-se doente quando não consegue satisfazer as suas necessidades, encontra-se de alguma forma afetado, o que lhe modificará a sua rotina de vida diária.

Apesar de não existirem muitos estudos sobre conceitos leigos, existe uma panóplia vasta de estudos científicos que abordam as questões de saúde e de doença em idosos, dado ser um campo de interesse bastante atual.

Apresenta-se por exemplo o estudo de António Abellán (2003) sobre perceção do estado de saúde, que segundo o autor, é um dos temas mais investigado na área da saúde, onde este concluiu que os idosos avaliam o seu estado de saúde fundamentalmente como regular com 42,2%, seguido de bom com 35,8%, em proporção similar às perceções positivas, uma vez que 40,8% as consideram como boas e muito boas. A idade, por sua vez, também se encontra relacionada com a perceção da saúde. A idade menor, melhor valorização do seu estado de saúde, afirmando os idosos que o seu estado de saúde é bom. Por sua vez a relação entre estado de saúde e o sexo demonstra que as mulheres percecionam pior a saúde que os homens, em todas as idades. A escolaridade por sua vez, quando correlacionada com a idade, demonstra que à medida que o nível de escolaridade aumenta assim as perceções da saúde também aumentam. Os analfabetos por exemplo avaliam o seu estado de saúde como regular ou mau. Segundo Abellán (2003), a falta de recursos culturais aumenta a insegurança perante qualquer circunstância da vida, principalmente antes dos problemas de saúde. Por outro lado, aos maiores níveis de instrução também se associam a estilos de vida mais saudáveis. A autoperceção do estado de saúde é uma questão sensível e um bom indicador de satisfação vital, mais do que o número de doenças. Os indivíduos com problemas de saúde normalmente encontram-se menos satisfeitos com a vida do que os que têm perceções mais favoráveis.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Num outro estudo de Maria Lebrão (2005) sobre saúde, bem-estar e envelhecimento a uma amostra de 2143 idosos, com idade superior a 60 anos, esta verificou que 58,6% eram mulheres. As idades variavam entre os 60 e os 100 anos, com uma média de 68 anos. A maioria dos idosos vivia acompanhada, 86,8%, porém este valor tem tendência a decrescer à medida que eles envelhecem, pois aqueles com 80 anos e mais, 21,5% moravam sozinhos. As autoavaliações da saúde mostram que 53,8% dos indivíduos consideraram a sua saúde como regular ou má e 46,2% como excelente, boa ou muito boa. No entanto, segundo o autor, estes valores variam de acordo com o sexo e com a idade. Ou seja, ao aumentar a idade, a autoavaliação de boa ou muito boa cai para 43,8%. Quanto ao sexo, a mulher tem pior percepção do seu estado de saúde do que o homem. A escolaridade também pode alterar a percepção em relação à saúde. Pois, os idosos sem escolaridade têm uma avaliação de regular ou má 1,2 vezes maior do que aqueles idosos com 7 a 12 anos de estudos, e a mulher sem escolaridade sobrepassa o homem em condições similares. Dado curioso é o facto de os idosos que vivem sozinhos, 51,8% considerarem a sua saúde como muito boa ou boa, isto quando se sabe por outros estudos que o suporte social, nomeadamente o facto de ser casado ou viver em união de facto favorece o bem-estar geral e a saúde. Num estudo realizado em Espanha (IMSERSO, 2002), a idade foi a única variável associada às percepções do estado de saúde. Os idosos com mais de 65 anos avaliam o seu estado de saúde maioritariamente como regular (42,2%) e como bom ou muito bom (40,8%) e só uma minoria avaliam o seu estado de saúde como mau ou muito mau (5,4%). A saúde ainda foi correlacionada fortemente com a qualidade de vida (Argyle, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Yanguas, 2004, citados em Aznar & Andreu, 2005).

Por último, no estudo de Cupertino, Rosa, e Ribeiro (2007), estes verificaram que ao questionarem os idosos sobre o que representava para eles o envelhecimento saudável destacaram-se as seguintes categorias: saúde física (53%), saúde social (46%), saúde emocional (37%), preocupação com alimentação/exercícios (36%) e evitar fatores de risco (19%). Quanto aos aspetos menos enfatizados pelos idosos na definição de envelhecimento saudável têm-se: atividades específicas para 3ª idade (0.4%), trabalhar ao longo da vida (0.6%), envelhecimento visto como patológico (0.6%) e aprender com os pais (0.8%). Estes dados demonstram que para se envelhecer saudavelmente os idosos consideram a saúde a condição mais importante, quer seja do ponto de vista físico, social ou emocional.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Concluí-se, assim, que a abordagem ao conceito de saúde e de doença aplicado a terceira idade é um tema bastante complexo, tal como referido por Fonseca (2001, citando Flick, Fischer, Neuber, Schwartz, & Walter), pois a saúde não é “ a ausência de doença” por si só, envolve outras variáveis como os sistemas de coping, integração social, redes de suporte, etc. A ênfase deve ser colocada em aspetos como a autonomia, a independência, ou a autodeterminação, o que revela que a saúde não é apenas a ausência de sintomas ou de doenças, mas passa pela forma como a pessoa continua a viver a sua vida de uma maneira global (Fonseca, 2001).

### **3. 2- Teorias leigas de qualidade de vida na velhice**

A questão da qualidade de vida é central para se compreender e poder intervir no processo de envelhecimento, no entanto são questões muito subjetivas. É necessário ter presente uma perspetiva multifacetada, afastando as ideias rígidas, de que por exemplo a qualidade de vida é sinónimo de saúde, evitando domínios únicos, que se centrem somente em aspetos rígidos da vida de um indivíduo (Bowling & Gabriel, 2007).

Segundo Bowling (2005), a qualidade de vida é um conceito que depende da perceção dos indivíduos e é possível ser medido através de fatores cognitivos. No entanto, também existem uma série de objetivos e dimensões subjetivas que interagem e tem relação com a qualidade de vida (Lawton 1982, 1983a, 1983b, 1991). Existem poucos dados empíricos que revelem que os itens incluídos nas escalas que medem a qualidade de vida tenham alguma relevância ou significado para as pessoas e para o seu contexto de vida diário (Bowling 2001, 2005).

Teoricamente a qualidade de vida engloba as características individuais de uma pessoa, como por exemplo a sua saúde mental e física, bem-estar psicológico, boas condições socioeconómicas, trabalho, ambiente saudável, capital social, etc. No entanto, e segundo os autores Bowling, (2001) e Sarvima e Stonbuck Hult (2000), não se sabe se estes domínios são preditores de qualidade de vida ou componentes do próprio conceito.

Têm sido apresentados alguns modelos díspares de qualidade de vida. Alguns pesquisadores têm utilizado o modelo base de Maslow, e a sua teoria da hierarquia das necessidades, onde se destacam os trabalhos de Higgs, Wiggins, e Blane (2003). Outros

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

apresentam a qualidade de vida como satisfação com a vida, bem-estar social e felicidade (Andrews, 1986; Andrews & Withey 1976; Lawton 1996). Entre os psicólogos destaca-se a teoria da otimização e seleção dos recursos (Baltes & Baltes, 1990). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma abordagem multifacetada, enfatizando as percepções subjetivas, valores e contexto cultural, medidas através da WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life).

Para Paúl e Fonseca (2001) por sua vez “avaliar a qualidade de vida de populações idosas implica ter em consideração medidas materiais, emocionais, sociais e da saúde, sendo que frequentemente se estabelece uma confusão entre o estado de saúde física e a qualidade de vida, acabando este último conceito por ser considerado uma consequência direta do próprio estado de saúde” (p. 127).

Para Leal, (2008) a qualidade de vida deve ser vista numa perspectiva multidimensional, como o resultado da soma do meio físico, social, cultural, espiritual e económico, onde o indivíduo está inserido; dos estilos de vida que adota; das suas ações e da reflexão sobre si e sobre os outros e sobre o meio que o rodeia. É também a soma das expectativas positivas em relação ao futuro.

Segundo a OMS, a qualidade de vida pode ser avaliada tendo em conta quatro dimensões: física - percepção física que o indivíduo tem sobre a sua condição física; psicológica, percepção que o indivíduo tem sobre a sua condição afetiva e cognitiva; relacionamento social - percepção que o indivíduo tem sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados por si na vida; ambiente - percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados com o ambiente onde vive.

Num estudo de Bowling e Gabriel (2007) sobre teorias leigas de qualidade de vida na terceira idade, cujo objetivo principal foi examinar as definições, as percepções de qualidade de vida, dadas por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na Grã-Bretanha, os dados foram agrupados em temas ou categorias e revelaram como principais temas: as relações sociais, papéis e atividades sociais, atividades de lazer, saúde psicológica, perspectivas e bem-estar, casa e vizinhança, circunstâncias financeiras e independência. Digamos que os motivos mais importantes referidos pelos idosos prendem-se com a liberdade em fazer as suas actividades, sem quaisquer restrições, ter prazer e

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

satisfação com a vida, harmonia e bem-estar mental, ter bons relacionamentos sociais, companheirismo, intimidade, contacto e papéis sociais satisfatórios.

O estudo foi composto por 1.299 indivíduos, 62% (624) tinham idades entre os 65 e os 74 anos, 38% (375) eram idosos com 75 anos ou mais. Quanto ao sexo, 48% eram do sexo feminino e 98% eram brancos. Homens e mulheres em igual proporção, em cada faixa etária avaliada identificaram a sua qualidade de vida como boa ou menos boa. Somente 4% dos homens e 6% das mulheres identificaram a sua qualidade de vida como «muito boa, não poderia ser melhor» enquanto 78% do sexo masculino e 70% do sexo feminino rotulou a sua qualidade de vida como «muito boa» ou «boa» e os restantes idosos classificaram de «má, não poderia ser pior».

De acordo com a análise dos dados, os principais temas de qualidade de vida apresentados por ordem de importância foram os seguintes: relações sociais (81%); os papéis sociais e atividades (60%); outras atividades e gostar de estar sozinho (48%); ter saúde (44%); perspectiva psicológica/recursos (38%); casa e vizinhança (37%); finanças (33%) e independência (27%).

De uma maneira geral, as principais razões apontadas pelas pessoas nas entrevistas para explicar a importância desses temas para a sua qualidade de vida foram: 1) liberdade de fazer as coisas que deseja, sem restrições (quer em casa ou socialmente); 2) gozo, prazer e satisfação com a vida e harmonia mental; 3) relacionamentos sociais que lhes permitam ter acesso ao companheirismo, intimidade, amor, contacto social/envolvimento e ajuda; e 4) sentimento de segurança.

No que diz respeito à categoria “relações sociais”, a mais representativa nas respostas dadas pelos idosos, foram destacadas as relações de proximidade ou de intimidade, companheirismo e convívio pessoal, incluindo apoio e auxílio instrumental. As relações sociais permitem aos idosos sentirem-se valorizados, seguros, com alegria de viver e com uma boa autoestima. Na categoria das relações sociais estão incluídos a família, o parceiro e os amigos, como propiciadores/desencadeadores das boas relações sociais dos idosos.

As atividades sociais e de lazer, incluindo estar sozinho, representam a segunda categoria mais importante, pois permite aos idosos manter o contacto social e a conversação, ter prazer e diversão, sentindo-se valorizados e mantendo-se ocupados e

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

prevenindo a solidão. O envolvimento nas atividades locais e voluntárias é importante para manter o sentimento de utilidade e de autoestima.

O facto de ter saúde permite aos idosos terem qualidade de vida, pois dá-lhes liberdade para fazerem o que querem sem restrições, quer sejam atividades sociais ou domésticas, ter prazer e satisfação na vida. Foi referido pelos idosos que ter saúde permite-lhes participar em atividades físicas e de lazer, passear, conduzir e comer e beber o que desejam.

A perspetiva psicológica positiva também é de extrema importância para a qualidade de vida dos idosos, sendo referenciado que é necessário ter força e harmonia mental, sorte, ter boas lembranças de vida, aceitação da vida, ter força espiritual, não ter stress e sentimentos de solidão.

As razões decorrentes da casa e vizinhança são preditores de qualidade de vida para os idosos, porque lhes garantem prazer e satisfação de vida, convivência e segurança. A vizinhança é particularmente importante para que as pessoas se sintam seguras, protegidas, amparadas e não se sintam sozinhas. Embora, com menos expressão, as finanças também foram indicadas como fator contribuinte para a qualidade de vida, e não apenas por ser capaz de pagar bens essenciais, como a alimentação, casa ou medicamentos, mas também porque permite ao idoso desfrutar de coisas que gosta de fazer, como viajar, ter alguns luxos, ter passatempos e jogos de que gosta, não tendo de se preocupar se tem dinheiro suficiente para viver.

Por último, temos a importância dada à independência, como fator de qualidade de vida, isto porque segundo os inquiridos a sua independência contribui para a sua satisfação de vida, o facto de poderem socializar, de fazerem as coisas de que gostam sem restrições é muito importante. Algumas pessoas valorizam a disponibilidade de tempo e o afastamento do trabalho, o que lhes dá uma maior liberdade.

Para a sua qualidade de vida, as pessoas idosas, fruto do seu saber leigo, destacam principalmente as relações sociais, como fator predileto, a sua liberdade e independência, a satisfação vital, a harmonia mental, ter companheirismo, saúde, dinheiro e segurança.

No entanto, temos de ter presente que o estudo foi realizado na Grã-Bretanha, e cujos dados não podem ser extrapolados para Portugal, sem termos em conta os fatores culturais e sociais dos indivíduos idosos.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Num outro estudo realizado por Brown, Bowling, e Flynn (2004), ao pesquisarem sobre as teorias leigas sobre qualidade de vida em pessoas idosas em vários países do mundo, foram identificados vários fatores como principais aspetos da qualidade de vida, sendo de destacar o ter boa saúde, ser independente, ter boas relações familiares e sociais, ser ativos, ter felicidade, ter boas condições de vida e de habitação, oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento e acesso à religião. Com estes resultados, tal como no estudo anterior, conclui-se que a perspetiva leiga dos idosos sobre qualidade de vida é uma perspetiva multidimensional, onde vários fatores fazem parte e culminam num estado de vida positivo.

Outros estudos científicos têm sido realizados um pouco por todo o mundo, dada a importância atual do tema, no sentido de avaliar a qualidade de vida da população. Segundo o inquérito nacional de saúde, realizado em 2005/2006 quando foi considerada a avaliação da qualidade de vida, 50% das pessoas, aproximadamente, classificou-a como «nem boa nem má», havendo no entanto 40,9% das pessoas entre os 55 e os 64 anos que a consideraram de «boa» ou «muito boa», percentagem essa que diminuiu quando para 35,3% no grupo etário de (65-74 anos) e para 29,8% nas pessoas com mais de 75 anos. A qualidade de vida percebida pelos homens e pelas mulheres também é ligeiramente diferente, sendo de aproximadamente 10 pontos percentuais inferior nas mulheres, em todos os grupos etários (Ribeiro & Paúl, 2011).

Num estudo realizado por Castellón e Romero (2004) sobre a autoperceção da qualidade de vida em pessoas idosas, quando analisadas as diferenças entre homens e mulheres verifica-se que a perceção da qualidade de vida em mulheres é mais negativa do que nos homens. Entre os parâmetros que compõem a qualidade de vida, verificou-se que a saúde é mais importante na escala de valorização dos idosos de ambos os sexos. Concluíram também que, para as mulheres, a família, a saúde e o contexto onde viviam tinham maior importância na qualidade de vida que para os homens, apesar de, para eles, o mais importante ter sido o trabalho que realizaram. Grande parte destas diferenças entre homens e mulheres poderão ser explicadas pelo facto da mulher relacionar mais que o homem, a velhice, a problemas de viuvez e económicos.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Ferraz e Peixoto (1997), numa investigação sobre a qualidade de vida na velhice verificaram também que são vários os fatores que a influenciam, onde se destacam a religiosidade, a saúde e o convívio social e familiar, entre outros. No que diz respeito às suas condições de saúde, os inquiridos referiram que era excelente, apesar de 77,8% referirem ter alterações no seu estado de saúde, como diabetes, hipertensão, alergias, entre outros. Najman e Levive (1981) afirmam que as condições de saúde não se encontram relacionadas com o sentimento de felicidade ou satisfação com a vida. Quanto ao apoio social e familiar, foi verificado que 77,8% dos inquiridos podiam contar com o apoio de familiares, especialmente de irmãos e filhos e 7% informaram contar com o apoio de amigos, sendo importante conviver com pessoas da mesma faixa etária, tal como corroboram os estudos de Queiroz e Trinca, (1983).

Para Abellán (2003), ao analisar a qualidade de vida, ficou evidente que os idosos associam a qualidade de vida a uma boa convivência social, ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, intelectuais e de lazer.

Rubio, Aleixandre e Cabezas (2001), por sua vez num estudo sobre qualidade de vida e diferenças em função do sexo, a uma amostra de 450 sujeitos com idades superiores a 65 anos, voltaram a verificar que os homens apresentam pontuações mais elevadas que as mulheres no que diz respeito à qualidade de vida. Os fatores mais importantes para a qualidade de vida para ambos os sexos são: família, saúde, casa e a situação económica. No entanto, para o homem o fator mais importante para a sua qualidade de vida era o trabalho que realizou e para a mulher a família, a saúde e o contexto onde vivem, dados corroborados pelo estudo de Castellón e Romero (2004). Num outro estudo de Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) sobre qualidade de vida em pessoas idosas independentemente do género, concluíram que o fator mais importante é a saúde, seguida da capacidade de autonomia, de uma boa pensão e dispor de boas relações sociofamiliares e manter-se ativo. Também é referido que as pessoas com mais idade manifestam níveis mais elevados de bem-estar (Aznar & Andreu, 2005). No entanto, no estudo de Mesquita (2013), parece não existir um aumento ou diminuição dos níveis de satisfação e qualidade de vida com a idade.

Aznar e Andreu (2005) destacam ainda a importância do estatuto socioeconómico e do contexto como preditores de qualidade de vida em pessoas idosas. Segundo eles, parece existir uma relação entre o dinheiro, a idade e o género. O contexto onde vivem, e aqui

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

distinguimos a sua residência particular e o contexto institucional, também se revelou num aspeto importante na qualidade de vida. Segundo um estudo realizado por Rojo, Fernández-Mayorales, e Pozo (2000, citado em Aznar & Andreu, 2005) no que diz respeito à habitação, os preditores que mais se destacam na satisfação residencial são: a comodidade na cozinha e no banho, o tamanho e a distribuição da casa, o isolamento face a ruídos, humidades e temperaturas extremas e, por último, a suficiente luminosidade e ventilação. O conforto também é outro fator de satisfação com a casa. Por outro lado, também ficou comprovado que o contexto residencial, nomeadamente a segurança, a acessibilidade, a iluminação e atividades de carácter cultural também influenciam no bem-estar e qualidade de vida dos idosos. Por sua vez, os idosos institucionalizados, por diversas razões (doenças, solidão, morte do cuidador, etc.) num estudo de Ball, Whittington, Perkins, e Patterson (2000), verificaram que a autonomia e o controle percebido eram os aspetos mais importantes. Também Kruzich, Clinton, e Kleber (1992), ao elaborarem um estudo sobre a relação entre as variáveis organizacionais e a satisfação dos residentes, constataram que os aspetos importantes foram a limpeza e um contexto agradável. Consideravam-se menos satisfeitos com a elevada rotatividade dos técnicos de enfermagem e dos cuidadores. Rosenberg (1986) alertou para o facto de, em públicos institucionalizados, se dar mais atenção e prioridade a aspetos físicos e sanitários em detrimento de aspetos mais psicológicos ou afetivos.

Castelón, Pino, e Aleixandre (2001) também investigaram esta área e realizaram um estudo a 450 idosos sobre qualidade de vida e saúde e concluíram que a qualidade de vida subjetiva é maior nos homens do que nas mulheres, talvez pelo facto do envelhecimento ser percebido pela mulher de forma mais negativa. Os homens também têm uma melhor saúde autopercebida comparativamente com as mulheres. Quando correlacionada a autoperceção da qualidade de vida com a da saúde, verifica-se que os idosos associam um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida. A saúde é a principal preocupação dos idosos, influenciada por uma série de fatores sociais, como por exemplo os amigos, a disponibilidade económica e o nível académico alcançado.

Inouye e Pedrazzani (2007) também referem que o estatuto socioeconómico interfere com a perceção que os idosos têm da sua qualidade de vida, bem como um

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

elevado nível de instrução e participação em atividades sociais, resultam numa maior satisfação.

Fernández, Pérez, Garcia, e Rodríguez (2003) referem que a saúde é um domínio importante da qualidade de vida global, apesar de existirem outras variáveis pessoais e sócioambientais importantes, como a habitação, as redes sociais e familiares, aspetos culturais e económicos. Paúl, Fonseca, Martín, e Amado (2005) referem, no entanto, que a saúde continua a ser uma área fundamental da qualidade de vida, em especial para os idosos. No entanto, a perceção da saúde na qualidade de vida parece ser uma questão controversa. Segundo os autores, as dificuldades dos idosos em termos de saúde e o seu desempenho comportamental, associados a perdas e doenças várias, parece não ter grande impacto na qualidade de vida percebida. Este sentimento parece justificar-se através de um modelo de coping utilizado pelos idosos para se ajustarem às dificuldades. Ou seja, usam o coping assimilativo para diminuir as perdas atuais ou antecipadas através de ações compensatórias, diminuindo a discrepância entre o estado atual e o desejado ou ideal. O coping acomodativo, por sua vez, proporciona a adoção de objetivos e padrões de mais baixo nível ou exigência, permitindo assim manter o controlo sobre a vida (Brandtstadter, 1989; 2003, referenciados em Paúl et al., 2005). O coping acomodativo passa a operar, o que irá levar a que o idoso tenha uma perceção mais positiva da sua qualidade de vida.

Neste estudo conclui-se que a qualidade de vida é influenciada somente por fatores subjetivos, que influenciam em si mesmo a autoperceção do estado de saúde, ou seja, existe uma relação estatisticamente significativa entre a autoperceção da qualidade de vida e a autoperceção do estado de saúde. A qualidade de vida boa e muito boa coincidem com os estados de saúde autopercebidos como bons e muito bons e a pior perceção da saúde coincide com a pior perceção de qualidade de vida. Estes resultados permitem concluir que existe uma estreita relação entre o estado de saúde e a qualidade de vida percebida pelos idosos, e que existem diversas variáveis que influenciam os resultados, como o nível de instrução, o sexo, o estado civil e a rede social de apoio (amigos e familiares).

Num estudo de Santos (2008) sobre qualidade de vida e solidão na terceira idade, tal como em outros estudos já referenciados, a maior parte dos inquiridos eram do sexo feminino (feminização da população idosa). Os sujeitos tinham uma média de idades de 79, 06. Quanto à escolaridade, a maioria sabia ler e escrever, tinha a 4ª classe (40%), e 22,9%

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

eram analfabetos. Eram maioritariamente viúvos (54,3%). De um modo geral, os idosos apresentavam uma boa qualidade de vida.

Aznar e Andreu (2005) destacam também a importância das relações interpessoais e do apoio social na qualidade de vida dos idosos. No que diz respeito às relações familiares, parece que variáveis como estar casado, ter filhos e conviver com eles, parece interferir com várias dimensões do bem-estar psicológico dos idosos. Num estudo realizado por Martínez-Vizcaíno e Lozano (1998) com pessoas com mais de 65 anos, não institucionalizadas, revelou que os casados mostraram-se mais satisfeitos do que os outros que se encontravam solteiros, viúvos ou divorciados. Rubio e Aleixandre (2001) verificaram também que aqueles idosos que não tinham filhos apresentavam pontuações mais baixas de qualidade de vida comparativamente com aqueles que tinham filhos. As relações sociais e de amizade também parecem pesar no bem-estar subjetivo dos idosos e são importantes para a qualidade de vida (Chappell, 1983). Fernandez- Ballesteros (1997) concluiu num estudo que os idosos que vivem nas suas habitações dizem ter um maior número de contactos sociais do que aqueles que estão institucionalizados, pois obtêm um maior índice de integração e satisfação social. A idade parece ser a variável que oscila com a satisfação das redes sociais, pois à medida que a idade vai avançada os idosos ficam mais dependentes, saem menos de casa e isso diminui-lhes os contactos sociais. A família assume gradualmente um papel de maior proximidade e ajuda.

No que se refere à ocupação do tempo livre, Villar, Triadó, e Osuna (2003) examinaram os padrões de atividades quotidianas de uma amostra de idosos com 70 anos e a sua relação com a idade e o sexo. Concluiu que os idosos dedicam muito mais tempo as rotinas diárias de carácter instrumental, como por exemplo preparar a comida, limpar a casa, do que os mais jovens, e as mulheres muito mais tempo que os homens. O tempo para as atividades de lazer é superior nos homens do que nas mulheres, sendo que a sua atividade favorita é ver televisão e passear.

Destacamos ainda o estudo realizado por Paúl et al. (2005) sobre satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, numa comunidade rural e urbana, num total de 234 idosos, maioritariamente mulheres (61%), com uma média de idades de 75 anos e casados na sua maioria (63,7%). Foi possível concluir também que os idosos, quanto à avaliação global da sua qualidade de vida, 3% a avalia como “muito boa”, 24% como

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

“boa”, 41% como “nem boa nem má”, 21% como “má” e 11% como “muito má”. A qualidade de vida surge associada fortemente à idade, à educação, ao rendimento, à autonomia e à família e amigos. Verificaram neste estudo, através do modelo de regressão linear, onde os domínios da qualidade de vida eram a variável dependente e como variáveis independentes a idade, o género, o estado civil, o nível de educação, o rendimento, a perceção de saúde, o nível de autonomia, a rede de suporte social (família, amigos, confidentes) e os domínios de satisfação com a vida (solidão, atitudes face ao envelhecimento, agitação) que: a qualidade de vida física tem como preditores a perceção da saúde, o nível de autonomia, a idade, a educação e a solidão, que explicam no seu conjunto 71% da variância; a qualidade de vida psicológica tem como variáveis preditoras a perceção da saúde, a solidão, o nível de autonomia, os confidentes, a educação, a idade, e as atitudes face ao envelhecimento, o que explicam 62% da variância; a qualidade de vida social tem como preditores os amigos, o nível de autonomia, os confidentes e a solidão, que explicam 50% da variância; e que as variáveis da qualidade de vida ambiental são o nível de autonomia, o rendimento, a perceção da saúde, os amigos e os confidentes, que explicam 41% da variância. Verifica-se deste modo que o nível de autonomia é aquele que melhor consegue predizer a qualidade de vida, ainda que com pesos diferentes está associado a todos os domínios. A perceção da saúde prediz a qualidade de vida física, psicológica e ambiental. A idade é uma variável preditora da qualidade de vida física e psicológica. O nível de educação aparece como preditor da qualidade de vida física e psicológica, ao passo que o rendimento é um bom preditor da qualidade de vida ambiental. A solidão é o único domínio da satisfação com a vida que surge como preditor da qualidade de vida, exceto no domínio ambiental. Destacam ainda o facto de, para além da saúde real, a saúde percebida é um fator importante da satisfação e qualidade de vida, pois a saúde é extremamente importante e a sua falta pode contribuir para baixar a qualidade de vida dos idosos.

Por último, destaca-se o trabalho de Mesquita (2013) e de Passareli e Silva (2007), onde ambos referem existir uma relação entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida e os níveis de otimismo nos idosos.

Esta panóplia de estudos demonstram que a qualidade de vida atualmente se encontra relacionada com diversas aspirações individuais e coletivas, nomeadamente viver bem, ter saúde, ter um bom nível de vida, ser feliz, estar satisfeito com a vida, etc. No

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

entanto, ainda existe muito para investigar, pois dado o aumento da esperança média de vida da população, cada vez há mais idosos na sociedade que precisam de ajuda. Pois, viver até mais tarde e em boas condições implica obrigatoriamente intervenções em diversos domínios. Destaca-se aqui a necessidade de mais políticas, projetos de intervenção social para apoiar os idosos, de mais investigação científica que ajude a perceber cada vez melhor esta realidade, para se poder adequar as intervenções, de forma a fomentar uma melhor qualificação e capacitação dos técnicos que trabalham na área, entre outros, para evitar situações de solidão e isolamento, de pobreza e maltrato dos idosos.

### **3.3- Teorias leigas de felicidade na velhice**

O estudo da felicidade tem vindo cada vez a ser mais pesquisado, pois é um conceito que interfere na vida dos sujeitos de forma considerável. É um termo que pode ser associado a muitos conceitos, sendo uma tarefa difícil definir o seu significado. No entanto, a felicidade pode ser vista como um estado, que pode ser global, conseguido através de estados parciais ou situações de felicidade ou ainda como um sentimento geral que permite ler positivamente as diferentes situações de vida. Segundo Portela e Pires (2007), “A felicidade é um conceito que engloba o bem-estar subjetivo (BES) e a satisfação geral, portanto inclui as dimensões afetivas e cognitivas do indivíduo” (p. 45). Ainda segundo a mesma fonte, a felicidade e as relações afetivas encontram-se correlacionadas, pois estudos mostram que há uma maior felicidade entre os casados em comparação com os solteiros, divorciados e separados, e que as mulheres estão um pouco mais satisfeitas que os homens. A personalidade é um dos preditores mais fortes do bem-estar subjetivo. Alguns estudos sugerem que as pessoas extrovertidas apresentam índices de bem-estar mais elevados. Para Dinner (1995), a extroversão é um recurso que ajuda os indivíduos ao bem-estar, pois permite-lhes atingir certas metas com mais facilidade.

Existem várias investigações sobre a felicidade humana, pois já os filósofos Aristóteles e Sócrates a estudavam, considerando ser uma componente importante da vida de um indivíduo.

Destacam-se os trabalhos de Seligman, de Kahneman e Cohen, entre outros. Quer seja do ponto de vista psicológico, económico ou social a felicidade passou a ser um

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

constructo de estudo, de forma a perceber que causas e efeitos exerce na vida do homem. Muitas crenças e histórias se ouvem acerca da felicidade, sendo interessante fazer-se uma resenha da evolução histórica dos estudos realizados. Muito recentemente veio a público um estudo americano, publicado na revista científica *Proceedings of National Academy of Sciences*, realizado em 2008, a 355.334 pessoas com idades entre os 18 e os 85 anos e que concluiu que o índice de felicidade cresce a partir da terceira idade, ou seja, o sentimento de felicidade tende a aumentar a partir dos 50 anos. Dos 18 anos até à meia-idade a sensação de felicidade diminui gradualmente e volta a atingir níveis satisfatórios por volta dos 80 anos, no entanto estes resultados segundo alguns críticos carecem de aprofundamento.

Em quase todos os livros e artigos o tema da felicidade é do interesse das pessoas leigas, e nos últimos tempos quer a filosofia quer a psicologia têm especulado sobre as causas da felicidade (Campbell, 1976, 1981; Chekola, 1975; Csikszentmihalyi, 1975, 1999; Easterlin, 1974; Eysenck, 1983, 1990). Existe também uma vasta literatura sobre bem-estar subjetivo (Bradburn, 1969; Clemente & Sauer, 1976; Costa & McCrae, 1980; Diener, 1984; Diener & Emmons, 1984; Emmons & Diener, 1985).

No entanto, Eysenck (1990) refere que muitas das teorias leigas apresentadas sobre felicidade são mitos “temos encontrado inúmeros casos que são falsos, visto mais tarde serem desmentidos pela investigação psicológica” (p. 119) e também porque o nosso conhecimento de felicidade mudou muito para além das perceções, limitadas do senso comum (p. 125). Segundo Furnham e Cheng (2000), nenhum estudo examinou o nível de felicidade de um sujeito e de que forma as suas ideias e causas influenciam a felicidade dos outros.

Do ponto de vista académico, existe uma série de teorias que referem as causas de felicidade (Diener, 1984). Para as Telic teorias, a felicidade é adquirida quando algum estado objetivo é atingido ou quando uma necessidade é suprimida. Outras defendem que a felicidade é conseguida através das relações e interações sociais, atividades de lazer, entre outras. Para as teorias da comparação social, a felicidade resulta a partir da comparação entre um padrão e uma condição real. Ainda, segundo Diener (1984), existe a abordagem *top-down* versus *bottom-up*. A abordagem *top-down* refere que há uma propensão para experimentar coisas de forma positiva, ao passo que a abordagem *bottom-up* sugere que a felicidade é a soma de pequenos prazeres.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Um estudo de Furnham e Cheng (2000) sobre as teorias leigas de felicidade, numa amostra de 230 jovens, teve como objetivo analisar a estrutura e as percepções de pessoas leigas, em oposição ao conhecimento acadêmico, das causas da felicidade, bem como relacionar as causas de felicidade com a personalidade e a felicidade real auto-referida. O estudo revela-se também importante porque descreve o que as pessoas pensam sobre a felicidade, e que por sua vez pode relacionar-se com determinados comportamentos específicos, direcionados ao próprio ou aos outros, e que podem aumentar a felicidade. Os autores tinham como base para o seu ensaio algumas pesquisas anteriores que referiam que as pessoas leigas associavam a felicidade a causas como o suporte social, a personalidade, traços pessoais e algumas atitudes particulares. A amostra da investigação foi de 233 participantes, dos quais 75 eram homens e 195 eram mulheres. Variam entre 15-35 anos de idade e são estudantes. A média de idades é de 18, 23 anos e todos os participantes falavam inglês. Foram aplicados vários instrumentos de medida, um sobre as causas da felicidade, o Inventário de Felicidade de Oxford, a escala de autoestima de Roserberg e o Questionário de Personalidade de Eysenck.

Do estudo foi possível concluir que, no que diz respeito às causas da felicidade, segundo o questionário (COHQ), destacam-se os itens: i) ter pais amorosos; ii) ter amigos, (quer em quantidade quer em qualidade); iii) ter autoestima; iv) ter liberdade para escolher um trabalho e um estilo de vida; e v) ter uma perspectiva mais otimista sobre a vida (otimismo). O ter uma educação superior e ser mais inteligente são aspetos menos importantes para se ser feliz, segundo o estudo.

No que diz respeito à estrutura e aos determinantes leigos sobre as causas da felicidade, destaca-se como 1º fator a força mental e os traços de personalidade; como 2º fator as vantagens pessoais; como 3º fator a realização e liberdade de vida e no trabalho; como 4º fator o suporte social e a estima; como 5º fator a segurança; e como 6º e último fator o otimismo e o contentamento.

Os fatores referidos quando correlacionados com os traços de personalidade, a autoestima, a felicidade e o sexo, verificou-se que os homens acreditavam que a segurança (estar bem financeiramente e ter uma boa habitação) era um fator importante que contribui para a sua felicidade. Por sua vez, as mulheres acreditavam que as vantagens pessoais (como a educação superior, a inteligência e a beleza física) não são causas significativas

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

para a sua felicidade, prevalecendo sim o apoio social e a estima (ter amigos próximos e uma autoestima elevada) são uma importante causa de felicidade individual.

Os indivíduos que obtiveram uma pontuação elevada no Inventário Oxford de Felicidade acreditavam que o suporte social e a autoestima, o otimismo e contentamento, a segurança, a força mental e os traços de personalidade, a realização e liberdade de vida e no trabalho, bem como as vantagens pessoais são os fatores que causam felicidade, ou seja, a felicidade traço foi positivamente correlacionada com os cinco fatores apresentados. Os indivíduos extrovertidos apresentaram uma maior tendência em acreditar que a realização e a força mental, o suporte social e a estima, bem como a segurança são os fatores que contribuem para a felicidade individual, enquanto os indivíduos introvertidos não acreditam que as vantagens pessoais sejam um fator importante de felicidade humana. No entanto, o neuroticismo, psicoticismo positivo e negativo da autoestima não se correlacionam com nenhuma das seis teorias das causas da felicidade.

Para Furnham e Cheng (2000), os resultados apresentados no seu estudo são suportados por uma vasta literatura sobre as causas da felicidade. Concluem que os dados recolhidos junto de pessoas leigas sobre as causas da felicidade são os mesmos evidenciados empiricamente. Por exemplo, os indivíduos leigos defendem que o apoio social e a estima são um importante fator para a felicidade individual (ter amigos, ser amado pelos pais), o que (Argyle & Furnham, 1983; Campbell, 1976; Larson, 1978) já tinham constatado, as redes sociais (família e amigos) eram uma importante fonte de felicidade humana, embora este estudo não tenha sido realizado com públicos idosos revela algumas explicações interessantes.

Num outro estudo de Luz e Amatuzzi (2008), sobre as vivências da felicidade de pessoas idosas, embora seja um estudo de caráter exploratório e com uma amostra muito reduzida, com entrevistados com idades a partir dos 59 anos, foi possível verificar através da aplicação de uma entrevista não diretiva, que a dimensão familiar e a laboral tem grande importância, sendo fontes de felicidade. A família e a interação familiar são de extrema importância para o bem-estar do idoso, sendo uma fonte de proteção, segurança e afeto “felicidade é uma vida tranquila, estar tudo bem, tudo em harmonia, ter muita paz, muito amor com a família, com os netos, a família é muito importante” (Luz & Amatuzzi, 2008, p.305). Uma entrevistada referiu que para ela a sua fé era uma fonte de felicidade, as

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

relações sociais e a amizade “Se você tem fé faz tudo, não tem momentos de desespero como o resto do povo”. A espiritualidade e a fé apresentam-se como um fator de proteção que pode influenciar a vida dos idosos e proporcionar-lhe sentimentos positivos. Segundo Sad (2001, citado em Luz & Amatuzzi, 2008) confirma-se que a espiritualidade faz parte da vida e ajuda a que hajam sentimentos de missão cumprida, a que haja uma revisão e autoaceitação do percurso de vida do idoso, levando-os a ter sentimentos de bem-estar subjetivo positivo. Para concluir destaca-se que para estes idosos a família, as relações sociais, a atividade, a autonomia para fazer atividades e a espiritualidade são fontes de felicidade vivenciadas. Lima (2008) admite que a felicidade pode ser um indicador para completar os valores objetivos da qualidade de vida em pessoas idosas.

No estudo científico realizado por Vianna (2005) sobre a representação da felicidade no mundo ocidental, refere que sobre as variáveis como a idade, a educação, o sexo e a etnia, estas apresentam uma fraca relação com o bem-estar subjetivo. No entanto, em relação à variável casamento, os resultados demonstram que as pessoas casadas de ambos os sexos sentem mais felicidade do que as que nunca se casaram e as que estão divorciadas ou separadas. A variável casamento tem sido descrita como sendo aquela que apresenta uma maior correlação com a felicidade e o bem-estar subjetivo. Pessoas casadas, ou que vivem juntas, são em média mais felizes e apresentam melhor condição física e mental do que as pessoas que vivem sozinhas ou que nunca casaram. A satisfação com o casamento também é preditor da felicidade e da satisfação global.

Vianna (2005) refere ainda que segundo Giacomoni (2002) a felicidade tem tendência a aumentar com a idade, ou seja, o envelhecimento é preditor de felicidade. Na antiguidade Epicuro (citado em Vianna, 2005), refere “...não é ao jovem que se deve considerar feliz e invejável, mas ao ancião que viveu uma bela vida. O jovem na flor da juventude é instável e é arrastado em todas as direções pela fortuna; pelo contrário o velho ancorou na velhice como num porto seguro e os bens que antes esperou cheio de ansiedade e de dúvida os possui agora cingidos com firme e agradecida lembrança” (p.163). Quanto à variável escolaridade, quando correlacionada com medidas de felicidade, através do número de anos de estudo ou títulos obtidos, a correlação encontrada é pequena.

Dos estudos sobre aposentadoria, Argyle (1999, citado em Vianna, 2005) refere que, de um modo geral, os reformados são mais felizes do que os indivíduos que trabalham,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

sendo, no entanto, percebida uma pequena baixa nos indicadores de satisfação logo a seguir a entrada na reforma que passado pouco tempo são recuperados. Normalmente as pessoas mais felizes na reforma, são aquelas que se reformam de forma voluntária, estão com uma boa saúde física e não sofrem perdas, e são capazes de desenvolver atividades do seu interesse. Ainda segundo o mesmo autor, este revela que existem algumas pesquisas que indicam que a felicidade é maior nas pessoas que são religiosas, comparadas com as que não são. O impacto da religião sobre o sentimento de bem-estar é maior nas pessoas idosas, principalmente nas mulheres. Esta situação deve-se ao facto da igreja ser uma grande fonte de suporte social para os seus fiéis e promover comportamentos de boa saúde física (menor incidência de bebidas alcoólicas, de uso de drogas e de sexo promíscuo) e por outro lado o sentimento de aproximação a Deus, que também promove apoio social através das crenças na existência e na unidade. A religião aumenta os sentimentos de eficácia, controlo e segurança, favorecendo o bem-estar subjetivo (Giacomoni, 2002 citado em Vianna, 2005). Santo Agostinho refere “ A vida feliz não consiste em viver conforme a razão pura, senão conforme Deus, ou seja, conforme a razão ilustrada pela fé”. Os principais eventos que causam sentimentos de felicidade passam pelos relacionamentos com os amigos, o suporte social, as necessidades básica (comer, beber e ter sexo), bem como as experiências de sucesso. Num estudo de Larson (1990, citado em Vianna, 2005), as pessoas encontram-se com melhores humores quando estão na companhia de amigos, quando comparados com os momentos em que estão em família ou sozinhos. A felicidade acaba assim por se correlacionar com o número de amigos, frequência de encontros, assim como o facto de pertencer a grupos organizados. Aristóteles, citado por Vianna (2005), confirma a relação entre a felicidade e a convivência social “ ademais, considera-se que o homem feliz deve ter uma vida agradável. Ora se ele fosse um homem solitário, a vida seria penosa, pois não é fácil a quem está só estar continuamente em atividade. Entretanto com outros e visando aos outros, isso se torne mais fácil. Portanto, em companhia de outras pessoas, sua atividade será mais contínua e agradável em si mesma, como deve ser para um homem sumamente feliz ...” (p.164).

Para Diener, Suh, e Oishi (1997, citados em Vianna, 2005) as pessoas felizes experimentam com mais frequência acontecimentos positivos e têm mais facilidade em lidar com acontecimentos inesperados. Também segundo Csikszentmihalyi (1999), apesar

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

dos acontecimentos negativos que a vida lhes proporciona, os idosos consideram-se mais como felizes do que infelizes.

Campbell (1976) nos seus trabalhos concluiu que existia uma aproximação entre a felicidade e a satisfação com a vida. Concluiu igualmente que a aproximação de felicidade tinha sido capaz de medir melhor os aspetos afetivos de bem-estar (afetos positivos e negativos).

Não se poderá deixar de referir um dos estudos de maior impacto alusivo a esta temática, o Estudo de Berlim sobre Envelhecimento (The Berlin aging Study ou BASE de Baltes & Mayor, 1999). Este foi um estudo de carácter gerontológico e interdisciplinar com uma amostra de 516 indivíduos muito idosos, com uma média de idades de 84,9%, na cidade de Berlim. Este estudo permitiu concluir que a maioria dos idosos era feliz. Desses idosos 63% manifestavam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida presente, o mesmo acontecendo com a vida passada, onde 83% estavam satisfeitos. Também se revelaram otimistas em relação ao futuro, 63%. Estes dados relevam que ao contrário do que se pensa a velhice não acarreta perda de felicidade. Neste estudo revelaram-se ainda algumas correlações negativas, embora pouco significativas, entre o BES e a idade e o bem-estar global, a satisfação com a vida futura e o experimentar emoções positivas, ou seja, à medida que a idade aumenta dá-se uma diminuição dos constructos referidos. Simões (2006) refere que a maioria das pessoas é feliz.

Apesar do estudo de Furnham e Cheng (2000) ser o único encontrado na revisão da literatura sobre as teorias leigas de felicidade e sobre as principais causas apontadas pelos indivíduos, não se poderá esquecer que o público-alvo inquirido pertencia a um segmento jovem, estudante e num país culturalmente diferente de Portugal, não se devendo extrapolar estas conclusões quando se fala de públicos idosos, pessoas com um perfil diferente dos jovens, fruto da sua condição e experiência de vida.

### **3.4- Teorias leigas e satisfação vital na velhice**

A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e subjetivo têm sido alvo de várias interpretações.

Para Paúl (1996), a polémica começa logo na definição do conceito, daquilo que se entende por satisfação de vida, pois existe alguma dificuldade em fazer a distinção entre satisfação com a vida e constructos como bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, felicidade, ânimo, etc, os quais surgem muitas das vezes misturados, envolvendo aspetos em comum, levando à dificuldade na sua medição.

Novo (2003) refere que o bem-estar global é avaliado a partir da satisfação com a vida e da felicidade. A este propósito, Chistopher (1993, citado em Fonseca, 2006), refere que a satisfação com a vida é um conceito com grande variabilidade do ponto de vista cultural, cuja compreensão depende muito daquilo que se pretende alcançar na vida, quer daquilo que nos ensinam a valorizar para se ter uma vida satisfeita. A felicidade por sua vez é uma avaliação afetiva orientada para o bem-estar e traduzida pelo nível de afeto positivo, que corresponderá a uma predominação dos sentimentos positivos sobre os negativos.

Na tentativa de delimitar teoricamente estes constructos, Paúl (1992) considera que a satisfação com a vida “refere-se à avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, refletindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afetivo” (p. 62).

Segundo a autora, está-se perante conceitos mutidimensionais, que integram muitas coisas diferentes, “a questão é que nem as medidas de satisfação com a vida são exclusivamente cognitivas, nem as de ânimo são apenas afetivas e as escalas são muito intercorrelacionadas entre si, dificultando a perceção correta das variáveis que constituem o bem-estar psicológico” (Paúl, 1992, p. 62).

Paúl (1992) refere ainda que os modelos mais difundidos na abordagem da satisfação com a vida são do tipo interacionista, pois partem de uma perspetiva fatorial do constructo.

O conceito de satisfação com a vida foi incluído como um elemento integrado no estudo do bem-estar de pessoas de diferentes idades (Triádo, 2003, citado em Meléndez, Navarro, Olivier, & Tomás, 2009).

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

A satisfação com a vida é medida através de escalas, tendo sido utilizada neste estudo a (*Life Satisfaction Index*) a escala de Neugarten e Tobin (1961).

Caspi e Elder (1986) e Paúl (1992) entendem que a satisfação com a vida na velhice pressupõe uma comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que realmente foi alcançado, um balanço entre os objetivos previstos e as metas alcançadas. Para os autores, alcançar a satisfação na velhice subentende que se adote, ao longo da vida, formas de transação ideal entre o indivíduo e o ambiente, baseadas num ajustamento entre os recursos pessoais e as exigências impostas pelos acontecimentos de vida, sendo que o tipo de respostas, que as pessoas elegem como mecanismos de *coping*, acabam por fazer a diferença entre elas, quando envelhecem, em termos de bem-estar e satisfação.

Existem alguns aspetos que dificultam e outros que favorecem a satisfação com a vida em idosos. Não há evidências em como qualquer uma das mudanças associadas ao envelhecimento normal tenham um efeito negativo e uniforme sobre a satisfação de vida (Atchley, 1992, citado em Fonseca, 2006).

Para Lawton (1983, citado em Fonseca, 2006), já não é tão exata esta questão, pois uma incapacidade séria, física ou mental, pode ser um foco de ameaça à satisfação com a vida em qualquer idade, e em particular na velhice. Paúl (1992) realizou um estudo a 130 idosos de ambos os sexos, que viviam em lares ou em comunidade e concluiu que a solidão surge como o principal aspeto de toda a problemática relativa à satisfação com a vida e ao bem-estar psicológico do idoso, independentemente do contexto onde ele vive. Ainda neste estudo foi verificado que os idosos analfabetos vêm aumentada a sua solidão, pelas dificuldades que têm no acesso à informação, escrita e falada, reforçando mais ainda o seu isolamento. Esta ideia é corroborada por Barreto (1984), para quem os níveis mais elevados de solidão ocorrem em classes mais baixas, com poucos interesses específicos e com uma baixa capacidade de ocupação em atividades de índole pessoal.

Quanto aos fatores que promovem a satisfação com a vida, Lawton (1983) refere que a manutenção das capacidades funcionais que suportam a autonomia é basilar para uma vida boa. Segundo Fonseca (2006), “A manutenção de um sentido de continuidade de envolvimento na vida (...) e a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de atividades que proporcionem bem-estar, surgem como estratégias adequadas para garantir uma efetiva satisfação de vida” (p. 66).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Meléndez, Navarro, Olivier, e Tomás (2009) realizaram um estudo sobre satisfação vital em pessoas idosas e verificaram, numa amostra de 476 sujeitos, que nem a idade nem o género têm uma influência determinante sobre a satisfação vital. Isto apesar de outros estudos, como os de Triadó (2003, citado em Meléndez et al., 2009), se verificar que com o aumento da idade, sobretudo depois dos 65 anos, a satisfação vital tende a diminuir. No que diz respeito ao género, neste estudo não se verificaram diferenças significativas entre homens e mulheres. Embora quando cruzada a variável idade com o sexo, as mulheres mais jovens têm uma satisfação mais elevada que os homens. No que diz respeito ao estado civil, encontram-se algumas diferenças significativas, pois os viúvos são o grupo que apresenta níveis mais baixos de satisfação vital, dados que corroboram com os estudos de Triadó (2003, citado em Meléndez, et al., 2009). Para Garcia (2002), muitos destes estudos têm mostrado uma maior prevalência e incidência de desordens tanto físicas como psicológicas, assim como uma menor esperança de vida entre as pessoas viúvas, pois o matrimónio é considerado como um dos maiores preditores de satisfação com a vida. Em relação ao nível de estudos, foi observado que o grupo de idosos com maiores estudos também apresentava maior satisfação vital, dados afirmados também por Subas e Hayran (2005). García (2002) refere ainda que a educação pode ter influência no bem-estar subjetivo, através do seu papel mediador na adaptação a mudanças que ocorrem ao longo da vida. Quanto à interação entre o estado civil e o género, verifica-se que em ambos os grupos os casados parecem ser aqueles que apresentam uma satisfação vital mais elevada. Quanto à interação entre o estado civil e o nível de estudos não houve dados que concluíssem esta relação.

Os trabalhos de (Connidis, 1989; Markides & Lee, 1990; Ryff, 1995, citados em Fonseca, 2006), parecem demonstrar um ajustamento favorável do bem-estar psicológico ao envelhecimento. Isto revela que na maioria dos casos a velhice não está associada a infelicidade, insatisfação, baixa autoestima, desânimo, pelo contrário os idosos parecem ter uma visão positiva da velhice. Quando correlacionado o bem-estar psicológico com o estatuto socioeconómico e educacional, as redes sociais, a competência e a saúde (Pinquart & Sorensen, 2000), verifica-se que o estatuto socioeconómico e educacional pode contribuir para o bem-estar psicológico, através da qualidade de vida objetiva, ou seja, quanto mais dinheiro disponível, melhores condições habitacionais, maior participação em atividades culturais, sociais e de lazer, maior poder de compra e um nível educacional mais

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

elevado está também associado a um melhor conhecimento dessas atividades, promovendo a sua utilização, podendo este estatuto estar associado à prevenção de fatores stressantes. O suporte social, por sua vez, parece trazer igualmente vários benefícios para o bem-estar psicológico, nomeadamente o facto do indivíduo ser respeitado e aceite socialmente, o de reduzir o impacto de fatores stressantes sobre o bem-estar psicológico, influenciando as estratégias e os processos de coping. No entanto, as relações sociais podem ter consequências negativas para o sujeito, não representando uma fonte de suporte, podendo afetar o autoconceito e o bem-estar psicológico do indivíduo. A doença e a incapacidade podem deteriorar a qualidade das relações sociais. Quanto à variável saúde, perante a ameaça ou a perda da mesma, os idosos continuam a apresentar índices de bem-estar elevados. O declínio gradual da saúde com o passar dos anos parece não provocar danos acentuados no bem-estar.

Paúl et al. (2005) referem e corroboram os dados supramencionados, pois referem que os idosos casados apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida, as mulheres mostram sentir mais solidão/insatisfação e maior agitação. Neste estudo, a família parece não estar associada à satisfação com a vida e os amigos apenas parecem ter uma associação com o nível de agitação/ansiedade. A autoavaliação da saúde surge associada à satisfação com a vida. Quando aplicado um modelo de regressão linear para cada um dos domínios da satisfação com a vida (variável dependente) e a idade, género, estado civil, nível de educação, rendimento, perceção da saúde, nível de autonomia e a rede de suporte social (família, amigos, confidentes) verificou-se que: para a solidão/insatisfação, os preditores são a perceção da saúde, o rendimento, os amigos, os confidentes, o género, explicando 41% da variância; relativamente às atitudes face ao envelhecimento, as variáveis preditoras foram os amigos, o rendimento, a família, que explicam 7% da variância; e no que se refere à agitação/ansiedade, as variáveis preditoras são a perceção da saúde, o género, e a família, que explicam 29% da variância. A satisfação com a vida pode assim prever-se a partir da rede de suporte social e atitudes face ao envelhecimento.

No entanto, os idosos não apresentam menos satisfação com a vida do que outros grupos etários, apesar de terem problemas de variada ordem associados (saúde, financeiros, etc...) segundo Oliveira (2005).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Barros (2004) refere também que as condições de vida, tais como a saúde, o nível socioeconómico, o ambiente social não explicam por si só o bem-estar das pessoas em geral, e dos idosos em particular. A felicidade parece depender de outras variáveis, como as características de personalidade e de influências que ocorreram ao longo do percurso de vida. A saúde surge como uma preocupação prioritária e uma das variáveis determinantes de satisfação com a vida.

Ardelt (1997) combinou a personalidade com o desenvolvimento individual, através do conceito de sabedoria, que se revelou um indicador da satisfação com a vida. Segundo ele a sabedoria, definida como um mesclado de qualidades cognitivas, reflexivas e afetivas, exerce uma influência profunda na felicidade.

Baltes e Mayer (1999, citados em Neri, 2001) descreveram que a satisfação global com a vida em idosos é alta, independente da idade. Os sentimentos de solidão emocional aumentam com a idade, os de isolamento social mantêm-se estáveis.

Simões (2006), ao referir-se a um estudo realizado na cidade de Coimbra a uma amostra de 1202 participantes, dos quais 113 eram idosos, com uma média de idades de 78,14%, concluiu que, no que concerne a satisfação com a vida, avaliada através da escala (*The satisfaction with life scale - SWLS*), a média encontrada foi de 15,62, sendo que os valores se localizam entre 5 a 25 pontos, o que indica que o BES cognitivo e emocional eram positivos. De um modo geral, em todos os itens a maioria dos idosos se dizia razoavelmente satisfeita com a vida. Estes resultados são coincidentes com o estudo de Berlim, onde 63% dos idosos se manifestavam satisfeitos com a vida.

Nos estudos de Michalos (1986, citados em Aznar & Andreu, 2005), a satisfação com a vida e a felicidade também se explicam pela satisfação com o parceiro, com a saúde, com a casa, com a segurança económica e com as amizades. A satisfação com o parceiro é sem dúvida a que apresenta um maior impacto sobre a felicidade, e a satisfação com a saúde tem um maior impacto sobre a satisfação global com a vida. Mesquita (2013), ao realizar um estudo com públicos idosos, também verificou haver um nível de satisfação com a vida mediano, visto que o valor médio da pontuação total da escala foi de 18,17 ( $DP=4,720$ ).

Por último, Luísa (2009) num estudo realizado sobre qualidade de vida em pessoas idosas também verificou que a satisfação com a vida é mais elevada nos homens do que nas

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

mulheres, bem como nos indivíduos casados, não havendo qualquer relação com a variável idade e escolaridade. Neste estudo foi possível ainda encontrar uma correlação positiva entre a satisfação com a vida e o otimismo, ou seja, a satisfação com a vida tende a ser maior na medida em que o otimismo também aumenta.

Concluiu-se assim que existe uma vasta gama de estudos sobre satisfação e bem-estar com a vida na velhice. A satisfação com a vida, a felicidade e o bem-estar nos idosos encontram-se relacionados entre si, com as condições de saúde e com os antecedentes influentes no percurso de vida do indivíduo.

No entanto, e no que diz respeito às teorias leigas que os idosos apresentam sobre os conceitos já mencionados, não se encontraram estudos na revisão literária. Existe muita investigação sobre satisfação com a vida e conceitos relacionados, mas no que concerne as teorias leigas, sentido comum do saber dos idosos sobre o que entendem por satisfação vital e que fatores interferem na sua satisfação com a vida não se encontraram referências.

### **3.5- Teorias leigas e otimismo na velhice**

Os conceitos de otimismo e pessimismo dizem respeito às expectativas das pessoas em relação ao futuro. O otimismo contém componentes cognitivos, emocionais e motivadores. É um conceito que tem as suas raízes em séculos de sabedoria popular e num grande número de teorias psicológicas acerca da motivação, segundo Carver et al., (2009). O otimismo pode ser considerado como uma característica cognitiva, uma meta a atingir com realizações futuras.

O conceito de otimismo disposicional refere-se “às expectativas generalizadas positivas de obtenção de resultados desejados, ou seja, à tendência em acreditar que o futuro reserva mais êxitos do que fracassos” (Scheier & Carver, 1985, citado em Batista, 2009, p. 15). O otimismo disposicional diferencia-se do conceito de otimismo situacional, pois este diz respeito às expectativas positivas em relação a uma determinada situação. Segundo os autores, esta variável de personalidade é considerada uma característica estável de personalidade, embora possam ocorrer situações em que um indivíduo apresente uma expectativa global otimista, enquanto apresenta uma expectativa pessimista para situações concretas (Scheier, Carver, & Br., 2001).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

O estudo do otimismo disposicional foi impulsionado pelo modelo de autorregulação comportamental, proveniente das ideias de Carver e Scheier, que esta essencialmente orientado para a concretização de objetivos desejados. As pessoas tendem a organizar o seu comportamento consoante os seus objetivos positivos, tentando evitar resultados negativos. O indivíduo otimista apresenta expectativas elevadas de alcançar os seus objetivos ou obter resultados positivos, sentindo um conjunto de emoções positivas. Pelo contrário, um indivíduo pessimista não espera obter resultados positivos e como tal é natural que experimente um conjunto de sentimentos negativos. Segundo a teoria do otimismo disposicional, as causas do otimismo e do pessimismo não são claras, no entanto alguns estudos revelam que 33% se deve a um fator de herança genética (Scheier et al., 2001).

Diversos estudos referem a relação lógica existente entre a influência do otimismo e do pessimismo no comportamento e nas emoções das pessoas, promovendo o seu bem-estar físico e psicológico (Seligman, 2000). Os estudos revelam ainda o valor do otimismo em relação à saúde e ao bem-estar, bem como o seu papel mediador em relação a eventos stressantes. Pessoas com problemas ou que se encontram em sofrimento ou ainda que sofra de doenças graves, o otimismo pode ajudá-las mediando esses sentimentos. O otimismo pode também funcionar como um potenciador de bem-estar e de saúde naquelas pessoas, que não sofrendo de nenhuma perturbação ou doença específica, desejam melhorar a sua qualidade de vida (Seligman, 2002).

Um estudo da Universidade da Califórnia refere que uma atitude positiva perante a vida proporciona melhor felicidade na velhice. O otimismo é considerado como uma atitude de fazer frente às coisas mais importantes na vida, é a inclinação das pessoas em esperar resultados favoráveis e positivos. Na Holanda descobriram que as pessoas otimistas vivem mais e melhor. Também num estudo realizado pela University College London, as pessoas otimistas apresentam níveis mais baixos de cortisol, uma hormona que contribui para elevar a pressão sanguínea e debilitar o sistema imunitário. A investigação demonstrou que as pessoas mais positivas e felizes têm melhor saúde e mantêm-se mais jovens do que aquelas que vivem em stress e são pessimistas. O otimismo é assim considerado como uma medida de longevidade. Grinberg e Grinberg (1999) também referem que o otimismo pode fortalecer o sistema imunológico ou pelo menos reduzir o efeito do stress, segundo uma

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

pesquisa realizada nos Estados Unidos. O idoso otimista tem mais probabilidades de ser saudável. Os idosos otimistas têm tendência a viver melhor do que os idosos pessimistas. Os idosos otimistas apresentam um melhor sistema imunológico, que auxiliam o organismo contra os agentes externos, nomeadamente bactérias e vírus.

No estudo realizado por Azevedo (2009) sobre felicidade e otimismo em idosos portugueses, verificou-se que a média de otimismo da amostra foi de 12,5 e o desvio padrão de 12,4, valores semelhantes aos níveis de otimismo da população portuguesa em geral, que apresenta uma média de 12,4 e desvio padrão de 3,4 (Faria, 1999). Concluiu também que o otimismo varia com as variáveis sociodemográficas. Os mais felizes têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos, os homens destacam-se face às mulheres com valores mais altos de otimismo, e um nível educacional alto também promove níveis de autoestima elevados, assim bem como os rendimentos.

Segundo um outro estudo realizado na Universidade Yeshiva, pelo professor Eliezer Schnall, as pessoas que frequentam cultos religiosos regularmente têm 56% a mais de probabilidade de ter uma visão otimista do que as outras. Elas também mostraram ter 27% a menos de probabilidade de terem depressão. Por outro lado, o estudo também revela ainda que as mulheres idosas que frequentam o culto religioso são mais felizes.

No Estudo de Berlim sobre Envelhecimento (The Berlin aging Study ou BASE de Baltes & Mayor, 1999), realizado a uma amostra de 516 indivíduos muito idosos, verificou-se que 63% dos inquiridos se revelaram otimistas em relação ao futuro, tal como já mencionamos.

No estudo de Mesquita (2013), ao analisar o otimismo numa população idosa, esta obteve uma pontuação total de 13,10 ( $DP=4,302$ ). Verificou igualmente que as mulheres são menos otimistas que os homens na velhice. Também Luísa (2009) verificou que o valor do otimismo é mais elevado nos indivíduos do género masculino, sendo também superior nos indivíduos casados face aos solteiros, divorciados ou viúvos. A idade e a escolaridade não se revelaram significativas em ambos os estudos.

O otimismo, tal como já foi referenciado pode ser uma variável bastante importante no decurso de vida das pessoas, promovendo-lhes saúde e qualidade de vida. O objetivo deste ponto era abordar as teorias leigas de otimismo na velhice, o que não foi possível de concretizar, pois não se encontraram referências nesse sentido.

### **3.6- Teorias leigas e stress na velhice**

Falar de stress no mundo atual é muito frequente, uma vez que se encontra associado à vida agitada e repleta de mudanças rápidas, que exigem profundas transformações nos comportamentos, atitudes e valores dos indivíduos. O stress assume-se como “um símbolo cultural do nosso tempo, definido por estruturas internacionais, como a Organização Mundial de Saúde e as Nações Unidas, como «uma verdadeira epidemia mundial» ou «doença do século XXI» (Pinto & Silva, 2005, p.13).

Os seres humanos esforçam-se por atingir um estado de equilíbrio dinâmico, a homeostase. No entanto, esse estado pode ser ameaçado por um conjunto de variáveis internas ou externas, de natureza biológica ou psicológica, por um conjunto de fatores destabilizadores para o organismo. Conforme a situação, o organismo poderá ou não restabelecer a sua condição, através de um conjunto de respostas adaptativas. Caso isso não se verifique, o indivíduo poderá estar perante um quadro de stress.

Historicamente, a palavra *stress* foi introduzida pela primeira vez no ano de 1926, pelo médico Hans Selye, ao perceber que muitas pessoas sofriam de várias doenças físicas e reclamavam de alguns sintomas em comum. Tal observação acabou possibilitando o incremento de várias outras pesquisas médicas na área, as quais, posteriormente, levaram Hans Selye a definir o *stress* como um desgaste geral do organismo (Lipp *et al.*, 1993, citado em Araújo, 2001). Para Selye, o *stress* diz respeito à resposta não específica do organismo a cada demanda em particular. Os estressores correspondem aos estímulos que induzem mudanças na estrutura e na composição química do corpo, ao passo que o *stress* refere-se à reação induzida pelos estressores. A totalidade dessas reações corresponde à *Síndrome de Adaptação Geral* (SAG), que evolui em três estágios: alerta, resistência e exaustão (Castro, 1995).

A *Síndrome de Adaptação Geral* corresponde a uma evolução do conceito do *stress*, uma vez que o estado do organismo é avaliado em função da totalidade das alterações acarretadas pelo *stress*, que envolve uma progressão quanto à permanência e à intensidade dos efeitos dos estressores envolvidos sobre o organismo (Araújo, 2001).

Definir o termo *stress* envolve uma tarefa complexa, posto que as concepções individuais acerca do mesmo diferem consideravelmente, pois o termo pode significar

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

muitas coisas, dependendo a sua definição da pessoa que o define. Uma das definições clássicas de stress foi a defendida por Lazarus e Launier (1978, citado em Ogden, 2004, p. 285), que consideravam “o stress como uma transação entre as pessoas e o ambiente. Para os psicólogos, um estado de stress é provocado pelo ambiente externo, muitas vezes ameaçador, como por exemplo a perda de emprego, a morte de um familiar ou amigo, uma doença, etc. O stress é visto como algo que envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas”.

A investigação do stress tem seguido duas orientações, pois pode-se falar em stress perigoso, nocivo (*distress*) e de stress positivo, benéfico (*eustress*).

Segundo Pinto e Silva (2005), as classes de situações indutoras de stress podem ser agrupadas da seguinte forma: acontecimentos traumáticos (ameaça de morte, violação, rapto, incêndio); acontecimentos significativos de vida (morte de um filho, a perda de emprego); situações crónicas indutoras de stress (ter conflitos diários com o cônjuge ou patrão, viver num bairro perigoso); fatores microindutores de stress (perder muito tempo no trânsito, ter um amigo chato que fala sempre nos mesmos assuntos); fatores macroindutores de stress (dificuldades em conseguir emprego, recessão da economia, subida das taxas de juro, etc). Atualmente assume-se que nem todas as pessoas reagem da mesma forma ao stress, pois a sua vulnerabilidade encontra-se relacionada com fatores biológicos, psicológicos, de personalidade e sociais.

Um das principais razões para o estudo do stress é o seu efeito sobre o estado de saúde dos indivíduos, pois este pode afetar a saúde através de mudanças comportamentais ou fisiológicas.

Para Figueiredo (2007, p.153) existe uma grande diversidade de definições de stress, reflexo de três grandes linhas de orientação: a tradição do stress fisiológico ou médico, que analisa as reações biológicas do organismo perante estímulos adversos, onde se enquadra o modelo estímulo-resposta de Seyle; a tradição sociológica, que procura estudar as causas sociais do stress; e a corrente psicológica, que procura perceber os processos de transações contínuas entre o indivíduo e o meio ambiente. Os modelos transicionais de stress, onde se destaca o modelo de Folkman e Lazarus (1984), parecem ser aqueles que reúnem mais consenso para explicar este fenómeno que afecta todos nós. Folkman e Lazarus (1984) definem o stress “como uma relação entre a pessoa e o ambiente,

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

relação essa que é avaliada pelo indivíduo como relevante para o seu bem-estar, e na qual os recursos pessoais são esgotados ou excedidos” (p.152). Este modelo é entendido no contexto da relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde o indivíduo tem um papel ativo, que age as suas trocas com o ambiente.

No que se sabe não existem muitos estudos sobre as teorias leigas de stress. Um leigo pode definir o stress como “Uma pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como resposta emocional” (Ogden, 2004, p. 285), no entanto pouco se sabe sobre este tema. Destaca-se o trabalho de Furnham (1997) sobre as teorias leigas de stress em contexto laboral. Ele examinou as crenças leigas das pessoas sobre as causas, manifestações, consequências e alívio do stress ocupacional. Da análise destaca-se que a educação e o género pareciam ser os preditores mais importantes e consistentes sobre as teorias leigas de stress.

No que diz respeito a estudos realizados com públicos idosos sobre o tema das teorias leigas de stress, desconhecem-se, pois na revisão bibliográfica efetuada não foi encontrada nenhuma referência. No entanto parecem existir alguns estudos científicos sobre o tema.

Nos trabalhos de Nacarato (2000), este refere que situações que geram mudança na vida do indivíduo, sejam elas positivas ou negativas, tornam-se fontes de stress e provocam desgaste no organismo, podendo levar em casos extremos a situações de doença. Porém, nem todo o stress é mau, pois segundo o autor, é necessário ter algum nível de stress no dia-a-dia para se viver com energia. No entanto, o grande desafio é saber administrar esse stress, para que não ultrapasse os limites biológicos de cada um.

A fase do envelhecimento envolve inúmeras mudanças, o que faz com que os idosos estejam expostos a diversos fatores stressantes, que podem resultar num aumento de doenças físicas e psicológicas, chegando a comprometer a sua qualidade de vida, caso não haja uma adaptação saudável, embora isto seja um processo individual. “Dessa forma, a maneira de ser do indivíduo é que se pode constituir numa fonte geradora de stress, quando causa, por exemplo, ansiedade excessiva, por ter dificuldade em se colocar adequadamente nas situações, em expressar afeto e necessidades, e por ser uma questão de aprendizagem, pode sofrer alterações” (Nacarato, 2000, p.142).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Para Nacarato (2000, p.143), e segundo vários estudos, existe uma série de fontes de stress na velhice, nomeadamente: os assuntos relacionados com a família – provavelmente, porque na velhice ocorre uma quebra no convívio social, levando a uma maior proximidade dos familiares, além do que, os familiares muitas vezes se tornam os cuidadores do idoso a longo prazo; preocupações com a autolimitação e dependência, assim como com as doenças, que são frequentemente apontadas como geradoras de tensão, a proximidade com o conceito de morte, muitas vezes, se faz presente pela perda de familiares e amigos; e por último assuntos relacionados com as finanças e a casa revelam-se uma intensa fonte de stress para o idoso. Por sua vez, Goldstein (1995b) refere também dois tipos de mudanças que podem causar stress na vida de um sujeito idoso: as mudanças internas e as mudanças externas. Os tipos de eventos stressantes com os quais um indivíduo tem maior probabilidade de se confrontar variam de acordo com o estágio do seu curso de vida. “Assim, em virtude das mudanças físicas, psicológicas e sociais comuns à faixa etária, os idosos têm maior probabilidade de enfrentar eventos stressantes específicos, diferentes daqueles enfrentados pelos mais jovens” (p.145). Neri (1993) relata também que existe a crença de que os mais velhos são mais vulneráveis aos efeitos adversos do stress do que as pessoas mais novas.

Goldstein (1995b), no que se refere aos acontecimentos de vida stressantes vivenciados pelos sujeitos, os mais mencionados são a morte de um outro membro da família (33,3%), diminuição das atividades que fazia e apreciava (33,3%), doença ou limitação pessoal (31,7%), diminuição da memória (30,0%) e doença grave de um membro da família (30,0%). No entanto, destaca que estes fatores não são necessariamente considerados os mais stressantes ao nível da intensidade em comparação com aqueles menos vivenciados. Nesta fase a perda/morte de parentes e o aparecimento de doenças destacam-se com fontes elevadas de stress, tornando-se eventos difíceis e que implicam um ajustamento de toda a família.

Araújo (2001), num estudo sobre velhice e stress, desafios contemporâneos, verificou que 42% da população estudada, 60 mulheres idosas, apresentava stress, enquanto 58% não apresentava stress. A idade das entrevistadas variou entre os 60 e os 81 anos, sendo que a maioria se encontrava entre os 60 e 70 anos (75%). A maior parte das mulheres era viúva (40%), possuía o ensino fundamental incompleto (61%) e era aposentada (62%).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

No que se refere aos sintomas do *stress* ( $p < 0,05$ ), (72%) apresentam uma predominância de sintomas físicos de *stress*, contra apenas (28%) de sintomas psicológicos. Dos principais sintomas físicos elencados pelos sujeitos, encontram-se: cansaço constante (61%); sensação de desgaste físico constante (57%); tontura/sensação de estar flutuando (48%); problemas com a memória (48%) e mal-estar generalizado, sem causa específica (48%). Já no que diz respeito aos sintomas psicológicos, os principais foram: pensar constantemente num só assunto (52%) e dúvida quanto a si própria (39%). Estes dados são compatíveis com os de Silva et. al (2001), que mencionam que 93% dos sintomas existentes na população sexagenária se referem à área física. Também Moreno (1999), num outro estudo, menciona que o item cansaço constante e a sensação de desgaste constante são muito significativos.

No que diz respeito à faixa etária, Araújo (2001) refere que os que se encontram entre os 76-81 anos apresentam um maior percentual de pessoas stressadas (75%), sendo que os que se encontram entre 60-70 e 71-75 anos representam um percentual de 40% e 14% respetivamente. Isto sugere que na fase da velhice, quanto mais velhos são os sujeitos, maior probabilidade têm de apresentar stress.

No que se refere aos eventos de vida estressantes egocêntricos e não egocêntricos vivenciados pelos sujeitos, os mais elencados foram: morte de outro membro da família (36,7%); decréscimo das condições de vida (33,3%); diminuição de atividades que aprecia (33,3%); doença ou limitação pessoal (31,7%); diminuição da memória (30,0%); e doença grave de um membro da família (30,0%).

A velhice, apesar de fazer parte de um processo natural do ciclo da vida, consiste numa fase onde o idoso assume novos papéis, novas atividades, o que o leva a uma mudança no estilo de vida, que por vezes pode provocar estados de stress.

Em síntese, sabe-se que muitas variáveis podem levar ao stress na velhice, destacando-se o estilo de vida, as perdas de entes queridos, as doenças de variada ordem, que vão surgindo com o avançar da idade, e tudo isto tem de ser diagnosticado e tratado precocemente, para que o idoso não sofra de depressões, isolamento, desespero, apatia, baixa autoestima, prejudicando a sua qualidade de vida e manutenção de vida diária.

#### **IV- Espiritualidade e religião na terceira idade**

##### **4.1-Espiritualidade e religião do idoso**

Na sociedade atual assiste-se a um crescente interesse pelo tema da religião e da espiritualidade, por parte de diversas ciências (psicologia, medicina, sociologia, filosofia, entre outras).

A espiritualidade (vem do latim *spiritualitas* e *significa* golfada de ar) é um conceito mais amplo do que religião (que vem do latim *religare* e significa forçar a juntar) e inclui transcendência, ligação, intencionalidade, e valores. A religiosidade tem sido definida como a “participação em crenças, rituais e atividades próprios de uma religião tradicional” (Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, & Saunders, 1988, p. 8).

A espiritualidade é o “modo pelo qual as pessoas entendem e vivem as suas vidas tendo em conta o seu significado e valor últimos” (Muldoon & King, 1995, p. 336) ou como um processo experiencial, cujas características incluem procura de significado e propósito, transcendência (a sensação que o ser humano é mais do que existência material), laços e valores (Mueller, Plevak, & Rummans, 2001). É considerada como “um estado de paz e harmonia” (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen, & Stollenwerk, 1985, p. 151), exprime a capacidade para encontrar a divindade no status quo da vida, e essa transcendência ajuda a ultrapassar os problemas e circunstâncias desagradáveis presentes (Brewer, 1979). Contribui também para “encontrar respostas satisfatórias para as questões últimas sobre o sentido da vida, doença e morte” (Highfield & Cason, 1983, p. 187).

A espiritualidade é mais ampla que a religiosidade, é “uma experiência subjetiva que existe tanto dentro como fora dos sistemas de religião tradicionais” (Vaughan, Wittine, & Walsh, 1998, p. 497).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

As definições de espiritualidade variam amplamente ao contrário do tema da religiosidade, que engloba crenças específicas, tradições, rituais e contextos. A espiritualidade engloba projetos de vida e sentimentos de transcendência. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a espiritualidade implica transcendência, ligação, propósito e valores (fé, perdão, gratidão, amor e sensação de pertença).

As inúmeras definições que nos surgem sobre o tema revelam a importância da espiritualidade enquanto um domínio em que as pessoas podem encontrar um sentido para sua vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves.

Uma definição científica de espiritualidade não pode depender de contextos religiosos particulares, deve ser acessível e observável independentemente de crenças pessoais, e pode ser utilizado para caracterizar uma pessoa (Miller, 1998, citado em Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

Várias têm sido as investigações realizadas sobre o tema quer seja na área da saúde como na área social. Em psicologia assiste-se a uma autêntica produção literária sobre o tema (Barros, 2007). Destacam-se alguns trabalhos realizados: espiritualidade, coping religioso, bem-estar físico e emocional, qualidade de vida de Hills, Paice, Cameron e Shott, (2005); espiritualidade, trabalho realizado a um público-idoso de Becker e Newsom (2005); dimensão espiritual humana/espiritualidade de Delaney (2005); qualidade de vida relacionada com a espiritualidade, sentimentos religiosos de Noguchi et al. (2004), experiências religiosas e espirituais de Smith e Orlinsky (2004), mencionados por Leal (2010). Vários estudos encontraram correlações positivas entre a religiosidade/espiritualidade e a satisfação com a vida ou o bem-estar psicológico, bem como a saúde física e mental (Neto & Ferreira, 2004, citados em Barros, 2005).

No que se prende com o estudo da religião em relação ao envelhecimento, também se produz alguma investigação, havendo revistas e jornais específicos, destacando *o Journal of Religion, Spirituality & Aging* ou ainda *Journal of Religious Gerontology*.

A religiosidade/espiritualidade são dimensões importantes na vida dos idosos, pois segundo Barros (2008) a vivência religiosa dos idosos correlaciona positivamente com a satisfação com a vida, o bem-estar psicossocial, a saúde física e mental, ao mesmo tempo que ajuda na superação da doença, sendo uma fonte de significado e sentido de vida. Ajuda

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

também a enfrentar o mal-estar perante a chegada da morte. “A oração constitui um recurso importante para lidar com as dificuldades da vida” (Barros, 2008, p. 25).

Segundo Mcfadden (2005), comparando os idosos com outros grupos etários, parece indiscutível que os idosos apresentam níveis de religiosidade mais elevados, recebendo inclusive apoio de instituições religiosas.

Quando se analisa esta variável em pessoas idosas destaca-se o gênero feminino, pois as mulheres levam vantagem em relação à espiritualidade; a raça e o tipo de religião em causa, pois parece predominar o cristianismo e ainda se estamos perante uma verdadeira fé ou um ato religioso rotineiro (Barros, 2008).

Num estudo de Thoresen (1999), onde este relaciona a saúde com a espiritualidade, verifica que quanto maiores os níveis de espiritualidade maiores os níveis de bem-estar global e de satisfação com a vida, menores os níveis de sintomas depressivos e de suicídio, maiores os níveis de satisfação conjugal, menor o abuso de substâncias.

Pais – Ribeiro e Pinto (2007) referem também que a participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio nas pessoas idosas. No entanto, também referem que apesar do reconhecimento da importância da dimensão espiritual no bem-estar do indivíduo, e conseqüentemente na sua saúde, esta dimensão não é muito abordada na prática clínica, sendo para isso necessário criar instrumentos de avaliação adequados. Apesar de cada vez mais se verificar que o estudo da religiosidade/espiritualidade está a emergir no mundo da investigação atual, ainda é um âmbito que carece de algum consenso, pois assiste-se a alguma confusão, ao associar-se os conceitos com a prática de uma determinada religião.

Levin (2001) refere que as pessoas religiosas ou espirituais certamente ficam doentes e morrem e muitas que não têm nenhuma religião vivem uma vida longa e saudável. Porém, parece que o envolvimento religioso e espiritual, em média, está associado a baixas taxas de doenças e a um elevado nível de bem-estar. A vida religiosa funciona como um fator de proteção. Todos os estudos concluem, sobre este tema, que independentemente da crença religiosa, esta parece estar associada a baixas taxas de doença e de mortalidade. O Dr. Marc Musick, referido por Levin (2001), constatou que quanto maior é a frequência com que as pessoas participam nas atividades religiosas, mais

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

saudáveis se consideram. Também o Dr. Duke, ao realizar um estudo com idosos, concluiu o mesmo, ou seja, o culto religioso apresenta implicações no bem-estar dos indivíduos. O culto parece estar associado a um maior estado de ânimo, menos agitação, solidão, e maior satisfação com a vida.

“A fé pura e simples, beneficia a saúde ao inspirar sentimentos de esperança e otimismo e expectativas positivas” (Levin, 2001, p.149). A fé influencia toda a dinâmica de vida dos sujeitos.

Seifert (2002) refere ainda que a maior parte das pessoas, especialmente as idosas procura na religião respostas para as suas questões existenciais.

A religião e a espiritualidade fazem parte da vida das pessoas, embora hajam diversas interpretações sobre o que significam, como atuam ou interferem na saúde e na satisfação global do sujeito. Não se pode descuidar esta dimensão, especialmente na vida das pessoas mais idosas, pois, ao que os estudos indicam, a religião surge como um mecanismo de *coping* muito relevante na sua vida, que os ajuda a encontrar força e vontade de prosseguir o seu caminho, apesar dos obstáculos que possam surgir com o avançar da idade.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

## **II - PARTE EMPIRICA**

## **V – Método**

### **5.1-Justificação do estudo**

O estudo apresentado pretende ser exploratório na área das teorias leigas em públicos idosos, nos temas ligados a saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress. Dada a escassez de investigações sobre o tema das teorias leigas em Portugal, pensa-se que o contributo desta investigação será bastante relevante, pois aprofunda e expõe o que os idosos pensam sobre os referidos conceitos. Considera-se bastante importante realizar investigação sobre os conceitos leigos, pois são testemunhos reais na primeira pessoa.

Para os técnicos que trabalham com públicos idosos, também será uma contribuição relevante, pois fá-los-á perceber o que os idosos entendem pelos conceitos pesquisados, meramente teóricos e inalcançáveis para alguns deles, e de que forma os podem operacionalizar.

Por último, estima-se que com os dados obtidos se conseguirá, num futuro próximo, criar um plano de intervenção, que difundirá estas e outras temáticas vivenciadas pelos idosos, proporcionando-lhes uma melhor condição de vida, dado que conseguirão mais facilmente operacionalizar as indicações que tecnicamente lhes são transmitidas.

### **5.2- Objetivos:**

#### **5.2.1- Objetivos gerais:**

O objetivo central da investigação é o estudo e a compreensão dos significados leigos de conceitos como: saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress de adultos com idade igual ou superior a 60 anos.

Pretende-se também encontrar possíveis variáveis relevantes que possam ajudar a explicar as características de cada grupo e encontrar possíveis relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e os diversos aspetos psicológicos avaliados.

### **5.2.2- Objetivos específicos:**

Pretende-se de forma mais pormenorizada:

- Elaborar uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas do público-alvo;
- Conhecer as categorias mais representativas dos conceitos leigos de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, atendendo à sua frequência e percentagem;
- Identificar o número total de categorias e respetiva percentagem por tema: saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress;
- Perceber se existem diferenças estatisticamente significativas ao abordar o número total de categorias, as variáveis sociodemográficas e as autoperceções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress;
- Identificar as variáveis qualitativas que distinguem os membros de um grupo dos de outro, de modo que, conhecidas as características de um novo indivíduo, se possa prever/predizer a que grupo pertence, quando correlacionadas com o total das categorias, idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade, orientação vital e perceções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress;
- Conhecer se existem diferenças estatisticamente significativas quando se aborda a perceção da saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress quando correlacionadas com o sexo, idade, escolaridade e demais variáveis sociodemográficas;
- Comprovar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas nos vários instrumentos (qualidade de vida, orientação vital, satisfação com a vida e espiritualidade), em função do sexo, idade e demais variáveis sociodemográficas.

- Verificar se existe conformidade entre a informação recolhida através da categorização dos temas, perceções de (saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress) e instrumentos de (qualidade de vida, orientação vital, satisfação com a vida e espiritualidade).

### 5. 3- Amostra

A amostra não probabilística (por conveniência) do presente estudo é constituída por 300 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (77,0% - 231 inquiridos). As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos, sendo a média de aproximadamente 71 anos ( $DP = 6,98$ ). A esmagadora maioria dos inquiridos encontra-se reformada (84,7% - 254 indivíduos), sendo que 48% são pensionistas (144 indivíduos).

Na Figura 4, observa-se que a maioria dos inquiridos encontra-se casado (57,0% - 171 indivíduos), existindo ainda uns substanciais 32,3% que já enviuvaram (97 indivíduos).

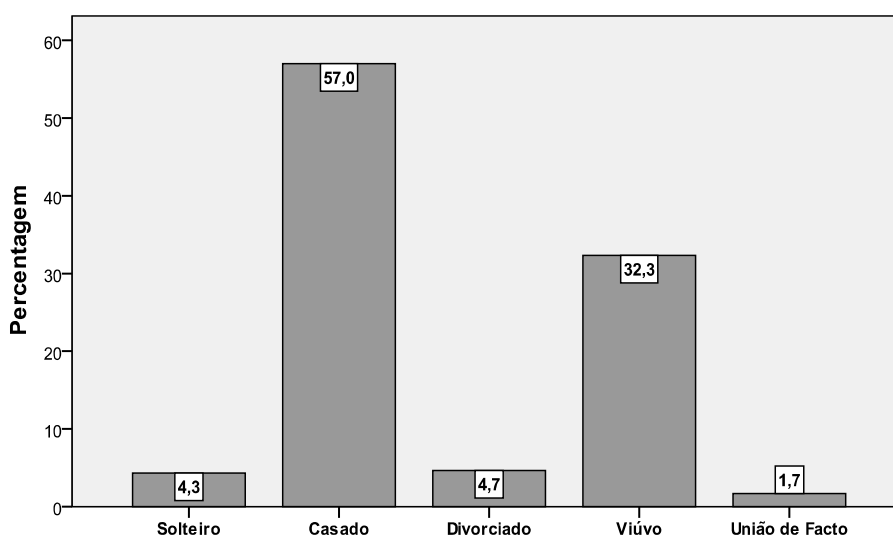


Figura 4. Diagrama de barras do estado civil dos inquiridos.

Quando a atenção recai sobre o grau de escolaridade dos inquiridos (Figura 5), verifica-se que o grupo mais representado é o que corresponde ao 1º Ciclo (34,0% - 102 indivíduos), sendo seguido pelo detentores de formação superior (13,7% - 41 indivíduos), note-se ainda que 8,0% dos inquiridos (24 indivíduos) mencionaram não terem tido acesso a qualquer tipo de escolarização.

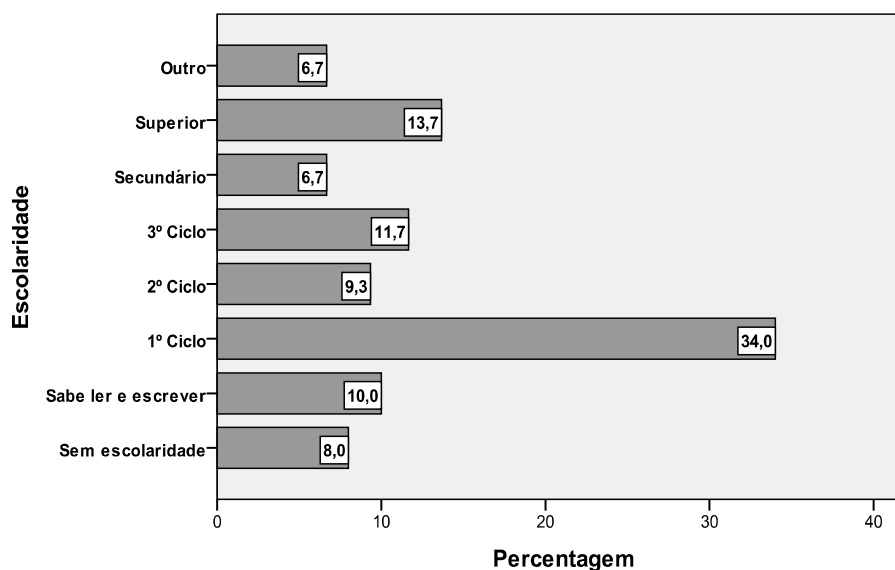


Figura 5. Diagrama de barras da escolaridade dos inquiridos.

Na Figura 6, pode observar-se que 47,3% dos inquiridos (142 indivíduos) vivem com o cônjuge, esta tipologia é seguida em termos de representatividade pelos 27,0% (81 indivíduos) que mencionaram viverem sozinhos e pelos 10,3% (31 indivíduos) que vivem com o cônjuge e com os filhos.

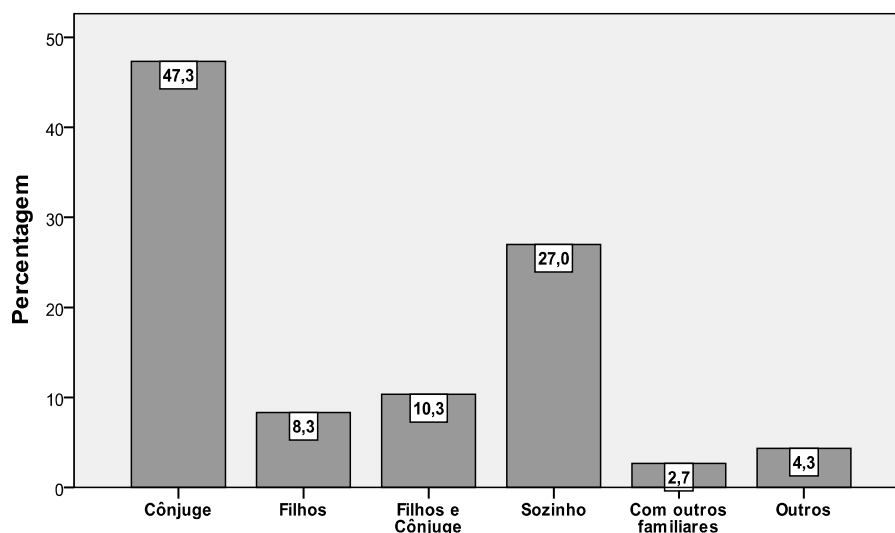


Figura 6. Diagrama de barras da pessoa(s) com quem os inquiridos residem.

Tal como se pode ver na Figura 7, o local de residência dos inquiridos divide-se pelas cidades algarvias de Vila Real de Santo António (27,3% - 82 indivíduos), Faro

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

(25,3% - 76 indivíduos), São Brás de Alportel (20,0% - 60 indivíduos), Loulé (10,0% - 30 indivíduos), Albufeira (9,3% - 28 indivíduos) e Lagos (8,0% - 24 indivíduos).

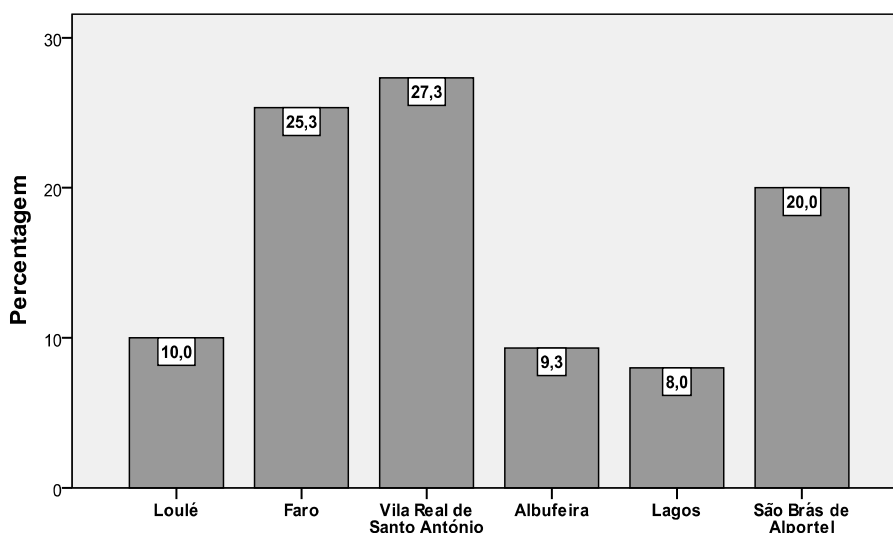


Figura 7. Diagrama de barras do local de residência dos inquiridos.

Por fim, na Figura 8, verifica-se que a maioria dos inquiridos encontrava-se na Universidade da Terceira Idade (59,3% - 178 indivíduos), sendo as Associações de Desenvolvimento Local as segundas mais representadas (19,3% - 58 indivíduos).

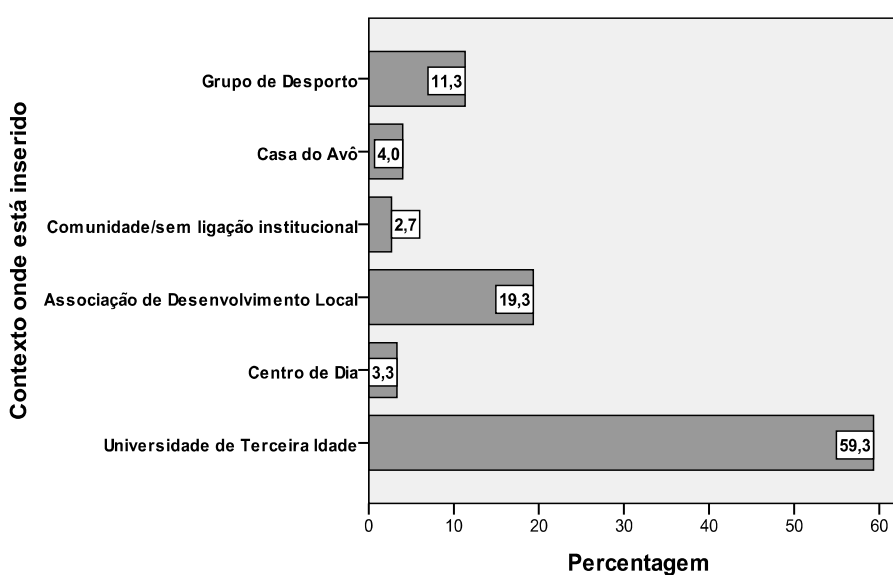


Figura 8. Diagrama de barras do contexto onde os inquiridos se encontram inseridos.

#### **5.4- Instrumentos**

A todos os sujeitos foi administrado um protocolo que continha um questionário de dados demográficos, uma escala de avaliação da qualidade de vida, uma de satisfação com a vida, uma de espiritualidade e uma de orientação vital. Foram também realizadas algumas questões abertas sobre teorias leigas de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação vital, otimismo e stress.

O questionário de dados demográficos era composto por várias questões de caracterização pessoal, (como sexo, idade, escolaridade, estado civil, reformado, pensionista, com quem vive e onde vive) e ainda por uma questão sobre o contexto a que pertenciam (Universidade de Terceira Idade, Centro de Dia, Associação de Desenvolvimento Local, Comunidade, Casa do Avô, Santa Casa da Misericórdia, Grupo de Desporto, Centro Comunitário ou a Outro não mencionado nas várias opções). No final do questionário, era pedido para que assinalassem se foi de autopreenchimento ou preenchimento por outrem, uma vez que alguns sujeitos inquiridos, dadas as suas limitações, provenientes do avançar da idade e da falta de escolaridade, não o conseguiram fazer sozinhos (Consultar anexo III e IV).

##### **5.4.1- Entrevista semiestruturada**

Do ponto de vista da investigação qualitativa foi realizada uma entrevista semiestruturada a todos os participantes.

Por se tratar de uma técnica de recolha de dados que proporciona um contacto direto com os atores e que permite obter dados com mais profundidade, pensa-se ser a mais adequada para recolher/investigar as conceções leigas dos idosos sobre o conceito de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação vital, otimismo e stress. “A técnica da entrevista é não só útil e complementar à observação participante, mas também necessária quando se trata de recolher dados válidos sobre as crenças, as opiniões e as ideias dos sujeitos observados” (Werner & Schoepfle, 1987, p. 78 citado em Hébert-Lessard, Goyette, & Boutin, 1994, p.160).

A entrevista é uma conversa com um objetivo determinado entre duas ou mais pessoas. Segundo Rogers, a entrevista é um encontro interpessoal que se desenrola num

contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um leigo.

As entrevistas semiestruturadas (ou semidiretivas, de acordo com Quivy & Champenhout, 1998), apesar do guião elaborado pelo entrevistador, permitem que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que considere adequada, explorando, de uma forma flexível e aprofundada, os aspetos que considere mais relevantes.

De entre as principais vantagens das entrevistas semiestruturadas, destacam-se as seguintes: a) a possibilidade de acesso a uma grande riqueza informativa (contextualizada e através das palavras dos atores e das suas perspetivas); b) a possibilidade do/a investigador/a esclarecer alguns aspetos no seguimento da entrevista, o que a entrevista mais estruturada ou questionário não permitem; e c) permite também, na fase inicial de qualquer estudo, dar pontos de vista, orientações e hipóteses para o aprofundamento da investigação, para a definição de novas estratégias e a seleção de outros instrumentos.

Antes da aplicação da entrevista aos 300 inquiridos, realizou-se o pré-teste, no sentido de validar as questões, a um pequeno grupo de indivíduos com características similares às da amostra, de forma a tornar o guião, o mais real e perceptível possível para os inquiridos. Todos os indivíduos foram sensibilizados para o objetivo do estudo e para a sua participação voluntária, bem como para a confidencialidade da informação recolhida. As entrevistas foram realizadas em locais calmos e conhecidos dos inquiridos, previamente combinadas com os mesmos.

As entrevistas eram compostas por sete dimensões, cada uma com quatro questões, perfazendo um total de 28 questões sobre as suas perceções acerca dos temas. Das quatro questões, que faziam parte de cada grupo havia, uma pergunta fechada. A título exemplificativo, na primeira dimensão “A Saúde” temos: 1ª Questão - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «saúde» ou «ser saudável».”; 2ª Questão - “Em geral, como considera que é a sua saúde? Muito Má, Má, Nem Boa Nem Má, Boa, Muito Boa; 3ª Questão – “O que é que é se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”; e a 4ª Questão – “O que é que faz para se manter saudável? “

Para as restantes seis dimensões as questões eram iguais, somente o constructo a investigar era diferente (consultar anexo V).

De forma a registar a informação recolhida, o entrevistador registou manualmente as respostas dos inquiridos, visto os mesmos não se sentirem confortáveis com o registo áudio. Em algumas situações, houve participantes que preferiram ser eles a registar as respostas, pois sentiam-se aptos para o fazer, recorrendo assim ao autopreenchimento.

Após a recolha dos testemunhos dos indivíduos, a informação foi transcrita e analisada de acordo com um procedimento de categorização. As respostas foram agrupadas por categorias, que mais tarde foram tratadas estatisticamente, através do programa SPSS, versão 19.

#### **5.4.2- Instrumento de avaliação de qualidade de vida (IAQDV)**

O instrumento de avaliação de qualidade de vida (IAQdV) é a versão portuguesa do *The Assessment of Quality of Life Instrument* (AQoL), da autoria de Hawthorne, Richardson, Osborne e McNeil (1997) e foi adaptado à população portuguesa por Fonseca, Paúl, Teles, Martins, Nunes, e Caldas (2009). É um instrumento construído com duplo objetivo, uma vez que permite a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e a avaliação do impacto de programas de intervenção na área da saúde. Segundo os seus autores, que respeitaram a versão australiana, o IAQdV foi construído para: a) cobrir, tanto quanto possível, o universo da qualidade de vida relacionada com a saúde; (b) obedecer a parâmetros-padrão no que diz respeito a medições fiáveis e válidas; (c) ser sensível a uma vasta gama de estados de saúde; e (d) ser utilizado como um instrumento psicométrico produzindo resultados de estados de saúde.

A versão portuguesa do IAQdV é constituída por 15 itens, distribuídos por cinco categorias: doença; vida independente; relações sociais; sentidos e bem-estar psicológico. É de autopreenchimento, embora se considere igualmente a possibilidade de heteroadministração quando o sujeito respondente apresenta uma baixa escolaridade. A cotação de cada item faz-se numa escala de 0 (zero) a 3 (três).

No que respeita a análise fatorial e atendendo à variância, esta varia um pouco dos resultados da escala original, pois na versão portuguesa a *Vida independente* é o fator que explica maior variância da qualidade de vida (27,44%), seguida do *Bem-estar psicológico* (13,77%). Os outros três fatores apresentam valores de variância explicada

relativamente idênticos (*Sentidos* - 8,21%; *Doença* - 7,62%; *Relações sociais* - 6,24%), longe da importância da *Vida independente* e do *Bem-estar psicológico*. Estes resultados são importantes sob o ponto de vista da estrutura global da qualidade de vida percebida dos idosos portugueses, sinalizando a seguinte ordem de valorização dos fatores associados pelo IAQdV à qualidade de vida: *Vida Independente*> *Bem-estar psicológico*> *Sentidos*> *Doença*> *Relações sociais*.

Ainda na sequência do estudo fatorial, os autores concluíram que todos os 15 itens do instrumento fazem sentido na versão portuguesa, sendo as respetivas saturações em cada fator relativamente elevadas e não existindo, praticamente, saturações idênticas de itens em mais do que um fator.

Quanto à análise de consistência interna, através do Alpha de Cronbach, foram obtidos valores aceitáveis, sempre acima de 0.50 para cada um dos fatores. A consistência interna do instrumento, na sua totalidade, mostrou-se bastante adequada (Alpha de Cronbach = 0,79). (Consultar anexo VI)

#### **5.4.3- A Escala de satisfação com a vida**

A escala de satisfação com a vida (*The Satisfaction with Life Scale* - SWLS) foi planeada e estruturada por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985), no sentido de avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si, sendo que o constructo em análise constitui um dos indicadores de um funcionamento psicológico positivo. Era uma escala constituída por 5 itens tipificados numa escala de 7 pontos, onde a pontuação poderia variar entre um mínimo de 5 e um máximo de 35 pontos, tendo após vários estudos evoluído para uma escala de 5 itens.

A SWLS de 5 itens foi passada, então, a uma amostra de 176 estudantes universitários do Curso de Psicologia da Universidade de Illinois, tendo sido encontrada uma consistência interna (através do alfa de Cronbach) de 0.87, valor bastante bom, se considerar-se que se trata de uma medida constituída, apenas, por 5 itens.

O trabalho preliminar realizado com a SWLS revelou que a satisfação com a vida constitui um constructo psicológico de grande significado e relevância, e que o referido instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (Diener, 2000).

A SWLS foi validada, pela primeira vez em Portugal, por Neto, Barros e Barros (1990). Num estudo realizado com base numa amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, com idade média de 38,8 anos e tempo de serviço médio de 16 anos, os autores encontraram uma consistência interna (através do alfa de Cronbach) de 0.78, tendo a análise fatorial em componentes principais revelado a existência de um só fator, contribuindo para 53,1% da variância. Posteriormente, Simões (1992) levou a cabo uma outra validação da SWLS, retocando alguns aspetos da tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível para populações de nível cultural inferior ao da amostra de professores e reduzindo para 5 o número de alternativas de resposta, simplificando, assim, o preenchimento da escala. A redução do número de alternativas de resposta não se traduzirá necessariamente numa alteração negativa das qualidades psicométricas da escala, já que “a multiplicação das alternativas de resposta só é favorável dentro de determinados limites” (Simões, 1992, p. 506). Neste caso, a pontuação obtida pelo sujeito na SWLS poderia variar entre um mínimo de 5 pontos e um máximo de 25, valor que traduziria uma elevada satisfação com a vida.

No presente estudo usou-se a versão validada por Simões (1992), com 5 hipóteses de resposta, pois pensou-se ser a mais adequada para a população em estudo (Consultar anexo VII).

#### **5.4.4- Escala de espiritualidade**

A escala de espiritualidade é da autoria de Pais-Ribeiro e Pinto (1997) e encontra-se adaptada à população portuguesa. A sua construção decorreu da combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life - Cancer survivor* (QOL - CS 12), e da subescala da espiritualidade do instrumento *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL) e ainda dos dados clínicos resultantes das entrevistas com pessoas que tiveram cancro (descrição do modo como as pessoas perspetivam a dimensão espiritual da vida e como a doença interferiu nessa dimensão).

É uma escala pequena, de apenas cinco itens, cujas respostas são dadas numa escala de Likert com quatro alternativas de (“1” a “4”), entre «*não concordo*» a «*plenamente de acordo*». É composta por duas subescalas, uma que concentra as

crenças espirituais (questões um, dois e três) e uma outra que tem subjacente a construção da esperança, uma perspectiva de vida positiva, otimista (questão quatro e cinco).

Esta escala aponta para a existência de duas dimensões espirituais: uma dimensão vertical, associada à relação com o transcendente, muito relacionada com a prática da religião e uma dimensão horizontal, existencialista, na qual se enquadra o sentido da esperança, a atribuição de sentido e significado da vida decorrente da relação com o eu, os outros e o meio. Na escala desenvolvida por Pais-Ribeiro e Pinto (1997), a primeira dimensão está associada às crenças e a segunda à esperança/ otimismo. Esta última dimensão aparece efetivamente mais correlacionada com as dimensões da qualidade de vida.

No que diz respeito à consistência interna, foram encontrados os seguintes valores: crenças: 0,92; esperança / otimismo: 0,69. A consistência interna para a escala global é de 0,74. Segundo os autores, são valores aceitáveis dado o número de itens e tendo em conta os valores de referência limite em psicometria (Consultar anexo VIII).

#### **5.4.5- Escala de orientação vital**

A escala de orientação vital (*The Revised Life Orientation Test* de Scheier, Carver, & Bridges, 1994) é constituída por 10 itens, dos quais 6 itens são indicadores de otimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10), três vão numa direção positiva e três numa negativa. Os itens 3, 7 e 9 são reversos e quatro itens (2, 5, 6 e 8) não são cotados na versão revista, funcionando como distratores. A escala foi adaptada para Portugal por Faria (1999), Pais Ribeiro (2006) e também por Laranjeira (2008), tendo sido esta a versão utilizada no estudo.

Trata-se de uma escala de tipo Likert em que os indivíduos são convidados a manifestar a extensão do acordo com as questões a partir de 5 posições (0 = *discordo bastante*; 1 = *discordo*; 2 = *neutro*; 3 = *concordo* e 4 = *concordo bastante*). A nota mínima é de 0 e a máxima de 24. Uma análise da consistência interna mostrou um alfa de Cronbach de 0.78. A análise fatorial efetuada revelou um só fator que explicava 48,1% do total da variância (Consultar anexo IX).

## **5.5- Procedimento**

Para a realização da presente investigação foram feitos vários contactos institucionais e não institucionais, uma vez que o objetivo era realizar um estudo transversal, tendo uma amostra de diferentes zonas do Algarve e também de diferentes realidades. A amostra foi recolhida nos Concelhos de: Vila Real de Santo António, mais concretamente na Universidade de Tempos Livres, na Junta de Freguesia e nas Piscinas Municipais; Em Faro, na Universidade de Terceira Idade e na CIMFaro; em Loulé, na Universidade de Terceira Idade; em São Brás de Alportel, na Universidade de Terceira Idade; em Albufeira, na Universidade de Terceira Idade e na Associação ASCRATIA e em Lagos, na Universidade de Terceira Idade.

Em cada uma destas instituições, várias foram as pessoas que se disponibilizaram para fazer parte do estudo, tendo os seus dirigentes aceite de imediato o desafio.

Após ter sido efetuado um contacto telefónico prévio, todas as instituições receberam um pedido formal, escrito, no sentido de formalizar a parceria (Consultar anexo X). Seguidamente, foram marcadas, com todas as instituições, as sessões para aplicação do protocolo de investigação. A primeira sensibilização foi feita pelos dirigentes das instituições e num segundo momento pelo investigador, que se dirigiu ao local para explicar o objetivo do estudo, apelar à participação dos sujeitos e marcar uma data para a aplicação dos instrumentos. Todos os inquiridos foram informados do carácter voluntário do preenchimento dos instrumentos, bem como da garantia de confidencialidade das respostas. De um modo geral, todos os indivíduos contactados participaram na recolha de dados, que se realizou num período aproximado de três meses. Em simultâneo, também foram aplicados instrumentos a pessoas com mais de 60 anos, que não tinham qualquer ligação institucional e que se disponibilizaram para o efeito.

Em termos processuais foram realizadas algumas tarefas, uma vez que foi necessário fazer um pré-teste, tal como já foi referido, a alguns sujeitos com características idênticas às da amostra (foram inquiridos 30 sujeitos), no sentido de tornar os instrumentos mais adequados ao objetivo do estudo, especialmente das questões abertas, uma vez que a interpretação podia não ser clara para todos.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

De acordo com as características dos indivíduos, optou-se por lhes dar liberdade no preenchimento do instrumento, pois haviam muitas pessoas capazes de o fazer autonomamente, após uma explicação do que se pretendia e outras tiveram de ter a ajuda do investigador, devido às suas limitações (não sabiam ler nem escrever, não viam bem, estavam cansadas, etc).

Em média, a aplicação do instrumento variou entre os 30m e as 2h00, atendendo às características dos inquiridos e da sua própria história de vida.

Concluída a aplicação do instrumento, foi feita uma análise de conteúdo do material recolhido e efetuada a respetiva categorização por tema/dimensão. De referir que temos sete dimensões (saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress), cada uma composta por três questões abertas, para as quais foi feita a respetiva categorização, em função da informação recolhida no terreno. Para um melhor entendimento, pode encontrar-se no anexo XI a categorização efetuada.

## **VI - Resultados**

Para analisar os dados recolhidos nesta investigação, foram utilizadas várias técnicas, com o propósito de permitir um estudo mais aprofundado da informação. Os dados surgem organizados em três partes distintas, destacando-se a informação proveniente das várias categorias por tema, onde se realizou uma análise descritiva, diversas correlações e se aplicou o modelo da análise discriminante e da regressão logística. A segunda parte apresenta a análise das percepções dos participantes face à saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress e o estudo correlacional entre as mesmas. Na terceira e última parte, apresenta-se os resultados obtidos através dos instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, bem como a sua análise correlacional com as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoas com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento).

### **6.1- Análise descritiva das categorias**

No que diz respeito à análise descritiva das várias categorias que compõem os sete grupos/temas, todos eles compostos por três questões, apresentam-se os seguintes resultados:

Para o grupo da “saúde”, pode observar-se na Tabela 2 que para a questão “*De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?*”, 141 indivíduos (47%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria psicológica, seguida da categoria ausência com 38% das respostas. A categoria sentir-se bem e a categoria física apresentam uma expressividade igual, com 14,3%, ou seja, 43 participantes destacam a importância das mesmas para terem saúde. As restantes categorias apresentam resultados pouco representativos.

No que diz respeito ao número total de categorias identificadas pelos inquiridos, 68,7% (206 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 24,3% (73 indivíduos) a duas categorias e 7% (21 indivíduos) a três categorias. A média total de categorias é de 1,38, a mediana é de 1 e o DP é de 0,614.

Tabela 2

*Análise descritiva da categorização referente à questão 1.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Psicológica	141 (47,0%)	159 (53,0%)
Ausência	114 (38,0%)	186 (62,0%)
Sentir-se bem	43 (14,3%)	257 (85,7%)
Física	43 (14,3%)	257 (85,7%)
Residual	29 (9,7%)	271 (90,3%)
Comportamental	28 (9,3%)	272 (90,7%)
Não sabe	7 (2,3%)	293 (97,7%)
Social	5 (1,7%)	295 (98,3%)
Saúde	5 (1,7%)	295 (98,3%)
Consequências	0 (0%)	300(100,0%)

Para a segunda *questão do grupo da saúde*, “*O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?*” 90,7% das respostas, 272 participantes, destacaram de forma bastante representativa a categoria comportamental, seguida da social com 9,3% e da residual com 7,3%, como fatores que importam para nos mantermos saudáveis. As restantes categorias apresentam-se pouco representativas, tal como se pode verificar na Tabela 3.

No que diz respeito ao número total de categorias identificadas pelos inquiridos, 86,3% (259 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 13% (39 indivíduos) a

duas categorias e 0,7% (2 indivíduos) a três categorias. A média total de categorias é de 1,14, a mediana é de 1 e o DP é de 0,369.

Tabela 3

*Análise descritiva da categorização referente à questão 1.2 - “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	272 (90,7%)	28 (9,3%)
Social	28 (9,3%)	272 (90,7%)
Residual	22 (7,3%)	278 (92,7%)
Psicológica	13 (4,3%)	287 (95,7%)
Não sabe	5 (1,7%)	295 (98,3%)
Física	3 (1,0%)	297 (99,0%)

Na Tabela 4, observa-se que para a questão “*O que faz para se manter saudável?*” após analisadas as respostas, temos 92,7% (278 participantes) que são da opinião que a categoria comportamental é a que melhor descreve o que fazem para se manterem saudáveis, seguida da social com 11,7% e da categoria residual com 6% das respostas. As restantes categorias apresentam uma baixa expressividade.

Quanto ao número total de categorias identificadas pelos inquiridos, 86% (258 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 13,7% (41 indivíduos) a duas categorias e 0,3% (1 indivíduo) a três categorias. A média total de categorias é de 1,14, a mediana de 1 e o DP = 0,360.

Tabela 4

*Análise descritiva da categorização referente à questão 1.3 - “O que faz para se manter saudável?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	278 (92,7%)	22 (7,3%)
Social	35 (11,7%)	265 (88,3%)
Residual	18 (6,0%)	282 (94,0%)
Psicológica	7 (2,3%)	293 (97,7%)
Não sabe	3 (1,0%)	297 (99,0%)
Física	2 (0,7%)	298 (99,3%)

No grupo da doença para a *questão “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”* observa-se, na Tabela 5, que 38,7%, 116 idosos, são da opinião que a categoria que melhor representa um estado de doença é a categoria psicológica, seguida da física com 38%, embora sejam valores muito próximos. Um pouco menos expressiva encontra-se a categoria sentir-se mal com 20,3% e a categoria comportamental com 19,3%. As restantes categorias apresentam-se pouco significativas.

Quanto ao número total de categorias identificadas pelos inquiridos, temos 66,3% (119 indivíduos) que responderam somente a uma categoria, 29,7% (89 indivíduos) a duas categorias e 4% (12 indivíduos) a três categorias. A média total de categorias é de 1,37, a mediana de 1 e o DP = 0,562.

Tabela 5

*Análise descritiva da categorização referente à questão 2.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Psicológica	116 (38,7%)	184 (61,3%)
Física	114 (38,0%)	186 (62,0%)
Sentir-se mal	61 (20,3%)	239 (79,7%)
Comportamental	58 (19,3%)	242 (80,7%)
Ausência	26 (8,7%)	274 (91,3%)
Residual	21 (7,0%)	279 (93,0%)
Não sabe	13 (4,3%)	287 (95,7%)
Estar doente	4 (1,3%)	296 (98,7%)

Para a questão “*O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?*”, verifica-se na Tabela 6 que a categoria com maior expressividade é a categoria comportamental com 46,7% (140 indivíduos), seguida da categoria dependências com 38,7%, da residual com 20,3% e da categoria não sabe com 15,7%. As categorias ausência, psicológica, social e física apresentam valores pouco significativos.

O número total de categorias identificadas foi variável, pois 90,7% (272 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 9% (27 indivíduos) a duas categorias e 0,3% (1 indivíduo) a três categorias. A média total de categorias é de 1,09, a mediana de 1 e o DP = 0,307.

Tabela 6

*Análise descritiva da categorização referente à questão 2.2 - “O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	140 (46,7%)	160 (53,3%)
Dependências	116 (38,7%)	184 (61,3%)
Residual	61 (20,3%)	239 (79,7%)
Não sabe	47 (15,7%)	253 (84,3%)
Ausência	24 (8,0%)	276 (92,0%)
Psicológica	24 (8,0%)	276 (92,0%)
Social	9 (3,0%)	291 (97,0%)
Física	4 (1,3%)	296 (98,7%)

Na Tabela 7, pode observar-se que ao questionarmos os idosos sobre “*O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?*”, 52% dos participantes indicam a categoria comportamental como a que melhor caracteriza o que não é bom para a saúde. De seguida temos a categoria ausência com uma representação de 25% e a categoria residual com 10,7% das respostas. As restantes cinco categorias apresentam-se pouco expressivas.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e três categorias, sendo que 92,3% (277 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 7,3% (22 indivíduos) a duas categorias e 0,3% (1 indivíduo) a três categorias. A média total de categorias é de 1, a mediana de 1 e o DP = 0,283.

Tabela 7

*Análise descritiva da categorização referente à questão 2.3 - “O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	156 (52,0%)	144 (48,0%)
Ausência	75 (25,0%)	225 (75,0%)
Residual	32 (10,7%)	268 (89,3%)
Não sabe	21 (7,0%)	279 (93,0%)
Dependências	21 (7,0%)	279 (93,0%)
Psicológica	15 (5,0%)	285 (95,0%)
Social	4 (1,3%)	296 (98,7%)
Física	0 (0%)	300(100,0%)

No grupo referente à qualidade de vida, podemos observar, na Tabela 8, que para a questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”*, das dez categorias apresentadas para descrever o que os inquiridos entendem por qualidade de vida, 25,7% elegem a categoria saúde como a mais expressiva, seguida da psicológica com 24%, da comportamental e da social com 23,7% e da categoria residual com 17,7%. As restantes três categorias apresentaram valores pouco representativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e cinco categorias, sendo que 49,7% (149 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 28,7% (86 indivíduos) a duas categorias, 13,7% (41 indivíduos) a três categorias, 6,3% (19 indivíduos) a quatro e 1,7% (5 indivíduos) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,8, a mediana de 2 e o DP = 1,00.

Tabela 8

*Análise descritiva da categorização referente à questão 3.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Saúde	77 (25,7%)	223 (74,3%)
Psicológica	72 (24,0%)	228 (76,0%)
Comportamental	71 (23,7%)	229 (76,3%)
Social	71 (23,7%)	229 (76,3%)
Residual	53 (17,7%)	247 (82,3%)
Consequências	51 (17,0%)	249 (83,0%)
Ausência	49 (16,3%)	251 (83,7%)
Não sabe	25 (8,3%)	275 (91,7%)
Sentir-se bem	23 (7,7%)	277 (92,3%)
Física	7 (2,3%)	293 (97,7%)

Para a questão “*Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?*”, pode ler-se na Tabela 9 que a categoria que melhor expressa a opinião dos inquiridos é a categoria saúde com 33,7%, seguida da categoria ausência com 30,3%, da comportamental com 25,3%, da social com 22%, ambas com valores próximos e expressivos. Segue-se a categoria psicológica com 16,3%, a residual com 16% e a categoria não sabe com 12,3%, menos expressivas, embora importantes. As categorias sentir-se bem e física apresentam valores pouco representativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos, tal como na questão anterior, varia entre uma e cinco categorias, sendo que 47,7% (143 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 31,7% (95 indivíduos) a duas categorias, 14,3%

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

(43 indivíduos) a três categorias, 5,3% (16 indivíduos) a quatro e 1% (3 indivíduos) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,8, a mediana de 2 e o DP = 0,942.

Tabela 9

*Análise descritiva da categorização referente à questão 3.2 - “Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Saúde	101 (33,7%)	199 (66,3%)
Ausência	91 (30,3%)	209 (69,7%)
Comportamental	76 (25,3%)	224 (74,7%)
Social	66 (22,0%)	234 (78,0%)
Psicológica	49 (16,3%)	251 (83,7%)
Residual	48 (16,0%)	252 (84,0%)
Não sabe	37 (12,3%)	263 (87,7%)
Sentir-se bem	5 (1,7%)	295 (98,3%)
Física	5 (1,7%)	295 (98,3%)

Para a questão “*Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?*”, observa-se na Tabela 10 que 46,7% dos participantes são da opinião que a categoria que melhor descreve o que fazem é a categoria comportamental, seguida da social com 28,3%, da residual com 20%, da não sabe com 12,3% e da categoria psicológica com 10%. As restantes quatro categorias apresentam valores pouco representativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos também varia entre uma e cinco categorias, sendo que 57,7% (173 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 30% (90 indivíduos) a duas categorias, 10% (30 indivíduos) a três categorias,

2% (6 indivíduos) a quatro e 0,3% (1 indivíduo) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,5, a mediana de 1 e o DP = 0,778.

Tabela 10

*Análise descritiva da categorização referente à questão 3.3 - “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	140 (46,7%)	160 (53,3%)
Social	85 (28,3%)	215 (71,7%)
Residual	60 (20,0%)	240 (80,0%)
Não sabe	37 (12,3%)	263 (87,7%)
Psicológica	30 (10,0%)	270 (90,0%)
Ausência	29 (9,7%)	271 (90,3%)
Saúde	5 (1,7%)	295 (98,3%)
Física	3 (1,0%)	297 (99,0%)
Sentir-se bem	1 (0,3%)	299 (99,7%)

Para o tema da felicidade, na questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?”*, verifica-se na Tabela 11 que a maior parte dos inquiridos, 32,7%, identifica a categoria social como a mais representativa, seguida da saúde com 25,7%, da sentir-se bem com 22%, da psicológica com 18%, da ausência com 11,3% e da categoria residual com 10,3%. As restantes cinco categorias apresentam valores menos significativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 61,7% (185 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 27,3% (82 indivíduos) a duas categorias, 8,7% (26 indivíduos) a três

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

categorias e 2,3% (7 indivíduos) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,51, a mediana de 1 e o DP = 0,751.

Tabela 11

*Análise descritiva da categorização referente à questão 4.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Social	98 (32,7%)	202 (67,3%)
Saúde	77 (25,7%)	223 (74,3%)
Sentir-se bem	66 (22,0%)	234 (78,0%)
Psicológica	54 (18,0%)	246 (82,0%)
Ausência	34 (11,3%)	266 (88,7%)
Residual	31 (10,3%)	269 (89,7%)
Condições externas	23 (7,7%)	277 (92,3%)
Não sabe	20 (6,7%)	280 (93,3%)
Comportamental	12 (4,0%)	288 (96,0%)
Satisfação global	10 (3,3%)	290 (96,7%)
Física	2 (0,7%)	298 (99,3%)

Quando questionados sobre “*Quais as coisas importantes para se sentir feliz?*”, observa-se, na Tabela 12, que 41% dos participantes são da opinião que a categoria saúde é a mais importante, seguida da categoria social com 36% e da psicológica com 20,7%. Menos expressivas temos a categoria residual com 14,7%, a condições externas com 14,3% e a categoria não sabe com 8,7% das respostas. As restantes quatro categorias são pouco expressivas.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e cinco categorias, sendo que 58,3% (175 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 26,7% (80 indivíduos) a duas categorias, 11,3% (34 indivíduos) a três categorias, 3% (9 indivíduos) a quatro categorias e 0,7% (2 indivíduos) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,61, a mediana de 1 e o DP = 0,852.

Tabela 12

*Análise descritiva da categorização referente à questão 4.2 - “Quais as coisas importantes para se sentir feliz?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Saúde	123 (41,0%)	177 (59,0%)
Social	108 (36,0%)	192 (64,0%)
Psicológica	62 (20,7%)	238 (79,3%)
Residual	44 (14,7%)	256 (85,3%)
Condições externas	43 (14,3%)	257 (85,7%)
Não sabe	26 (8,7%)	274 (91,3%)
Comportamental	20 (6,7%)	280 (93,3%)
Sentir-se bem	19 (6,3%)	281 (93,7%)
Ausência	13 (4,3%)	287 (95,7%)
Física	1 (0,3%)	299 (99,7%)

Para a questão “*Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?*”, a categoria mais mencionada pelos inquiridos foi a categoria comportamental com 38,3%, seguida da social com 22,3%, da residual com 20,3%, e da categoria não sabe com 13%. As

restantes quatro categorias apresentam-se pouco expressivas, com valores inferiores a 10%, tal como podemos verificar na tabela 13.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 76,3% (229 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 20,3% (61 indivíduos) a duas categorias, 2,7% (8 indivíduos) a três categorias e 0,7% (2 indivíduos) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,27, a mediana de 1 e o DP = 0,542.

Tabela 13

*Análise descritiva da categorização referente à questão 4.3- “Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	115 (38,3%)	185 (61,7%)
Social	67 (22,3%)	233 (77,7%)
Residual	61 (20,3%)	239 (79,7%)
Não sabe	39 (13,0%)	261 (87,0%)
Psicológica	30 (10,0%)	270 (90,0%)
Ausência	26 (8,7%)	274 (91,3%)
Saúde	9 (3,0%)	291 (97,0%)
Sentir-se bem	7 (2,3%)	293 (97,7%)
Física	1 (0,3%)	299 (99,7%)

Quanto ao tema da satisfação com a vida, para a questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”*, observa-se na Tabela 14 que a categoria mais expressiva indicada pelos inquiridos é a categoria saúde com 23,7%, seguida da psicológica com 18%, da sentir-se bem com 17,3% e da

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

categoria não sabe com 15,7%. As restantes categorias apresentam – se pouco significativas.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 76% (228 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 17,3% (52 indivíduos) a duas categorias, 5% (15 indivíduos) a três categorias e 1,7% (4 indivíduos) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,32, a mediana de 1 e o DP = 0,648.

Tabela 14

*Análise descritiva da categorização referente à questão 5.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Saúde	71 (23,7%)	229 (76,3%)
Psicológica	54 (18,0%)	246 (82,0%)
Sentir-se bem	52 (17,3%)	248 (82,7%)
Não sabe	47 (15,7%)	253 (84,3%)
Residual	41 (13,7%)	259 (86,3%)
Comportamental	35 (11,7%)	265 (88,3%)
Social	35 (11,7%)	265 (88,3%)
Ausência	28 (9,3%)	272 (90,7%)
Condições externas	16 (5,3%)	284 (94,7%)
Satisfação global	9 (3,0%)	291 (97,0%)
Física	4 (1,3%)	296 (98,7%)

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Na Tabela 15 observa-se que, para a questão “*Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?*”, a maioria dos inquiridos destaca a categoria saúde com 41,3%, como sendo a que melhor descreve o que é para si a satisfação com a vida, seguida da categoria social com 23,7%, da psicológica com 21,7%, da residual com 19,3% e da categoria condições externas com 13,3%. As categorias não sabe, ausência, comportamental e sentir-se bem apresentam resultados pouco significativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e cinco categorias, sendo que 61% (183 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 27% (81 indivíduos) a duas categorias, 9% (27 indivíduos) a três categorias, 2,7% (8 indivíduos) a quatro categorias e 0,3% (1 indivíduo) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,54, a mediana de 1 e o DP = 0,793.

Tabela 15

*Análise descritiva da categorização referente à questão 5.2- “Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Saúde	124 (41,3%)	176 (58,7%)
Social	71 (23,7%)	229 (76,3%)
Psicológica	65 (21,7%)	235 (78,3%)
Residual	58 (19,3%)	242 (80,7%)
Condições externas	40 (13,3%)	260 (86,7%)
Não sabe	33 (11,0%)	267 (89,0%)
Ausência	26 (8,7%)	274 (91,3%)
Comportamental	21 (7,0%)	279 (93,0%)
Sentir-se bem	17 (5,7%)	283 (94,3%)

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Para a última questão, do tema satisfação com a vida “*Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?*”, observa-se na Tabela 16 que 26,7 % dos idosos consideram a categoria comportamental e a residual, ambas com os mesmos resultados, aquelas que melhor descrevem o que fazem para estarem satisfeitos com a vida. A categoria social com 22,7% e a não sabe com 15% também apresentam valores significativos a considerar. As restantes categorias apresentam-se pouco expressivas.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e três categorias, sendo que 87% (261 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 12,3% (37 indivíduos) a duas categorias, e 0,7% (2 indivíduos) a três categorias. A média total de categorias é de 1,13, a mediana de 1 e o DP = 0,362.

Tabela 16

*Análise descritiva da categorização referente à questão 5.3 - “Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Comportamental	80 (26,7%)	220 (73,3%)
Residual	80 (26,7%)	220 (73,3%)
Social	68 (22,7%)	232 (77,3%)
Não sabe	45 (15,0%)	255 (85,0%)
Psicológica	19 (6,3%)	281 (93,7%)
Ausência	18 (6,0%)	282 (94,0%)
Saúde	11 (3,7%)	289 (96,3%)
Sentir-se bem	7 (2,3%)	293 (97,7%)
Condições externas	3 (1,0%)	297 (99,0%)

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

O tema do otimismo, na questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”*, tal como se pode ler na Tabela 17 a categoria mais significativa é a categoria não sabe com 27,7% das respostas, seguida da psicológica com 24,7%, da residual com 23,3% e da categoria viver de forma positiva com 14,3%. As restantes categorias apresentam resultados pouco significativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e duas categorias, sendo que 93,7% (281 indivíduos) responderam somente a uma categoria e 6,3% (19 indivíduos) a duas categorias. A média total de categorias é de 1,06, a mediana de 1 e o DP = 0,243.

Tabela 17

*Análise descritiva da categorização referente à questão 6.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Não sabe	83 (27,7%)	217 (72,3%)
Psicológica	74 (24,7%)	226 (75,3%)
Residual	70 (23,3%)	230 (76,7%)
Viver de forma positiva	43 (14,3%)	257 (85,7%)
Consequências futuras	25 (8,3%)	275 (91,7%)
Ausência	17 (5,7%)	283 (94,3%)
Satisfação global	2 (0,7%)	298 (99,3%)

Na questão *“Quais são as coisas importantes para ser otimista?”*, observa-se na Tabela 18 que embora se tenham nove categorias, somente três delas se apresentam com valores significativos, sendo que a categoria não sabe com 32% das respostas é a mais expressiva, seguida da psicológica com 29% e da residual com 20,3%.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e três categorias, sendo que 87,7% (263 indivíduos) responderam somente a uma categoria,

11,3% (34 indivíduos) a duas categorias e 1% (3 indivíduos) a três categorias. A média total de categoria é de 1,13, a mediana de 1 e o DP = 0,368.

Tabela 18

*Análise descritiva da categorização referente à questão 6.2- “Quais são as coisas importantes para ser otimista?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Não sabe	96 (32,0%)	204 (68,0%)
Psicológica	87 (29,0%)	213 (71,0%)
Residual	61 (20,3%)	239 (79,7%)
Social	28 (9,3%)	272 (90,7%)
Consequências futuras	17 (5,7%)	283 (94,3%)
Saúde	16 (5,3%)	284 (94,7%)
Sentir-se bem	13 (4,3%)	287 (95,7%)
Comportamental	9 (3,0%)	291 (97,0%)
Ausência	5 (1,7%)	295 (98,3%)

Na questão “*Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?*”, observa-se na Tabela 19, que a categoria mais expressiva é a categoria não sabe com 32,7%, seguida da residual com 18,7%, da psicológica com 18,3% e da categoria ausência com 15,3%. As restantes categorias apresentam-se pouco significativas.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e três categorias, sendo que 96% (288 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 3,7% (11 indivíduos) a duas categorias e 0,3% (1 indivíduo) a três categorias. A média total de categorias é de 1,04, a mediana de 1 e o DP = 0,219.

Tabela 19

*Análise descritiva da categorização referente à questão 6.3- “Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Não sabe	98 (32,7%)	202 (67,3%)
Residual	56 (18,7%)	244 (81,3%)
Psicológica	55 (18,3%)	245 (81,7%)
Ausência	46 (15,3%)	254 (84,7%)
Comportamental	25 (8,3%)	275 (91,7%)
Social	12 (4,0%)	288 (96,0%)
Consequências futuras	11 (3,7%)	289 (96,3%)
Sentir-se bem	4 (1,3%)	296 (98,7%)
Saúde	0 (0%)	300(100,0%)

Para o último tema, na questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o stress ou ser stressado?”*, observa-se, na Tabela 20, que a categoria mais significativa é a psicológica com uma expressividade de 35%, seguida da residual com 19,7%, da comportamental com 18,3%, da cansaço global com 16% e da categoria não sabe com 15,3%. As restantes categorias apresentam valores pouco significativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e três categorias, sendo que 84,3% (253 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 14% (42 indivíduos) a duas categorias e 1,7% (5 indivíduos) a três categorias. A média total de categorias é de 1,17, a mediana de 1 e o DP = 0,420.

Tabela 20

*Análise descritiva da categorização referente à questão 7.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é o stress ou ser stressado?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Psicológica	105 (35,0%)	195 (65,0%)
Residual	59 (19,7%)	241 (80,3%)
Comportamental	55 (18,3%)	245 (81,7%)
Cansaço global	48 (16,0%)	252 (84,0%)
Não sabe	46 (15,3%)	254 (84,7%)
Ausência	14 (4,7%)	286 (95,3%)
Cansaço	10 (3,3%)	290 (96,7%)

Para a questão *“Quais as coisas que influenciam o facto para que uma pessoa esteja ou se sinta stressada?”*, observa-se, na Tabela 21, que 29,3% contestaram a categoria psicológica como a mais significativa, seguida da ausência com 22%, da comportamental com 21,7%, da residual com 18% e da categoria não sabe com 17,3%. As restantes categorias apresentam valores pouco significativos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 79% (237 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 15,7% (47 indivíduos) a duas categorias, 5% (15 indivíduos) a três categorias e 0,3% (1 indivíduo) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,26, a mediana de 1 e o DP = 0,562.

Tabela 21

*Análise descritiva da categorização referente à questão 7.2- “Quais as coisas que influenciam o facto para que uma pessoa esteja ou se sinta stressada?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Psicológica	88 (29,3%)	212 (70,7%)
Ausência	66 (22,0%)	234 (78,0%)
Comportamental	65 (21,7%)	235 (78,3%)
Residual	54 (18,0%)	246 (82,0%)
Não sabe	52 (17,3%)	248 (82,7%)
Social	18 (6,0%)	282 (94,0%)
Cansaço global	16 (5,3%)	284 (94,7%)

Para a última questão *“Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa o fazem estar ou sentir stressado?”*, observa-se, na Tabela 22 que 26,3% dos inquiridos destaca a categoria residual, seguida da ausência com 25,7%, da não sabe com 18,7% e da categoria comportamental com 15%. As restantes categorias apresentam valores pouco expressivos.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e cinco categorias, sendo que 87,7% (263 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 10,3% (31 indivíduos) a duas categorias, 1% (3 indivíduos) a três categorias, 0,7% (2 indivíduos) a quatro categorias e 0,3% (1 indivíduo) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,15, a mediana de 1 e o DP = 0,482.

Tabela 22

*Análise descritiva da categorização referente à questão 7.3- “Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa o fazem estar ou sentir stressado?”*

<b>Categorias</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Residual	79 (26,3%)	221 (73,7%)
Ausência	77 (25,7%)	223 (74,3%)
Não sabe	56 (18,7%)	244 (81,3%)
Comportamental	45 (15,0%)	255 (85,0%)
Psicológica	38 (12,7%)	262 (87,3%)
Social	37 (12,3%)	263 (87,7%)
Cansaço global	3 (1,0%)	297 (99,0%)

## **6.2- Independência das distintas categorias**

Neste ponto pretende-se analisar a existência de associação entre as variáveis qualitativas em estudo, e tentar perceber se existe correlação entre as várias categorias e as variáveis sociodemográficas. Para fazer esta análise foi aplicado o teste qui-quadrado de independência. Este teste permite analisar a relação de independência entre variáveis qualitativas, aplica-se tanto para a análise univariada, como bivariada ou multivariada. Mede a probabilidade das diferenças encontradas nos dois grupos da amostra serem devidas ao acaso, partindo do pressuposto que, na verdade não há diferenças entre esses grupos na população donde provêm. Se a probabilidade for alta pode-se concluir que não há diferenças estatisticamente significativas. Se a probabilidade for baixa (particularmente menor que 5%) pode-se concluir que um grupo é diferente do outro grupo, quanto à característica estudada, e de forma estatisticamente significativa.

De destacar, que dado o elevado número de categorias identificadas (179 categorias) e ao facto de nem todas se relevarem significativas, por apresentarem valores pouco expressivos, como já se constatou no ponto anterior, foi necessário estipular um critério para fazer a análise de independência entre as categorias e as variáveis sociodemográficas. Assim, partiu-se de um critério arbitrário para fazer a análise de independência, que passou por seleccionar todas as categorias que apresentassem uma expressividade igual ou superior a 30%, e nas situações em que esse número não fosse atingido foi tido em conta o valor mais elevado, tal como se pode verificar na tabela 23 (que se encontra distribuída por duas páginas), e somente com essas fazer a referida análise, correlacionado-as com as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoa com quem vive, local de habitação, contexto em que está inserido e forma de preenchimento do instrumento).

Ainda neste ponto foram efetuadas um conjunto de correlações entre o número total de categorias/por questão e a idade, a perceção da saúde, da doença, da qualidade de vida, da felicidade, da satisfação com a vida, do otimismo e do stress, bem como com os instrumentos de qualidade de vida, de satisfação com a vida, de espiritualidade e de orientação vital.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 23

*Categorias mais expressivas (com um valor igual ou superior a 30% e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado) por dimensão/questão*

<b>Tema/Dimensão</b>	<b>Questão</b>	<b>Categorias</b>
<b>Saúde</b>	<b>Questão 1.1</b> - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «saúde» ou «ser saudável?»”.	Psicológica Ausência
	<b>Questão 1.2</b> - “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”	Comportamental
	<b>Questão 1.3</b> - “O que faz para se manter saudável?”	Comportamental
<b>Doença</b>	<b>Questão 2.1</b> - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”	Psicológica Física
	<b>Questão 2.2</b> - “O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”	Comportamental Dependências
	<b>Questão 2.3</b> - “O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”	Comportamental
<b>Qualidade de Vida</b>	<b>Questão 3.1</b> - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”.	Saúde
	<b>Questão 3.2</b> - “Quais as coisas que são importantes para termos uma boa qualidade de vida?”	Saúde Ausência
	<b>Questão 3.3</b> - “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”	Comportamental
<b>Felicidade</b>	<b>Questão 4.1</b> - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?”	Social
	<b>Questão 4.2</b> - “Quais são as coisas importantes para se sentir feliz?”	Saúde Social
	<b>Questão 4.3</b> - “Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?”	Comportamental
<b>Satisfação com a Vida</b>	<b>Questão 5.1</b> - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”	Saúde
	<b>Questão 5.2</b> - “Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”	Saúde
	<b>Questão 5.3</b> - “Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?”	Comportamental
	<b>Questão 6.1</b> - “De forma breve e concisa,	Não sabe

<b>Otimismo</b>	diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”	
	<b>Questão 6.2-</b> “Quais são as coisas importantes para ser otimista?”	Não sabe
	<b>Questão 6.3 -</b> “Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?”	Não sabe
<b>Stress</b>	<b>Questão 7.1 -</b> “Diga-nos de forma breve e concisa, o que é o stress ou ser stressado?”	Psicológica
	<b>Questão 7.2 -</b> “Quais as coisas que influenciam o facto para que uma pessoa esteja ou se sinta stressada?”	Psicológica
	<b>Questão 7.3 -</b> “Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa o fazem estar ou sentir stressado?”	Residual

Assim, começa-se por observar, na Tabela 24, que do cruzamento da categoria *psicológica* da *dimensão saúde* (questão 1.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos alguns resultados estatisticamente significativos. Observou-se que:

- a) Os indivíduos com idade entre os 70 e 79 anos mencionaram bastante menos a categoria psicológica que os restantes, sendo a magnitude deste efeito muito fraca;
- b) Por um lado, os indivíduos sem qualquer escolarização e os que têm o 2º Ciclo mencionaram a categoria psicológica com menos frequência do que os restantes, por outro, os que concluíram os seus estudos secundários foram os que mais mencionaram tal categoria (magnitude de efeito fraca);
- c) Os indivíduos que mencionaram a categoria psicológica estão um pouco mais representados nas associações de desenvolvimento local, nos grupos de desporto e na universidade da terceira idade, sendo que os utentes dos centros de dia foram aqueles que mais mencionaram esta categoria (magnitude de efeito fraca).

Tabela 24

*Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Características Sociodemográficas*

Psicológica	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	0,45	1	,504	,04
<b>Escalão Etário</b>	8,84	2	,012	,17
<b>Estado Civil</b>	1,76	4	,813	,07
<b>Escolaridade</b>	17,27	7	,016	,24
<b>Reformado</b>	0,20	1	,658	,03
<b>Pensionista</b>	2,39	1	,122	,09
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	4,21	5	,520	,12
<b>Local de Habitação</b>	10,80	5	,055	,19
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,042*	,20
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,07	1	,788	,02

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Na Tabela 25 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *ausência* da *dimensão saúde* (questão 1.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Concretamente, observou-se que:

- a) Os indivíduos que mencionaram a categoria ausência estão mais representados nos grupo de escolarização correspondentes aos 2º e 3º Ciclos, sendo que, pelo contrário, os indivíduos sem qualquer escolarização são aqueles que mais mencionaram a dita categoria (magnitude de efeito muito fraca);
- b) Os indivíduos que mencionaram a categoria ausência estão um pouco mais representados no grupo sem nenhuma ligação institucional e nas associações de desenvolvimento local, sendo que são menos frequentes quando estão ligados à universidade da terceira idade e aos centros de dia (magnitude de efeito fraca);
- c) Os indivíduos que autopreencheram os questionários mencionaram menos a categoria ausência do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 25

*Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Características Sociodemográficas*

Ausência	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	0,00	1	,950	,00
<b>Escalão Etário</b>	3,18	2	,204	,10
<b>Estado Civil</b>	-	-	,218*	,14
<b>Escolaridade</b>	21,92	7	,003	,27
<b>Reformado</b>	0,67	1	,413	,05
<b>Pensionista</b>	2,56	1	,122	,09
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	-	-	,217*	,15
<b>Local de Habitação</b>	9,51	5	,090	,18
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,002*	,25
<b>Forma de Preenchimento</b>	5,27	1	,022	,13

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 26 destacam-se os seguintes resultados:

- a) Existem correlações estatisticamente significativas (positivas) entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e as percepções de saúde e qualidade de vida, ou seja, à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, as percepções que tiveram nos dois campos supramencionados foram mais positivas, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);
- b) Existe uma correlação negativa significativa entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e a percepção de doença, em suma, à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, as percepções que tiveram relativamente à sua saúde foi sendo menos positiva (magnitude de efeito muito fraca);
- c) Existem correlações positivas significativas entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e a escala qualidade de vida, assim como com as subescalas doença e esperança/otimismo. Deste modo, conclui-se que à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, também

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

apresentaram valores mais elevados na escala e subescalas supramencionadas (magnitudes de efeito muito fracas).

Tabela 26

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		Total de categorias de saúde (1.1)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,135
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,127*
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,173**
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,168**
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,037
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,018
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,016
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	,034
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,160**
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	-,015
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,023
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,040
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,112
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,136*
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,074
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,018
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,127*
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,084
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,049

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 27 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria comportamental da dimensão saúde (questão 1.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, unicamente se encontraram resultados

estatisticamente significativos relativamente ao escalão etário. Concretamente, observou-se que os indivíduos com mais idade (80 a 90 anos) tiveram menos tendência em mencionar tal categoria do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 27

*Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Características Sociodemográficas*

Comportamental	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
Sexo	1,46	1	,227	,07
Escalão Etário	7,15	2	,028	,15
Estado Civil	-	-	,771*	,08
Escolaridade	-	-	,688*	,15
Reformado	-	-	,095*	,11
Pensionista	0,05	1	,824	,01
Pessoa(s) com quem vive	-	-	,249*	,15
Local de Habitação	-	-	,839*	,08
Contexto onde está inserido	-	-	,244*	,17
Forma de Preenchimento	0,72	1	,394	,05

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 28, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão saúde* (questão 1.2) e as sete perceções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 28

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias de saúde (1.2)</b>
<b>Idade</b>		-,100
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>Rho</i>	-,043
<b>Percepção de Doença</b>	<i>Rho</i>	-,051
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	,067
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>Rho</i>	,058
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	,037
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>Rho</i>	,071
<b>Percepção de Stress</b>	<i>Rho</i>	-,081
<b>Doença</b>	<i>Rho</i>	-,062
<b>Vida Independente</b>	<i>Rho</i>	,000
<b>Relações Sociais</b>	<i>Rho</i>	,005
<b>Sentidos</b>	<i>Rho</i>	-,005
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>Rho</i>	-,048
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	-,022
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	,049
<b>Crenças</b>	<i>Rho</i>	,032
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>Rho</i>	,101
<b>Espiritualidade</b>	<i>Rho</i>	,078
<b>Orientação Vital</b>	<i>Rho</i>	,090

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 29 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão saúde* (questão 1.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, não se encontraram quaisquer resultados estatisticamente significativos.

Tabela 29

*Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Características Sociodemográficas*

<b>Comportamental</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	1,04	1	,307	,06
<b>Escalão Etário</b>	4,76	2	,092	,13
<b>Estado Civil</b>	-	-	,058*	,18
<b>Escolaridade</b>	-	-	,255*	,17
<b>Reformado</b>	-	-	,547*	,05
<b>Pensionista</b>	2,33	1	,127	,09
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	-	-	,373*	,13
<b>Local de Habitação</b>	-	-	,421*	,13
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,537*	,11
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,37	1	,544	,04

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

A análise da Tabela 30 permite concluir que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão saúde* (questão 1.3) e as sete perceções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 30

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias de saúde (1.3)</b>
<b>Idade</b>	<i>Rho</i>	-,107
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>Rho</i>	,028
<b>Percepção de Doença</b>	<i>Rho</i>	-,019
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	,067
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>Rho</i>	,084
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	,029
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>Rho</i>	-,038
<b>Percepção de Stress</b>	<i>Rho</i>	-,074
<b>Doença</b>	<i>Rho</i>	-,003
<b>Vida Independente</b>	<i>Rho</i>	,110
<b>Relações Sociais</b>	<i>Rho</i>	,007
<b>Sentidos</b>	<i>Rho</i>	,066
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>Rho</i>	-,001
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	,051
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	-,003
<b>Crenças</b>	<i>Rho</i>	,006
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>Rho</i>	,048
<b>Espiritualidade</b>	<i>Rho</i>	,044
<b>Orientação Vital</b>	<i>Rho</i>	,052

- Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 31 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria psicológica da dimensão doença (questão 2.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à forma de preenchimento. Assim,

verificou-se que os indivíduos, que responderam ao questionário pelas suas próprias mãos, mencionaram menos a categoria psicológica do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 31

*Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Características Sociodemográficas*

<b>Psicológica</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	1,74	1	,187	,08
<b>Escalão Etário</b>	2,02	2	,365	,08
<b>Estado Civil</b>	1,16	4	,885	,06
<b>Escolaridade</b>	10,02	7	,187	,18
<b>Reformado</b>	0,16	1	,690	,02
<b>Pensionista</b>	0,16	1	,690	,02
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	4,33	5	,503	,12
<b>Local de Habitação</b>	4,72	5	,451	,13
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,387*	,13
<b>Forma de Preenchimento</b>	7,11	1	,008	,15

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Na Tabela 32 observa-se que, resultante do cruzamento da categoria *física* da *dimensão doença* (questão 2.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à escolaridade e ao facto de se ser ou não pensionista. Desta forma, verificou-se, por um lado, uma tendência para os indivíduos mais escolarizados mencionarem mais a dimensão física do que os restantes (magnitude de efeito fraca), enquanto que, por outro, foi possível concluir-se que os indivíduos pensionistas mencionaram menos esta categoria do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 32

*Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Características Sociodemográficas*

<b>Física</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	3,09	1	,079	,10
<b>Escalão Etário</b>	4,38	2	,112	,12
<b>Estado Civil</b>	-	-	,189*	,14
<b>Escolaridade</b>	30,81	7	<,001	,32
<b>Reformado</b>	0,67	1	,413	,05
<b>Pensionista</b>	5,36	1	,021	,13
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	-	-	,124*	,17
<b>Local de Habitação</b>	10,74	5	,057	,19
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,464*	,12
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,76	1	,384	,05

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

A análise da Tabela 33 permite concluir que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão doença* (questão 2.1) e as sete percepções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 33

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.1), por Idade Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

	<i>Rho</i>	Total de categorias de doença (2.1)
<b>Idade</b>	<i>Rho</i>	-,034
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>Rho</i>	-,006
<b>Percepção de Doença</b>	<i>Rho</i>	-,066
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	,012
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>Rho</i>	,049
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	,099
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>Rho</i>	,053
<b>Percepção de Stress</b>	<i>Rho</i>	,084
<b>Doença</b>	<i>Rho</i>	,017
<b>Vida Independente</b>	<i>Rho</i>	-,005
<b>Relações Sociais</b>	<i>Rho</i>	-,007
<b>Sentidos</b>	<i>Rho</i>	,071
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>Rho</i>	-,034
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>Rho</i>	,004
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>Rho</i>	-,020
<b>Crenças</b>	<i>Rho</i>	-,049
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>Rho</i>	,050
<b>Espiritualidade</b>	<i>Rho</i>	,011
<b>Orientação Vital</b>	<i>Rho</i>	-,046

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 34 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão doença* (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos, pois observou-se que:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- a) A menção da categoria comportamental está mais presente no grupo de indivíduos que não tendo concluído o 1º Ciclo sabem ler e escrever; por outro lado, encontra-se particularmente menos presente nos indivíduos que concluíram o 2º Ciclo (magnitude de efeito fraca);
- b) Os indivíduos que habitam em São Brás de Alportel e Lagos foram os que menos invocaram a categoria comportamental, sendo os de Albufeira os que mais o fizeram (magnitude de efeito fraca);
- c) Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade e nos grupos de desporto do que os restantes, sendo a magnitude deste efeito também fraca;
- d) A maioria dos indivíduos que preencheu os questionários de forma autónoma não mencionou a categoria comportamental, tendo-se verificado uma tendência contrária no grupo que precisou de ajuda para o preenchimento (magnitude de efeito fraca).

Tabela 34

*Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Características Sociodemográficas*

Comportamental	$\chi^2$	gl	p	$\phi_c$
Sexo	2,04	1	,153	,08
Escalão Etário	1,73	2	,420	,08
Estado Civil	3,23	4	,520	,10
Escolaridade	15,62	7	,029	,23
Reformado	0,66	1	,416	,05
Pensionista	0,55	1	,459	,04
Pessoa(s) com quem vive	10,64	5	,059	,19
Local de Habitação	13,83	5	,017	,22
Contexto onde está inserido	-	-	<,001*	,29
Forma de Preenchimento	22,17	1	<,001	,27

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Na Tabela 35 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *dependências* da *dimensão doença* (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos os seguintes resultados estatisticamente significativos:

- a) A menção da categoria dependências está um pouco mais presente no grupo de indivíduos que não são pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- b) Os indivíduos que habitam em Lagos foram os que menos invocaram a categoria dependências, sendo os de Albufeira os que mais o fizeram (magnitude de efeito fraca);
- c) Os indivíduos que não mencionaram a categoria dependências estão bastante mais representados na universidade da terceira idade e bastante menos na Casa do Avô, sendo a magnitude deste efeito também fraca;
- d) A maioria dos indivíduos que preencheu os questionários de forma autónoma não mencionou a categoria dependências, tendo-se verificado uma tendência contrária no grupo que precisou de ajuda para o preenchimento (magnitude de efeito fraca).

Tabela 35

*Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Características Sociodemográficas*

<b>Dependências</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	1,48	1	,224	,07
<b>Escalão Etário</b>	0,08	2	,960	,02
<b>Estado Civil</b>	5,92	4	,205	,14
<b>Escolaridade</b>	9,20	7	,239	,18
<b>Reformado</b>	0,53	1	,466	,04
<b>Pensionista</b>	4,24	1	,039	,12
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	4,57	5	,471	,12
<b>Local de Habitação</b>	17,53	5	,004	,24
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	<,001*	,30
<b>Forma de Preenchimento</b>	10,19	1	,001	,18

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

A análise da Tabela 36 permite concluir que, ao explorarem-se possíveis correlações entre o *total das categorias da dimensão doença* (questão 2.2) com a idade, com as sete perceções em análise, assim como, com a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital se verificam duas correlações estatisticamente significativas:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- a) O total das categorias extraídas da *dimensão doença* (questão 2.2) tende a ser maior na medida em que a percepção de felicidade é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito fraca);
- b) O total das categorias extraídas da *dimensão doença* (questão 2.2) tende a ser maior na medida em que a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito fraca).

Tabela 36

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias de doença (2.2)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,069
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,027
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,080
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,043
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,122*
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,109
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,006
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,079
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,002
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,066
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,003
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,098
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,065
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,066
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,023
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,029
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,094
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,044
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,137*

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 37 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão doença* (questão 2.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, só se encontraram estatisticamente significativos relativamente à variável sexo, isto é, os indivíduos masculinos mencionaram menos essa categoria que os femininos (magnitude de efeito fraca).

Tabela 37

*Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Características Sociodemográficas*

<b>Comportamental</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	4,68	1	,030	,13
<b>Escalão Etário</b>	4,49	2	,106	,12
<b>Estado Civil</b>	3,73	4	,444	,11
<b>Escolaridade</b>	2,37	7	,937	,09
<b>Reformado</b>	0,88	1	,349	,05
<b>Pensionista</b>	1,85	1	,174	,08
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	6,37	5	,272	,15
<b>Local de Habitação</b>	5,50	5	,358	,14
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,924*	,07
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,32	1	,573	,03

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Na Tabela 38 observa-se que, após uma análise correlacional entre o *total das categorias da dimensão doença* (questão 2.3) e a idade, as sete perceções em análise, a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, só se encontrou uma correlação significativa, isto é, a que envolve a perceção de felicidade. Em suma, o total de categorias de saúde (2.3) tende a ser maior na medida em que a perceção de felicidade é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 38

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

	<i>rho</i>	Total de categorias de doença (2.3)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	,022
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	,013
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,048
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,134*
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,067
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	,045
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,082
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,059
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,050
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,021
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,030
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,066
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,043
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,009
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,009
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,008
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	-,012

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 39 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *saúde da dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, não se encontraram quaisquer resultados estatisticamente significativos.

Tabela 39

*Categoria Saúde – Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Características Sociodemográficas*

Saúde	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	0,29	1	,591	,03
<b>Escalão Etário</b>	0,50	2	,778	,04
<b>Estado Civil</b>	-	-	,173*	,15
<b>Escolaridade</b>	7,22	7	,407	,16
<b>Reformado</b>	0,65	1	,421	,05
<b>Pensionista</b>	0,29	1	,589	,03
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	4,66	5	,458	,12
<b>Local de Habitação</b>	4,77	5	,445	,13
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,120	,17
<b>Forma de Preenchimento</b>	1,20	1	,158	,08

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

A análise da Tabela 40 permite concluir o seguinte:

- a) À medida que a idade dos participantes é maior, o total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende a ser menor, sendo a magnitude desse efeito fraca;
- b) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende, por um lado, a ser maior na medida em que as percepções de saúde e qualidade de vida são mais positivas, e por outro, a ser menor quando o stress percebido é maior (magnitude dos efeitos muito fraca);
- c) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende a ser maior na medida em que tanto os sentidos como a esperança/otimismo são mais acentuados (magnitude dos efeitos muito fraca).

Tabela 40

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

	<i>rho</i>	Total de categorias de qualidade de vida (3.1)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,214**
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,122*
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,043
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,140*
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,067
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,075
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,063
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,125*
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,005
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,025
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,028
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,138*
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,054
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,064
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,069
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,044
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,118*
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,090
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,080

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Da análise da Tabela 41, realça-se que os indivíduos casados, assim como os que autopreencheram os questionários, mencionaram menos a categoria *saúde* da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) do que os restantes.

Tabela 41

*Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Características Sociodemográficas*

Saúde	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
Sexo	0,26	1	,607	,03
Escalão Etário	0,82	2	,664	,05
Estado Civil	-	-	,003*	,23
Escolaridade	3,12	7	,873	,10
Reformado	0,71	1	,399	,05
Pensionista	0,13	1	,717	,02
Pessoa(s) com quem vive	10,30	5	,067	,18
Local de Habitação	1,70	5	,889	,08
Contexto onde está inserido	-	-	,124	,17
Forma de Preenchimento	5,17	1	,023	,13

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 42, realça-se que os indivíduos do sexo feminino, assim como aqueles que enviuvaram, mencionaram menos a categoria *ausência* da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) do que os restantes.

Tabela 42

*Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Características Sociodemográficas*

Ausência	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
Sexo	9,03	1	,003	,17
Escalão Etário	0,45	2	,799	,04
Estado Civil	-	-	,040*	,18
Escolaridade	6,38	7	,496	,15
Reformado	0,11	1	,740	,02
Pensionista	0,86	1	,355	,05
Pessoa(s) com quem vive	4,64	5	,461	,12
Local de Habitação	3,41	5	,637	,11
Contexto onde está inserido	-	-	,707	,10
Forma de Preenchimento	0,12	1	,735	,02

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 43 realçam-se os seguintes resultados:

- a) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) tende a ser maior na medida em que as perceções de qualidade de vida e felicidade são maiores, pese embora tais correlações tenham magnitudes bastante fracas;
- b) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) tende a ser maior na medida em que a esperança/otimismo são mais acentuados (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 43

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

	<i>rho</i>	Total de categorias de qualidade de vida (3.2)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,077
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,078
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,018
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,195**
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,152**
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,096
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,005
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,044
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,020
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,045
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,043
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,084
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,071
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,033
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,017
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,040
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,115*
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,060
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,068

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Da análise da Tabela 44, realça-se que os indivíduos com mais idade, isto é, aqueles que têm entre 80 e 90 anos, mencionaram menos a categoria *comportamental da dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) do que os restantes.

Tabela 44

*Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Características Sociodemográficas*

<b>Comportamental</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	,24	1	,621	,03
<b>Escalão Etário</b>	8,22	2	,016	,16
<b>Estado Civil</b>	8,03	4	,090	,16
<b>Escolaridade</b>	8,75	7	,271	,17
<b>Reformado</b>	3,16	1	,076	,10
<b>Pensionista</b>	0,17	1	,677	,02
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	3,87	5	,568	,11
<b>Local de Habitação</b>	3,02	5	,698	,10
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,344	,14
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,73	1	,392	,05

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

A análise da Tabela 45 permite concluir o seguinte:

- a) À medida que a idade dos participantes é maior, o total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) tende a ser menor, sendo a magnitude desse efeito muito fraca;
- b) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) tende a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida é maior (magnitude de efeito muito fraca);
- c) O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) tende a ser maior na medida em que a subescala vida independente apresenta valores maiores (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 45

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias de qualidade de vida (3.3)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,124*
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,079
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,037
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,141*
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,099
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,088
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,038
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,080
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,046
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,135*
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,006
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,094
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,096
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,105
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,015
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,009
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,021
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,026
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,053

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Da análise da Tabela 46, realça-se que os indivíduos do sexo masculino, assim como os reformados, mencionaram menos a categoria *social* da *dimensão felicidade* (questão 4.1) do que os restantes.

Tabela 46

*Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Características Sociodemográficas*

<b>Social</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	4,86	1	,027	,13
<b>Escalão Etário</b>	0,81	2	,668	,05
<b>Estado Civil</b>	-	-	,436	,11
<b>Escolaridade</b>	7,66	7	,367	,16
<b>Reformado</b>	5,68	1	,017	,14
<b>Pensionista</b>	1,54	1	,214	,07
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	6,52	5	,259	,15
<b>Local de Habitação</b>	4,38	5	,495	,12
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,115	,18
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,11	1	,736	,02

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 47, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão felicidade* (questão 4.1) e as sete percepções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 47

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias da felicidade (4.1)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,101
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	-,031
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,064
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,053
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,045
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,018
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,016
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,043
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,024
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,037
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,030
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,107
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,087
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,053
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,012
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,022
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,066
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,060
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,010

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 48 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *saúde* da *dimensão felicidade* (questão 4.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, não se encontraram quaisquer resultados estatisticamente significativos.

Tabela 48

*Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Características Sociodemográficas*

Saúde	$\chi^2$	gl	p	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	0,57	1	,450	,04
<b>Escalão Etário</b>	0,86	2	,651	,05
<b>Estado Civil</b>	3,76	4	,439	,11
<b>Escolaridade</b>	9,59	7	,213	,18
<b>Reformado</b>	0,38	1	,545	,04
<b>Pensionista</b>	0,23	1	,632	,03
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	3,48	5	,626	,11
<b>Local de Habitação</b>	6,09	5	,297	,14
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,106	,17
<b>Forma de Preenchimento</b>	1,17	1	,280	,06

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Por sua vez, na Tabela 49 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *social* da *dimensão felicidade* (questão 4.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, só se encontraram diferenças quando a variável *forma de preenchimento* é considerada. Deste modo, observou-se que os inquiridos que autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria *social* da *dimensão felicidade* (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 49

*Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Características Sociodemográficas*

<b>Social</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	1,21	1	,272	,06
<b>Escalão Etário</b>	5,41	2	,067	,13
<b>Estado Civil</b>	-	-	,288	,13
<b>Escolaridade</b>	5,14	7	,643	,13
<b>Reformado</b>	0,73	1	,393	,05
<b>Pensionista</b>	0,20	1	,658	,03
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	8,52	5	,130	,17
<b>Local de Habitação</b>	5,98	5	,308	,14
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,435	,13
<b>Forma de Preenchimento</b>	7,71	1	,006	,16

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 50, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão felicidade* (questão 4.2) e as sete percepções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 50

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

	<i>rho</i>	Total de categorias da felicidade (4.2)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,004
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,028
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,040
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,035
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,074
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,025
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	,033
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,087
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	-,020
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,043
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,092
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,029
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,002
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,015
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,005
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,029
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	-,012
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	-,053

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 51 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão felicidade* (questão 4.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, só se encontraram diferenças quando a variável *forma de preenchimento* é considerada. Deste modo, observou-se que os inquiridos que

autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria *social* da *dimensão felicidade* do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 51

*Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Características Sociodemográficas*

Comportamental	$\chi^2$	gl	p	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	3,31	1	,069	,11
<b>Escalão Etário</b>	0,77	2	,680	,05
<b>Estado Civil</b>	-	-	,172	,14
<b>Escolaridade</b>	12,49	7	,086	,20
<b>Reformado</b>	0,02	1	,904	,01
<b>Pensionista</b>	0,08	1	,775	,02
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	-	-	,612	,11
<b>Local de Habitação</b>	4,36	5	,499	,12
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,078	,18
<b>Forma de Preenchimento</b>	9,05	1	,003	,17

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 52 destacam-se os seguintes resultados:

- O total das categorias extraídas da *dimensão felicidade* (questão 4.3) tende, por um lado, a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida é maior, e por outro, a ser menor na medida em que a percepção de doença é maior, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);
- O total das categorias extraídas da *dimensão felicidade* (questão 4.3) tende a ser maior na medida em que a orientação vital é mais acentuada, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 52

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		Total de categorias da felicidade (4.3)
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	,041
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,130*
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,125*
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,000
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,031
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,104
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,030
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,033
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,089
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,110
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,082
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,113
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,110
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,050
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,032
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,048
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,128*

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 53 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, se verificaram como resultados significativos os seguintes:

- a) A categoria saúde é mais mencionada pelos inquiridos sem qualquer escolaridade ou com o 1º Ciclo incompleto (magnitude de efeito fraca);
- b) Os indivíduos que vivem com os filhos são aqueles que mais mencionaram a categoria saúde no âmbito da satisfação com a vida (magnitude de efeito muito fraca);
- c) Os indivíduos que não mencionaram a categoria saúde estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade, assim como no grupo daqueles que não se encontram ligados a qualquer instituição, pese embora neste grupo só existam sete indivíduos (magnitude de efeito fraca);
- d) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria saúde (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 53

*Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Características Sociodemográficas*

Saúde	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	0,57	1	,452	,04
<b>Escalão Etário</b>	0,68	2	,713	,05
<b>Estado Civil</b>	-	-	,113	,15
<b>Escolaridade</b>	20,98	7	,004	,26
<b>Reformado</b>	0,51	1	,477	,04
<b>Pensionista</b>	0,00	1	,983	,00
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	11,32	5	,045	,19
<b>Local de Habitação</b>	6,63	5	,249	,15
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,011	,22
<b>Forma de Preenchimento</b>	7,17	1	,007	,16

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 54 destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.1) tende a ser maior na medida em que o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida são menores (magnitude dos efeitos muito fraca).

Tabela 54

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias da satisfação com a vida (5.1)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	,053
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	-,077
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	,037
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,094
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,011
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,067
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,005
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	,011
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,043
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	-,040
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,071
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,096
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,137*
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,135*
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,060
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,043
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,041
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	-,060

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 55 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, só se encontraram resultados significativos quando as variáveis *pensionista* e *contexto onde está inserido* são consideradas. Deste modo, observou-se que tanto os inquiridos pensionistas, como aqueles que se encontram inseridos na Universidade Aberta ou num grupo desportivo, mencionaram com menos

frequência a categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* do que os restantes (magnitude dos efeitos muito fraca).

Tabela 55

*Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Características Sociodemográficas*

Saúde	$\chi^2$	gl	p	$\phi_c$
Sexo	0,49	1	,483	,04
Escalão Etário	0,83	2	,661	,05
Estado Civil	1,64	4	,802	,07
Escolaridade	8,22	7	,313	,17
Reformado	0,11	1	,742	,02
Pensionista	4,99	1	,025	,13
Pessoa(s) com quem vive	5,72	5	,334	,14
Local de Habitação	7,84	5	,165	,16
Contexto onde está inserido	-	-	,036	,20
Forma de Preenchimento	1,01	1	,314	,06

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 56 destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.2) tende a ser maior na medida em que a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 56

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias da satisfação com a vida (5.2)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,029
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,083
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,086
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,104
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,031
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,003
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,053
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,072
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,068
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,004
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,065
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,053
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,063
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,028
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,041
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,005
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,067
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,055
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,149**

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 57 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria comportamental da dimensão satisfação com a vida (questão 5.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, resultaram como dados estatisticamente significativos os seguintes:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- a) A categoria comportamental é bastante menos mencionada pelos inquiridos que vivem em conjunto com os cônjuges e filhos, sendo mais acentuada naqueles que vivem sozinhos (magnitude de efeito fraca);
- b) Os indivíduos que habitam em Lagos e São Brás de Alportel são os que menos mencionaram a categoria comportamental no âmbito da satisfação com a vida, tendo os de Loulé sido os que mais a mencionaram (magnitude de efeito fraca);
- c) Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade, assim como nos que pertencem a um grupo desportivo (magnitude de efeito muito fraca);
- d) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria comportamental (magnitude muito fraca).

Tabela 57

*Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Características Sociodemográficas*

Comportamental	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	0,19	1	,664	,02
<b>Escalão Etário</b>	0,72	2	,698	,05
<b>Estado Civil</b>	-	-	,119	,15
<b>Escolaridade</b>	6,63	7	,468	,15
<b>Reformado</b>	0,39	1	,530	,04
<b>Pensionista</b>	0,39	1	,531	,04
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	12,95	5	,024	,21
<b>Local de Habitação</b>	16,95	5	,005	,24
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,043	,19
<b>Forma de Preenchimento</b>	5,83	1	,016	,14

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 58, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão satisfação com a vida* (questão 5.3) e as sete perceções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 58

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias da satisfação com a vida (5.3)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,099
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,075
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	,033
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,045
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,024
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,076
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	,048
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,055
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,096
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,065
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,062
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,099
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,049
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,058
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,055
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,049
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	-,044

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 59 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Concretamente, observou-se que:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- a) A categoria não sabe é bastante menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- b) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- c) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não concluíram o 1º Ciclo e por aqueles que não têm qualquer escolarização (magnitude de efeito moderada);
- d) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- e) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

Tabela 59

*Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Características Sociodemográficas*

<b>Não Sabe</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	7,77	1	,005	,16
<b>Escalão Etário</b>	18,43	2	<,001	,25
<b>Estado Civil</b>	-	-	,176	,14
<b>Escolaridade</b>	55,14	7	<,001	,43
<b>Reformado</b>	2,87	1	,090	,10
<b>Pensionista</b>	3,12	1	,077	,10
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	7,22	5	,205	,16
<b>Local de Habitação</b>	3,86	5	,570	,11
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	<,001	,32
<b>Forma de Preenchimento</b>	25,07	1	<,001	,29

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 60, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão otimismo* (questão 6.1) e as sete perceções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 60

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do otimismo (6.1)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,043
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,087
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,032
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,020
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,024
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,009
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,017
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,007
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,027
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,034
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,078
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,007
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,011
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,000
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,056
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,065
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,013

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 61 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Concretamente, observou-se o seguinte:

- a) A categoria *não sabe* é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- b) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- c) A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos viúvos (magnitude de efeito muito fraca);
- d) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo (magnitude de efeito moderada);
- e) A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- f) A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos (magnitude de efeito fraca);
- g) A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos que habitam em Faro ou em Loulé (magnitude de efeito fraca);
- h) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- i) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

Tabela 61

*Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Características Sociodemográficas*

<b>Não Sabe</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	7,13	1	,008	,15
<b>Escalão Etário</b>	14,93	2	,001	,22
<b>Estado Civil</b>	-	-	,028*	,19
<b>Escolaridade</b>	91,07	7	<,001	,55
<b>Reformado</b>	0,87	1	,350	,05
<b>Pensionista</b>	10,50	1	,001	,19
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	12,58	5	,028	,21
<b>Local de Habitação</b>	15,81	5	,007	,23
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	<,001	,38
<b>Forma de Preenchimento</b>	46,40	1	<,001	,39

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Da análise da Tabela 62 destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da *dimensão otimismo* (questão 6.2) tende a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida e os níveis de espiritualidade são também eles mais elevados, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 62

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do otimismo (6.2)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,047
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,039
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,089
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,132*
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,073
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,026
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,007
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,061
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,024
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,064
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,019
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,032
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,032
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,005
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,019
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,111
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,103
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,127*
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,109

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 63 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Concretamente, observou-se o seguinte:

- a) A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- b) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- c) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo (magnitude de efeito moderada);
- d) A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- e) A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos (magnitude de efeito fraca);
- f) A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos que habitam em Faro ou em Loulé (magnitude de efeito fraca);
- g) A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- h) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

Tabela 63

*Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Características Sociodemográficas*

Não Sabe	$\chi^2$	gl	p	$\Phi_c$
<b>Sexo</b>	4,86	1	,027	,13
<b>Escalão Etário</b>	12,55	2	,002	,21
<b>Estado Civil</b>	-	-	,057	,18
<b>Escolaridade</b>	66,27	7	<,001	,47
<b>Reformado</b>	1,07	1	,301	,06
<b>Pensionista</b>	8,80	1	,003	,17
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	14,04	5	,015	,22
<b>Local de Habitação</b>	12,01	5	,035	,20
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	<,001	,38
<b>Forma de Preenchimento</b>	36,89	1	<,001	,35

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 64 destacam-se os seguintes resultados:

- a) O total das categorias extraídas da *dimensão otimismo* (questão 6.3) tende, por um lado, a ser maior na medida em que a percepção de felicidade é maior, e por outro, a ser menor na medida em que as percepções de doença e stress são maiores, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);
- b) O total das categorias extraídas da *dimensão otimismo* (questão 6.3) tende, por uma lado, a ser menor na medida em que a subescala sentidos apresenta valores mais baixos, e por outro, a ser maior na medida em que tanto a esperança/otimismo e orientação vital são maiores, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca).

Tabela 64

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do otimismo (6.3)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,042
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,108
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,116*
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,048
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,115*
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,076
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,183*
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,027
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,071
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,042
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,119*
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,018
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,002
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,010
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,002
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,119*
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,078
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,160*

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 65 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria psicológica da *dimensão stress* (questão 7.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, unicamente foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando a variável escolaridade foi tida em conta. Em suma, verificou-se que a categoria supramencionada foi menos mencionada pelo grupo de inquiridos sem qualquer escolarização, tendo pelo, contrário, sido mais mencionada no grupo de indivíduos com formação superior (magnitude de efeito fraca).

Tabela 65

*Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Características Sociodemográficas*

<b>Psicológica</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	0,67	1	,412	,05
<b>Escalão Etário</b>	3,26	2	,196	,10
<b>Estado Civil</b>	1,64	-	,802	,07
<b>Escolaridade</b>	16,93	7	,018	,24
<b>Reformado</b>	0,50	1	,481	,04
<b>Pensionista</b>	0,15	1	,698	,02
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	4,28	5	,510	,12
<b>Local de Habitação</b>	8,60	5	,126	,17
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,181	,15
<b>Forma de Preenchimento</b>	3,29	1	,070	,11

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 66 destaca-se unicamente uma correlação estatisticamente significativa entre o total das categorias extraídas da *dimensão stress* (questão 7.1) e a esperança/otimismo. Concretamente, verifica-se que a primeira é maior na medida em que a esperança/otimismo é também ela mais acentuada, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 66

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do stress (7.1)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,052
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,093
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,073
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,113
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	-,006
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,069
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,032
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,088
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,033
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,109
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	-,017
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,051
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,072
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,026
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,006
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,034
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,127*
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,081
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,035

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 67 é possível observar-se que, resultante do cruzamento da categoria *psicológica do stress* (questão 7.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, não se encontraram quaisquer resultados estatisticamente significativos.

Tabela 67

*Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Características Sociodemográficas*

<b>Psicológica</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	2,49	1	,114	,09
<b>Escalão Etário</b>	5,84	2	,054	,14
<b>Estado Civil</b>	-	-	,091	,16
<b>Escolaridade</b>	1,43	7	,985	,07
<b>Reformado</b>	1,51	1	,219	,07
<b>Pensionista</b>	0,32	1	,570	,03
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	7,71	5	,173	,16
<b>Local de Habitação</b>	8,60	5	,126	,17
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,194	,16
<b>Forma de Preenchimento</b>	0,09	1	,764	,017

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 68, conclui-se que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa entre o *total das categorias da dimensão stress* (questão 7.2) e as sete perceções em análise, nem tampouco com a idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Tabela 68

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do stress (7.2)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,093
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	-,025
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,015
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,026
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,065
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,040
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,052
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,108
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	-,004
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,044
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,001
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	-,104
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	-,056
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	-,048
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,025
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	,042
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	,079
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	,077
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,110

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

Na Tabela 69 é possível observar-se que, do cruzamento da categoria *residual* da *dimensão stress* (questão 7.3) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos. Concretamente, observou-se o seguinte:

- a) A categoria residual é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- b) A categoria residual é mais mencionada pelos inquiridos mais escolarizados, em particular, pelos que completaram o ensino secundário ou um curso superior (magnitude de efeito fraca);
- c) A categoria residual é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos na Universidade da Terceira Idade (magnitude de efeito fraca);
- d) Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram mais do que os restantes a categoria residual (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 69

*Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Características Sociodemográficas*

<b>Residual</b>	$\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>	$\phi_c$
<b>Sexo</b>	7,56	1	,006	,16
<b>Escalão Etário</b>	0,25	2	,884	,03
<b>Estado Civil</b>	-	-	,740	,08
<b>Escolaridade</b>	29,12	7	<,001	,31
<b>Reformado</b>	0,16	1	,685	,02
<b>Pensionista</b>	2,54	1	,111	,09
<b>Pessoa(s) com quem vive</b>	6,24	5	,284	,14
<b>Local de Habitação</b>	9,17	5	,102	,18
<b>Contexto onde está inserido</b>	-	-	,006	,24
<b>Forma de Preenchimento</b>	10,96	1	,001	,19

\* Probabilidade de significância do teste exato de Fisher

Da análise da Tabela 70 destaca-se unicamente uma correlação estatisticamente significativa entre o total das categorias extraídas da *dimensão stress* (questão 7.3) e a perceção de satisfação com a vida. Deste modo, verifica-se que a primeira é maior na medida em que a perceção de satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

Tabela 70

*Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital*

		<b>Total de categorias do stress (7.3)</b>
<b>Idade</b>	<i>rho</i>	-,100
<b>Percepção de Saúde</b>	<i>rho</i>	,047
<b>Percepção de Doença</b>	<i>rho</i>	-,055
<b>Percepção da Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,093
<b>Percepção de Felicidade</b>	<i>rho</i>	,101
<b>Percepção de Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	,132*
<b>Percepção de Otimismo</b>	<i>rho</i>	,027
<b>Percepção de Stress</b>	<i>rho</i>	-,066
<b>Doença</b>	<i>rho</i>	,009
<b>Vida Independente</b>	<i>rho</i>	,047
<b>Relações Sociais</b>	<i>rho</i>	,074
<b>Sentidos</b>	<i>rho</i>	,044
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	<i>rho</i>	,022
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>rho</i>	,027
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>rho</i>	-,017
<b>Crenças</b>	<i>rho</i>	-,001
<b>Esperança/Otimismo</b>	<i>rho</i>	-,008
<b>Espiritualidade</b>	<i>rho</i>	-,006
<b>Orientação Vital</b>	<i>rho</i>	,036

\* Correlação significativa para  $\alpha = ,05$ ; \*\* Correlação significativa para  $\alpha = ,01$

### **6.3- Análise discriminante das categorias mais mencionadas**

A análise discriminante é uma técnica estatística multivariada de dependência, que se aplica quando a variável dependente é qualitativa (grupos) e as variáveis independentes são quantitativas, bem como as variáveis dicotômicas, como por exemplo o sexo, que também podem ser introduzidas como variáveis explicativas (Pestana & Gageiro, 2008).

Esta técnica emprega-se para descobrir as características que distinguem os membros de um grupo dos de outro, de modo que, conhecidas as características de um novo indivíduo, se possa prever a que grupo pertence.

Para Fernández e Martínez (2000), “a análise discriminante é uma técnica multivariada de dependência, que permite encontrar funções capazes de separar dois ou mais grupos de indivíduos, tomando como base um conjunto de medidas sobre os mesmos, representadas por uma série de variáveis. A análise discriminante pode ser considerada como uma técnica de redução de dados, que oferece, ao desenvolver um pequeno número de funções discriminantes, uma nova versão dos factos que contribuem para as diferenças entre os grupos” (p.383).

A análise discriminante é uma técnica que pode ser utilizada para distintas situações, segundo Fernández e Martínez (2000), pode ser utilizada para fins explicativos, preditivos e reclassificadores. Explicativos quando a intenção é quantificarem a contribuição relativa de cada uma das variáveis independentes na classificação correta dos indivíduos considerados dentro dos distintos grupos objeto de estudo. Ou seja, tenta-se provar o poder discriminante de cada uma das variáveis, na maior parte dos casos com o objetivo de selecionar um subconjunto que melhor discrimine os grupos. Preditivos, no sentido de descobrir um indivíduo, que não conhecemos a que grupo pertence à priori, dentro do grupo, a partir dos valores das variáveis independentes. E reclassificadores, no sentido em que, definidos os grupos, se deseja recompor essa parte, no sentido de procurar uma melhor interpretação dos grupos.

Para se poder aplicar a análise discriminante, ou pelo menos para que as conclusões alcançadas fossem fiáveis, foi necessário ter em conta uma série de condições, características dos dados, que se devem cumprir previamente. A matriz de covariância intragrupo deve ser igual ou muito parecida em todos os grupos de estudo, e

caso assim não seja os resultados da análise são pouco credíveis. Por outro lado, cada um dos grupos deve ser precedente de uma população que siga uma distribuição normal multivariada. Quando isto não se verifique, podem surgir problemas importantes na interpretação das funções discriminantes. Importante também, e que pode influenciar os resultados, é que exista multicolineariedade entre as variáveis independentes. Quer isto dizer que duas ou mais variáveis devem estar altamente correlacionadas, uma vez que uma variável pode ser preditiva ou explicativa das outras, o que quer dizer também que tem uma rara capacidade explicativa no conjunto das variáveis independentes. Em suma, é necessário verificar os princípios de normalidade das variáveis independentes, a ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes e a igualdade das matrizes das covariâncias dos grupos, realizada através do teste de Box.

A amostra deve ser representativa de cada um dos grupos que estejam compostos à priori, devendo ter um número mínimo de 20 observações por cada grupo da variável independente.

Após todas as premissas anteriores terem sido tidas em consideração, iniciou-se o processo propriamente dito da análise discriminante. O primeiro passo consiste em formular o problema a investigar, bem como selecionar as variáveis dependentes e independentes. Para estimar as funções discriminantes pode utilizar-se dois métodos, o método direto ou simultâneo e o método por passos. Após a função já desenvolvida será necessário determinar se é ou não significativa, se é capaz de discriminar entre grupos, para o qual se pode utilizar vários critérios estatísticos, através do teste de qui-quadrado. Quanto menor for o valor P, mais a função consegue separar os grupos, maior capacidade preditiva. No entanto, esta deve ser comprovada estatisticamente, sendo o critério mais utilizado o *lambda de Wills*, que indica a proporção do total da variância nos resultados discriminantes não explicada pelas diferenças entre os grupos. Permite averiguar o quão bem a função separa os casos em grupos. Quando os valores se encontram próximos de 1 indicam uma grande proximidade entre os grupos, que a média de todos os grupos é similar, não há grande capacidade da função discriminante, pelo contrário valores próximos de 0 indicam uma grande diferença, variabilidade entre os mesmos.

De igual forma realizou-se a técnica das correlações canónicas, útil para explorar as relações entre as variáveis dependentes e independentes múltiplas. A correlação canónica de cada função discriminante, entre a combinação linear das variáveis

independentes (a função discriminante) e a combinação linear das variáveis indicadoras (uns e zeros), relativos a pertença dos sujeitos aos grupos. Os valores da correlação canónica situam-se entre 0 e 1, o que indica que quanto mais perto do 1 estiver maior é o poder discriminante.

Quando alcançada uma função discriminante com adequada capacidade de classificação, cabe identificar perfis de indivíduos que formam os diferentes grupos. Segundo Fernández e Martínez (2000), “para a interpretação da função existem três indicadores a considerar: os coeficientes estandardizados da função discriminante, a estrutura das correlações e os valores parciais de F para a variável. Os coeficientes estandardizados da função discriminante revelam que as variáveis com os coeficientes estandardizados maiores contribuem mais para a capacidade de discriminação da função” (p.405). Por outro lado um valor elevado de F está associado a um alto poder discriminante.

Tal como foi feito para as análises anteriores, também para realizar as análises discriminantes, foram somente consideradas as categorias com uma expressividade igual ou superior a 30%, e nas situações em que esse número não foi atingido, foi tido em conta o valor mais elevado, em cada grupo e por cada questão.

**Análises Discriminantes: Dimensão Saúde vs. Total das Categorias da Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Perceções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 71, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 1.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da saúde ( $p < ,001$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,041$ ). Note-se, contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva. Embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,44). O valor de *lambda de Wills* é de 0,81, valor moderadamente alto, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 71

*Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1)  
- por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da saúde	53,90	<,001	1,63	,92	,88
Idade	1,08	,300	-0,20	-,14	-,13
Percepção de Saúde	0,58	,447	0,02	,02	,09
Percepção de Doença	3,79	,053	-0,45	-,34	-,23
Percepção da Qualidade de Vida	0,41	,523	-0,13	-,09	,08
Percepção de Felicidade	0,05	,829	-,015	-,12	-,03
Percepção de Satisfação com a Vida	0,03	,874	0,10	,08	-,02
Percepção de Otimismo	4,19	,041	0,26	,36	,25
Percepção de Stress	,91	,342	0,04	,05	,11
Qualidade de Vida	0,00	,963	-0,07	-,29	,01
Satisfação com a Vida	0,07	,797	-0,02	-,09	-,03
Espiritualidade	0,08	,781	-0,01	-,03	,03
Orientação Vital	0,01	,926	-0,01	-,03	,01
Constante	-	-	2,72	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,44	,81	60,99	13	<,001	

Na Tabela 72 é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente, aproximadamente, 71% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria psicológica (80,5% de classificações corretas). Ou seja, a função só não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 19,5% destes indivíduos.

Por sua vez, 59,6% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão saúde), tendo a função conseguido classificar, contra 40,4% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 72

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

PSICOLÓGICA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	128	31	159
	Sim	57	84	141
%	Não	80,5	19,5	100,0
	Sim	40,4	59,6	100,0

Nota: 70,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

$$\text{Função} = 2,715 + (\text{Total de categorias de saúde} \times 1,629) + (\text{Percepção de Otimismo} \times 0,263)$$

Na Tabela 73, observa-se que, ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 1.1) como variável dependente, à semelhança da análise anterior, as únicas variáveis independentes que poderiam entrar na função são o total das categorias da saúde ( $p = ,017$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,045$ ). Também neste caso, embora de forma menos acentuada, o total de categorias de saúde apresenta um ajustamento à função superior à da percepção de otimismo. Por fim, os dados sugerem que a função não é significativamente eficaz ( $\chi^2 = 20,72$ ;  $gl = 13$ ;  $p = ,079$ ), ou seja, não parece ser capaz de separar os participantes em grupos, sendo que os resultados da correlação canónica acabam por reforçar tal ideia (,26). O valor de *lambda de Wills* é de 0,93, valor moderadamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 73

*Análise Discriminante: Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da saúde	5,76	,017	1,09	,66	,51
Idade	,13	,721	,02	,16	,08
Percepção de Saúde	1,98	,160	-,38	-,30	-,30
Percepção de Doença	2,10	,148	,41	,30	,31
Percepção da Qualidade de Vida	1,47	,226	-,23	-,16	-,26
Percepção de Felicidade	1,75	,186	-,03	-,02	-,28
Percepção de Satisfação com a Vida	2,56	,110	,03	,02	-,34
Percepção de Otimismo	4,04	,045	-,43	-,59	-,43
Percepção de Stress	,32	,575	,12	,16	,12
Qualidade de Vida	,16	,691	,06	,28	-,08
Satisfação com a Vida	1,93	,166	-,05	-,21	-,30
Espiritualidade	2,93	,088	-,09	-,29	-,37
Orientação Vital	,00	,960	,15	,42	,01
Constante	-	-	-3,25	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,26	,93	20,72	13	,079	

Na Tabela 74 é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 57% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria ausência (59,1% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 40,9% destes indivíduos.

Por sua vez, 53,5% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão saúde), tendo a função conseguido classificar, contra 46,5% que a função não conseguiu classificar corretamente

Tabela 74

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

AUSÊNCIA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	110	76	186
	Sim	53	61	114
%	Não	59,1	40,9	100,0
	Sim	46,5	53,5	100,0

Nota: 57,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -3,249 + (Total de categorias de saúde x 1,088) + (Percepção de Otimismo x -0,431)**

Na Tabela 75, observam-se os resultados de uma análise discriminante, onde foi considerada a categoria "comportamental" da dimensão saúde (questão 1.2) como variável dependente, tendo-se continuado a considerar como variáveis independentes as mesmas das análises anteriores. Desta forma, os resultados sugerem que nenhuma das variáveis independentes consideradas tem um ajustamento estatisticamente significativo à função. Em suma, os dados apurados sugerem que não é possível elaborar uma função, com as variáveis independentes consideradas, que permita discriminar os elementos em dois grupos.

Tabela 75

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da saúde	2,63	,106	-1,11	-,41	-,42
Idade	3,70	,056	,08	,58	,50
Percepção de Saúde	1,67	,198	,33	,26	,33
Percepção de Doença	,96	,327	-,08	-,06	-,25
Percepção da Qualidade de Vida	2,44	,119	,56	,39	,40
Percepção de Felicidade	,16	,686	-,41	-,34	,10
Percepção de Satisfação com a Vida	,92	,339	,05	,05	,49
Percepção de Otimismo	1,37	,244	,13	,18	,30
Percepção de Stress	,00	,992	-,02	-,03	,00
Qualidade de Vida	1,20	,274	,00	,00	,28
Satisfação com a Vida	3,65	,057	,08	,38	,49
Espiritualidade	1,47	,227	,07	,25	,31
Orientação Vital	,59	,444	-,02	-,04	,20
Constante	-	-	-9,04	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,22	,95	14,38	13	,348	

Na Tabela 76 é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 68% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (71,4% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 28,6 % destes indivíduos.

Por sua vez, 67,3% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão saúde), tendo a função conseguido classificar, contra 32,7% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 76

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

<b>COMPORTAMENTAL</b>		<b>Prognóstico de grupo de pertença</b>		
		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	<b>Não</b>	20	8	28
	<b>Sim</b>	89	183	272
<b>%</b>	<b>Não</b>	71,4	28,6	100,0
	<b>Sim</b>	32,7	67,3	100,0

Nota: 67,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

Na Tabela 77, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 1.3) como variável dependente, à semelhança da análise anterior, tampouco neste caso, foi possível apurar qualquer variável independente estatisticamente significativa para a função discriminante. Desta forma, conclui-se de novo que não parece ser possível elaborar uma função que permita discriminar os elementos em dois grupos.

Tabela 77

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da saúde	3,79	,052	-1,52	-,54	-,56
Idade	2,94	,087	,05	,33	,49
Percepção de Saúde	1,82	,179	-,11	-,09	-,39
Percepção de Doença	3,38	,067	,50	,37	,53
Percepção da Qualidade de Vida	,27	,604	,39	,27	-,15
Percepção de Felicidade	,20	,652	,00	,00	-,13
Percepção de Satisfação com a Vida	,15	,694	,17	,14	-,11
Percepção de Otimismo	,17	,679	-,05	-,07	,12
Percepção de Stress	1,12	,291	,16	,21	,30
Qualidade de Vida	3,79	,053	-,08	-,37	-,56
Satisfação com a Vida	,84	,361	-,05	-,23	-,26
Espiritualidade	,43	,514	-,03	-,12	-,19
Orientação Vital	,03	,861	,13	,38	,05
Constante	-	-	-1,83	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,20	,96	11,74	13	,550	

Na Tabela 78 é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 66,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (59,1% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 49,9 % destes indivíduos.

Por sua vez, 66,9% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão saúde), tendo a função conseguido classificar, contra 33,1% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 78

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

COMPORTAMENTAL		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	13	9	22
	Sim	92	186	278
%	Não	59,1	40,9	100,0
	Sim	33,1	66,9	100,0

Nota: 66,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Análises Discriminantes: Dimensão Doença vs. Total das Categorias da Doença, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 79, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 2.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ) e a qualidade de vida ( $p = ,029$ ). Note-se, contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva. Embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,44). O valor de *lambda de Wills* é de 0,81, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 79

*Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da doença	47,189	,000	-1,57	-,82	-,82
Idade	1,047	,307	,04	,26	,12
Percepção de Saúde	1,112	,292	,14	,11	,13
Percepção de Doença	,582	,446	,55	,41	,09
Percepção da Qualidade de Vida	2,395	,123	,40	,28	,19
Percepção de Felicidade	,019	,890	-,08	-,06	-,02
Percepção de Satisfação com a Vida	,353	,553	-,21	-,17	-,07
Percepção de Otimismo	,302	,583	-,09	-,12	-,07
Percepção de Stress	1,635	,202	-,07	-,10	-,15
Qualidade de Vida	4,841	,029	,11	,47	,26
Satisfação com a Vida	1,738	,188	,01	,03	,16
Espiritualidade	1,188	,277	,35	,24	,13
Orientação Vital	,486	,486	-,13	-,06	,08
Constante	-	-	-6,78	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,44	,81	61,20	13	<,001	

Na Tabela 80, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 70% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria psicológica (73,9% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 26,1% destes indivíduos.

Por sua vez, 63,8% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão doença), tendo a função conseguido classificar, contra 36,2% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 80

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

PSICOLÓGICA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	136	48	184
	Sim	42	74	116
%	Não	73,9	26,1	100,0
	Sim	36,2	63,8	100,0

Nota: 70,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = - 6,78 + (Total de categorias da doença x -1,566) + (Perceção de Qualidade de Vida x 0,402)**

Na Tabela 81, observa-se que, ao considerar-se a categoria "física" (questão 2.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ). Deste modo, pese embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,49). O valor de *lambda de Wills* é de 0,76, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 81

*Análise Discriminante: Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da doença	77,20	,000	1,88	,94	,91
Idade	,35	,552	,04	,25	,06
Perceção de Saúde	2,17	,141	,30	,24	,15
Perceção de Doença	,86	,355	,22	,17	-,10
Perceção da Qualidade de Vida	1,83	,178	,26	,18	,14
Perceção de Felicidade	,31	,580	-,22	-,18	,06
Perceção de Satisfação com a Vida	3,03	,083	,22	,18	,18
Perceção de Otimismo	,06	,804	-,02	-,03	,03
Perceção de Stress	,55	,458	,03	,03	,08
Qualidade de Vida	1,15	,284	,04	,19	,11
Satisfação com a Vida	,12	,734	-,04	-,20	-,03
Espiritualidade	1,70	,194	,27	,19	,13
Orientação Vital	,16	,685	-,20	-,10	-,04
Constante	-	-	-8,48	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,49	,76	79,53	13	<,001	

Na Tabela 82, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 76% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria física (82,8% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 17,2% destes indivíduos.

Por sua vez, 60,0% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão doença), tendo a função conseguido classificar, contra 36,0% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 82

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

FISÍCA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	154	32	186
	Sim	41	73	114
%	Não	82,8	17,2	100,0
	Sim	36,0	64,0	100,0

Nota: 75,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

$$\text{Função} = -8,477 + (\text{Total de categorias de doença} \times 1,883)$$

Na Tabela 83, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes que poderiam entrar na função são o total das categorias da doença ( $p = ,039$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,026$ ), sendo que a segunda apresentaria um ajustamento à função um pouco superior. Não obstante o mencionado, os dados sugerem que a função não é significativamente eficaz ( $\chi^2 = 15,47$ ;  $gl = 13$ ;  $p = ,279$ ), ou seja, não parece ser capaz de separar os participantes em grupos, sendo que os resultados da correlação canónica acabam por reforçar tal ideia (.23). O valor de *lambda de Wills* é de 0,95, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 83

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da doença	4,29	,039	1,66	,51	,51
Idade	,10	,747	-,01	-,06	,08
Percepção de Saúde	,65	,422	-,12	-,10	-,20
Percepção de Doença	,27	,602	,06	,05	,13
Percepção da Qualidade de Vida	,89	,347	-,48	-,34	-,23
Percepção de Felicidade	,11	,737	,35	,29	,08
Percepção de Satisfação com a Vida	,03	,866	-,15	-,13	-,04
Percepção de Otimismo	5,02	,026	,54	,74	,56
Percepção de Stress	,46	,500	-,31	-,40	-,17
Qualidade de Vida	,07	,793	,01	,06	-,07
Satisfação com a Vida	,83	,363	-,07	-,32	-,23
Espiritualidade	,60	,439	-,31	-,21	-,19
Orientação Vital	,43	,510	,28	,13	,16
Constante	-	-	,00	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,23	,95	15,47	13	,279	

Na Tabela 84, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 60% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (67,5% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 32,5 % destes indivíduos.

Por sua vez, 51,4% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão doença), tendo a função conseguido classificar, contra 48,6% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 84

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

COMPORTAMENTAL		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	108	52	160
	Sim	68	72	140
%	Não	67,5	32,5	100,0
	Sim	48,6	51,4	100,0

Nota: 60,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função =0,0 + (Total de categorias de doença x 1,66) + (Perceção de otimismo x 0,54)**

Na Tabela 85, observa-se que, ao considerar-se a categoria "dependências" (questão 2.2) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ). Deste modo, pese embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,41). O valor de *lambda de Wills* é de 0,83, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 85

*Análise Discriminante: Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da doença	36,45	<,001	2,83	,82	,77
Idade	1,41	,236	,02	,10	,15
Percepção de Saúde	1,11	,292	,09	,07	-,13
Percepção de Doença	,43	,513	-,16	-,12	,08
Percepção da Qualidade de Vida	7,65	,006	-,79	-,54	-,35
Percepção de Felicidade	,18	,671	,43	,36	,05
Percepção de Satisfação com a Vida	,17	,678	-,09	-,08	-,05
Percepção de Otimismo	2,00	,158	,19	,26	,18
Percepção de Stress	,14	,709	-,02	-,02	,05
Qualidade de Vida	1,51	,220	-,03	-,13	-,16
Satisfação com a Vida	1,35	,247	-,02	-,07	-,15
Espiritualidade	3,44	,065	-,46	-,32	-,24
Orientação Vital	,11	,737	,18	,09	,04
Constante	-	-	-,91	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,41	,83	54,71	13	<,001	

Na Tabela 86, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 66% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria dependências (75,5% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 24,5 % destes indivíduos.

Por sua vez, 50,0% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão doença), tendo a função conseguido classificar, contra 50,0% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 86

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

DEPENDÊNCIAS		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	139	45	184
	Sim	58	58	116
%	Não	75,5	24,5	100,0
	Sim	50,0	50,0	100,0

Nota: 65,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -0,91 + (Total de categorias de doença x 2,83) + (Percepção de qualidade de vida x -0,79)**

Na Tabela 87, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ) e a idade ( $p = ,024$ ). Note-se, contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva. Embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é fraca (correlação canónica = ,35). O valor de *lambda de Wills* é de 0,88, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 87

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da doença	19,49	<,001	2,55	,70	,68
Idade	5,15	,024	-,06	-,43	-,35
Percepção de Saúde	,57	,452	-,62	-,49	-,12
Percepção de Doença	,15	,695	,01	,01	,06
Percepção da Qualidade de Vida	2,05	,154	,54	,37	,22
Percepção de Felicidade	1,38	,242	,42	,34	,18
Percepção de Satisfação com a Vida	,19	,665	-,78	-,65	-,07
Percepção de Otimismo	1,10	,295	-,12	-,17	-,16
Percepção de Stress	,14	,712	,07	,09	-,06
Qualidade de Vida	,16	,688	-,01	-,02	,06
Satisfação com a Vida	1,36	,244	,04	,18	,18
Espiritualidade	,21	,648	,14	,10	,07
Orientação Vital	1,65	,200	,71	,34	,20
Constante	-	-	,60	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,35	,88	38,41	13	<,001	

Na Tabela 88, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 63,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (69,4% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 30,6 % destes indivíduos.

Por sua vez, 57,7% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão doença), tendo a função conseguido classificar, contra 42,3% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 88

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<u>COMPORTAMENTAL</u>		<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Total</u>
<u>n</u>	<u>Não</u>	100	44	144
	<u>Sim</u>	66	90	156
<u>%</u>	<u>Não</u>	69,4	30,6	100,0
	<u>Sim</u>	42,3	57,7	100,0

Nota: 63,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

$$\text{Função} = 0,60 + (\text{Total de categorias de doença} \times 2,55) + (\text{idade} \times -0,06)$$

**Análises Discriminantes: Dimensão Qualidade de Vida vs. Total das Categorias da Qualidade de Vida, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Perceções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 89, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ). Pese embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é fraca (correlação canónica = ,36). O valor de *lambda de Wills* é de 0,87, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 89

*Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coefficiente discriminante canónico	Coefficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da qualidade de vida	32,43	<,001	,99	,95	,87
Idade	,12	,727	,01	,10	-,05
Percepção de Saúde	,00	,972	,05	,04	-,01
Percepção de Doença	,24	,627	,16	,12	,07
Percepção da Qualidade de Vida	,64	,424	-,48	-,34	-,12
Percepção de Felicidade	,29	,588	-,30	-,25	-,08
Percepção de Satisfação com a Vida	,00	,950	,46	,38	,01
Percepção de Otimismo	,04	,847	,04	,06	,03
Percepção de Stress	2,31	,129	-,16	-,21	-,23
Qualidade de Vida	,08	,774	,00	-,01	-,04
Satisfação com a Vida	,46	,500	-,03	-,13	-,10
Espiritualidade	,62	,431	-,36	-,25	-,12
Orientação Vital	,44	,507	,33	,16	,10
Constante	-	-	-1,08	-	-
<b>Correlação Canónica</b>					
	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,36	,87	39,48	13	<,001	

Na Tabela 90, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 68,3 % dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria saúde (72,2% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 27,8 % destes indivíduos.

Por sua vez, 57,1% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão qualidade de vida), tendo a função conseguido classificar, contra 42,9% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 90

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<u>SAÚDE</u>		<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Total</u>
<u>n</u>	<u>Não</u>	161	62	223
	<u>Sim</u>	33	44	77
<u>%</u>	<u>Não</u>	72,2	27,8	100,0
	<u>Sim</u>	42,9	57,1	100,0

Nota: 68,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -1,08 + (Total de categorias de qualidade de vida x 0,99)**

Na Tabela 91, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são, por capacidade discriminante, o: total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ); percepção de satisfação com a vida ( $p = ,007$ ); percepção da qualidade de vida ( $p = ,038$ ); percepção de doença ( $p = ,014$ ); satisfação com a vida ( $p = ,023$ ); e percepção de saúde ( $p = ,048$ ). Note-se ainda que o total das categorias da qualidade de vida é claramente a variável que apresenta a maior capacidade preditiva. Por fim, realça-se que embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é fraca (correlação canónica = ,35). O valor de *lambda de Wills* é de 0,88, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 91

*Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da qualidade de vida	21,87	<,001	,93	,85	,73
Idade	,15	,698	,00	,01	,06
Percepção de Saúde	3,93	,048	-,13	-,10	-,31
Percepção de Doença	6,05	,014	,23	,17	,39
Percepção da Qualidade de Vida	4,35	,038	-,34	-,23	-,33
Percepção de Felicidade	2,65	,105	,23	,19	-,26
Percepção de Satisfação com a Vida	7,27	,007	-,49	-,40	-,42
Percepção de Otimismo	,94	,333	-,09	-,12	-,15
Percepção de Stress	,89	,346	,11	,14	,15
Qualidade de Vida	3,39	,067	,01	,02	-,29
Satisfação com a Vida	5,23	,023	-,04	-,16	-,36
Espiritualidade	1,29	,257	,01	,00	-,18
Orientação Vital	1,91	,168	,07	,03	-,22
Constante	-	-	,33	-	-
<b>Correlação Canónica</b>					
<b>Lambda de Wilks</b>					
<b><math>\chi^2</math></b>					
<b>gl</b>					
<b>p</b>					
	,35	,88	37,18	13	<,001

Na Tabela 92, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 70% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria saúde (73,9% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 26,1 % destes indivíduos.

Por sua vez, 62,4% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão qualidade de vida), tendo a função conseguido classificar, contra 37,6% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 92

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

	Prognóstico de grupo de pertença			Total
	SAÚDE	Não	Sim	
n	Não	147	52	199
	Sim	38	63	101
%	Não	73,9	26,1	100,0
	Sim	37,6	62,4	100,0

Nota: 70,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função =0,33 + (Total de categorias de qualidade de vida x 0,93) + (percepção de satisfação com a vida x -0,49)+ (percepção de doença x 0,23) + (satisfação com a vida x -0,04)+ (percepção da qualidade de vida x -0,34)+ (percepção de saúde x -0,13)**

Na Tabela 93, observa-se que, ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 3.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ) e a percepção de doença ( $p = ,046$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior. Uma vez mais, embora os dados sugiram que a função consegue separar os participantes em grupos, a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,40). O valor de *lambda de Wills* é de 0,84, valor relativamente alto, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 93

*Análise Discriminante: Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da qualidade de vida	40,56	<,001	1,04	,92	,83
Idade	,00	,997	,00	,00	,00
Percepção de Saúde	1,70	,193	-,13	-,10	-,17
Percepção de Doença	4,00	,046	,17	,13	,26
Percepção da Qualidade de Vida	,52	,473	-,22	-,15	-,09
Percepção de Felicidade	,05	,815	,12	,09	-,03
Percepção de Satisfação com a Vida	,74	,390	-,05	-,04	-,11
Percepção de Otimismo	2,85	,092	-,23	-,32	-,22
Percepção de Stress	,82	,366	,20	,26	,12
Qualidade de Vida	2,50	,115	-,03	-,13	-,21
Satisfação com a Vida	,68	,409	,01	,06	-,11
Espiritualidade	2,42	,121	-,32	-,22	-,20
Orientação Vital	,01	,929	,47	,23	-,01
Constante	-	-	-,37	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,40	,84	52,08	13	<,001	

Na Tabela 94, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 70% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria ausência (74,6% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 25,4 % destes indivíduos.

Por sua vez, 59,3% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão qualidade de vida), tendo a função conseguido classificar, contra 40,7% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 94

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

AUSÊNCIA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	156	53	209
	Sim	37	54	91
%	Não	74,6	25,4	100,0
	Sim	40,7	59,3	100,0

Nota: 70,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -0,37 + (Total de categorias de qualidade de vida x 1,04) (percepção de doença x 0,17)**

Na Tabela 95, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 3.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ) e a idade ( $p = ,045$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior. Por fim, realça-se que a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 96,54$ ;  $gl = 13$ ;  $p < ,001$ ), sendo que a magnitude da dita é moderada (correlação canônica = ,53). O valor de *lambda de Wills* é de 0,72, valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 95

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	P			
Total das categorias da qualidade de vida	106,59	<,001	1,45	,97	,96
Idade	4,04	,045	-,03	-,18	-,19
Percepção de Saúde	,14	,710	,05	,04	,03
Percepção de Doença	,69	,407	,30	,23	,08
Percepção da Qualidade de Vida	,31	,580	-,12	-,08	,05
Percepção de Felicidade	,23	,634	-,11	-,09	,04
Percepção de Satisfação com a Vida	,46	,500	,12	,10	,06
Percepção de Otimismo	,63	,427	,10	,14	,07
Percepção de Stress	,88	,348	-,04	-,05	-,09
Qualidade de Vida	,27	,606	,00	,01	,05
Satisfação com a Vida	,01	,917	,00	,00	,01
Espiritualidade	,04	,839	-,05	-,04	-,02
Orientação Vital	,02	,893	-,05	-,02	,01
Constante	-	-	-,95	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,53	,72	96,54	13	<,001	

Na Tabela 96, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 78,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (85,0% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 15,0 % destes indivíduos.

Por sua vez, 70,7% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão qualidade de vida), tendo a função conseguido classificar, contra 29,3% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 96

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

COMPORTAMENTAL		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	136	24	160
	Sim	41	99	140
%	Não	85,0	15,0	100,0
	Sim	29,3	70,7	100,0

Nota: 78,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

$$\text{Função} = -0,95 + (\text{Total de categorias de qualidade de vida} \times 1,45) + (\text{idade} \times -0,3)$$

**Análises Discriminantes: Dimensão Felicidade vs. Total das Categorias da Felicidade, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Perceções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 97, observa-se que, ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função separar os participantes em grupos é de magnitude moderada (correlação canónica = ,49). O valor de *lambda de Wills* é de 0,77, valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 97

*Análise Discriminante: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coefficiente discriminante canónico	Coefficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da felicidade	79,16	<,001	1,46	,98	,93
Idade	,13	,719	,00	,00	-,04
Percepção de Saúde	1,08	,300	,12	,09	-,11
Percepção de Doença	,96	,328	,14	,10	,10
Percepção da Qualidade de Vida	,90	,343	-,29	-,21	-,10
Percepção de Felicidade	,38	,539	-,15	-,12	-,06
Percepção de Satisfação com a Vida	,59	,442	,17	,14	-,08
Percepção de Otimismo	,08	,777	,02	,03	-,03
Percepção de Stress	2,06	,152	-,15	-,20	-,15
Qualidade de Vida	2,45	,118	-,03	-,15	-,16
Satisfação com a Vida	,06	,812	,02	,11	-,02
Espiritualidade	,87	,352	-,24	-,17	-,10
Orientação Vital	,55	,459	-,23	-,11	-,08
Constante	-	-	,38	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,49	,77	78,20	13	<,001	

Na Tabela 98, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 73% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria social (76,7% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 23,3 % destes indivíduos.

Por sua vez, 64,3% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão felicidade), tendo a função conseguido classificar, contra 35,7% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 98

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<b>SOCIAL</b>		<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	<b>Não</b>	155	47	202
	<b>Sim</b>	35	63	98
<b>%</b>	<b>Não</b>	76,7	23,3	100,0
	<b>Sim</b>	35,7	64,3	100,0

Nota: 72,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = 0,38 + (Total de categorias de felicidade x 1,46)**

Na Tabela 99, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 4.2) como variável dependente, os resultados sugerem, novamente, que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função separar os participantes em grupos através dessa variável é de magnitude moderada (correlação canónica = ,47). O valor de *lambda de Wills* é de 0,78, valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 99

*Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coefficiente discriminante canónico	Coefficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da felicidade	70,61	<,001	1,24	,95	,91
Idade	,41	,522	,00	-,01	,07
Percepção de Saúde	2,45	,118	-,32	-,25	-,17
Percepção de Doença	,67	,415	,06	,05	,09
Percepção da Qualidade de Vida	,17	,680	,07	,05	-,04
Percepção de Felicidade	,00	,957	,20	,17	,01
Percepção de Satisfação com a Vida	1,44	,231	-,32	-,27	-,13
Percepção de Otimismo	2,03	,155	,16	,22	,15
Percepção de Stress	,02	,886	-,08	-,10	-,02
Qualidade de Vida	,15	,700	,01	,03	-,04
Satisfação com a Vida	,79	,376	-,02	-,10	-,10
Espiritualidade	2,38	,124	-,13	-,09	-,17
Orientação Vital	,11	,741	,22	,11	-,04
Constante	-	-	-1,27	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,47	,78	73,04	13	<,001	

Na Tabela 100, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 73,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria saúde (76,8% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 23,2 % destes indivíduos.

Por sua vez, 68,3% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão felicidade), tendo a função conseguido classificar, contra 31,7% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 100

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<u>SAÚDE</u>		<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Total</u>
<u>n</u>	<u>Não</u>	136	41	177
	<u>Sim</u>	39	84	123
<u>%</u>	<u>Não</u>	76,8	23,2	100,0
	<u>Sim</u>	31,7	68,3	100,0

Nota: 73,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -1,27 + (Total de categorias de felicidade x 1,24)**

Na Tabela 101, observa-se que, ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ) e a orientação vital ( $p < ,001$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva superior. Por fim, realça-se que a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 60,83$ ;  $gl = 13$ ;  $p < ,001$ ), sendo que a magnitude da dita é relativamente modesta (correlação canónica = ,43). O valor de *lambda de Wills* é de 0,81, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 101

*Análise Discriminante: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da felicidade	46,71	<,001	1,08	,86	,82
Idade	2,39	,123	,03	,22	,19
Percepção de Saúde	,03	,859	,30	,23	-,02
Percepção de Doença	,66	,417	,13	,10	,10
Percepção da Qualidade de Vida	,30	,581	,12	,08	-,07
Percepção de Felicidade	,13	,714	,17	,14	-,04
Percepção de Satisfação com a Vida	1,53	,217	-,25	-,21	-,15
Percepção de Otimismo	,02	,886	-,01	-,02	-,02
Percepção de Stress	2,27	,133	,12	,15	,18
Qualidade de Vida	1,08	,301	-,02	-,09	-,12
Satisfação com a Vida	,49	,486	,00	,02	-,08
Espiritualidade	,11	,741	,22	,15	-,04
Orientação Vital	12,48	<,001	-1,01	-,47	-,42
Constante	-	-	-3,17	-	-
<b>Correlação Canônica</b>					
<b>Lambda de Wilks</b>			$\chi^2$	gl	p
,43	,81	60,83	13	<,001	

Na Tabela 102, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 71% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria social (75,0% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 25% destes indivíduos.

Por sua vez, 63,9% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão felicidade), tendo a função conseguido classificar, contra 36,1% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 102

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
	<b>SOCIAL</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	<b>Não</b>	144	48	192
	<b>Sim</b>	39	69	108
<b>%</b>	<b>Não</b>	75,0	25,0	100,0
	<b>Sim</b>	36,1	63,9	100,0

Nota: 71,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -3,17 + (Total de categorias de felicidade x 1,08)+ (orientação vital x - 1,01)**

Na Tabela 103, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 4.3) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função separar os participantes em grupos através dessa variável é de magnitude modesta (correlação canónica = ,40). O valor de *lambda de Wills* é de 0,84, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 103

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da felicidade	43,44	<,001	1,90	,96	,89
Idade	,04	,840	,00	-,03	,03
Percepção de Saúde	,00	,956	-,06	-,05	,01
Percepção de Doença	,09	,771	-,02	-,02	-,04
Percepção da Qualidade de Vida	,19	,660	-,54	-,37	-,06
Percepção de Felicidade	1,30	,255	,54	,44	,15
Percepção de Satisfação com a Vida	,53	,466	-,20	-,16	,10
Percepção de Otimismo	,16	,690	-,03	-,04	,05
Percepção de Stress	,11	,741	,16	,21	,04
Qualidade de Vida	,26	,612	,00	,00	,07
Satisfação com a Vida	1,36	,244	,01	,06	,16
Espiritualidade	,69	,408	,14	,10	,11
Orientação Vital	3,22	,074	,39	,19	,24
Constante	-	-	-2,80	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>P</b>	
,40	,84	49,47	13	<,001	

Na Tabela 104, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 73% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (84,9% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 15,1 % destes indivíduos.

Por sua vez, 53,9% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão felicidade), tendo a função conseguido classificar, contra 46,1% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 104

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

COMPORTAMENTAL		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	157	28	185
	Sim	53	62	115
%	Não	84,9	15,1	100,0
	Sim	46,1	53,9	100,0

Nota: 73,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -2,80 + (Total de categorias de felicidade x 1,90)**

**Análises Discriminantes: Dimensão Felicidade vs. Total das Categorias da Satisfação com a Vida, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 105, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ) e a orientação vital ( $p = ,031$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior. Por fim, realça-se que a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 113,55$ ;  $gl = 13$ ;  $p < ,001$ ), sendo que a magnitude da dita é moderada (correlação canónica = ,57). O valor de *lambda de Wills* é de 0,68, valor modesto, que releva que a proximidade entre os grupos é frágil.

Tabela 105

*Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coefficiente discriminante canónico	Coefficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias da satisfação com a vida	126,48	<,001	1,76	,96	,94
Idade	,05	,829	,00	,02	,02
Percepção de Saúde	2,48	,116	-,12	-,09	-,13
Percepção de Doença	,72	,396	,02	,02	,07
Percepção da Qualidade de Vida	,20	,652	,24	,16	-,04
Percepção de Felicidade	,00	,966	,13	,11	,00
Percepção de Satisfação com a Vida	,69	,406	-,12	-,10	-,07
Percepção de Otimismo	,00	,962	,02	,03	,00
Percepção de Stress	2,15	,144	,12	,16	,12
Qualidade de Vida	3,17	,076	,00	-,02	-,15
Satisfação com a Vida	1,78	,183	-,02	-,09	-,11
Espiritualidade	,58	,447	,23	,16	,06
Orientação Vital	4,68	,031	-,44	-,21	-,18
Constante	-	-	-2,51	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>GI</b>	<b>p</b>	
,57	,68	113,55	13	<,001	

Na Tabela 106, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 83,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria saúde (88,6% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 11,4 % destes indivíduos.

Por sua vez, 66,2% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão satisfação com a vida), tendo a função conseguido classificar, contra 33,8% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 106

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<u>SAÚDE</u>		<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Total</u>
<u>n</u>	<u>Não</u>	203	26	229
	<u>Sim</u>	24	47	71
<u>%</u>	<u>Não</u>	88,6	11,4	100,0
	<u>Sim</u>	33,8	66,2	100,0

Nota: 83,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -2,51 + (Total de categorias de satisfação com a vida x 1,76)+(orientação vital x -0,44)**

Na Tabela 107, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.2) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função separar os participantes em grupos através dessa variável é moderada (correlação canónica = ,60). O valor de *lambda de Wills* é de 0,64, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 107

*Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canônico	Coeficiente discriminante canônico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias da satisfação com a vida	149,20	<,001	1,54	1,00	,94
Idade	,60	,440	,02	,11	,06
Percepção de Saúde	,32	,570	-,11	-,08	-,04
Percepção de Doença	,25	,614	,12	,09	,04
Percepção da Qualidade de Vida	,00	,991	-,09	-,06	,00
Percepção de Felicidade	,05	,825	,00	,00	-,02
Percepção de Satisfação com a Vida	,11	,741	,05	,04	-,03
Percepção de Otimismo	2,48	,117	,13	,17	,12
Percepção de Stress	,07	,798	,00	,00	,02
Qualidade de Vida	,00	,974	,03	,15	,00
Satisfação com a Vida	1,38	,240	-,05	-,23	-,09
Espiritualidade	,07	,792	,00	,00	-,02
Orientação Vital	,95	,330	,05	,03	,08
Constante	-	-	-4,09	-	-
<b>Correlação Canônica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,60	,64	130,15	13	<,001	

Na Tabela 108, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 82% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria saúde (86,4% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 13,6 % destes indivíduos.

Por sua vez, 75,8% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão satisfação com a vida), tendo a função conseguido classificar, contra 24,2% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 108

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
SAÚDE		Não	Sim	Total
n	Não	152	24	176
	Sim	30	94	124
%	Não	86,4	13,6	100,0
	Sim	24,2	75,8	100,0

Nota: 82,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -4,09 + (Total de categorias de satisfação com a vida x 1,54)**

Na Tabela 109, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 5.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ), a qualidade de vida ( $p = ,005$ ) e a percepção de doença ( $p = ,040$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva superior às outras. Por fim, realça-se que a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 73,51$ ;  $gl = 13$ ;  $p < ,001$ ), sendo que a magnitude da dita é moderada (correlação canónica = ,47). O valor de *lambda de Wills* é de 0,78, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 109

*Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias de satisfação com a vida	49,01	<,001	2,51	,85	,76
Idade	,12	,733	,01	,09	,04
Percepção de Saúde	1,08	,298	-,18	-,14	-,11
Percepção de Doença	4,25	,040	,04	,03	,22
Percepção da Qualidade de Vida	,06	,803	,40	,28	,03
Percepção de Felicidade	,00	,975	,46	,38	,00
Percepção de Satisfação com a Vida	2,75	,098	-,66	-,54	-,18
Percepção de Otimismo	,00	,945	-,13	-,18	-,01
Percepção de Stress	1,76	,185	,18	,24	,14
Qualidade de Vida	7,94	,005	-,08	-,35	-,30
Satisfação com a Vida	2,60	,108	-,03	-,15	-,17
Espiritualidade	,08	,776	,14	,09	,03
Orientação Vital	1,23	,268	,98	,47	,12
Constante	-	-	-3,20	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,47	,78	73,51	13	<,001	

Na Tabela 110, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 74,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental (80,9% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 19,1% destes indivíduos.

Por sua vez, 56,3% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão satisfação com a vida), tendo a função conseguido classificar, contra 43,8% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 110

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

COMPORTAMENTAL		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	178	42	220
	Sim	35	45	80
%	Não	80,9	19,1	100,0
	Sim	43,8	56,3	100,0

Nota: 74,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -3,20 + (Total de categorias de satisfação com a vida x 2,51)+(qualidade de vida x -0,08)+ (perceção de doença x 0,04)**

**Análises Discriminantes: Dimensão Otimismo vs. Total das Categorias do Otimismo, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Perceções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 111, observa-se que, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.1) como variável dependente, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida e a satisfação com a vida, as restantes 11 variáveis independentes são estatisticamente significativas, ou seja, entram na função, sendo que as perceções de otimismo e de satisfação com a vida, assim como a idade são as que aparentam ter o maior poder discriminante. Por fim, realça-se que os dados sugerem que a função consegue separar os participantes em grupos, sendo a magnitude de efeito dessa capacidade moderada (correlação canónica = ,48). O valor de *lambda de Wills* é de 0,77, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 111

*Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras	F	p	Coefficiente discriminante canónico	Coefficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
Total das categorias de otimismo	7,91	,005	-1,28	-,31	-,29
Idade	20,46	<,001	,05	,35	,47
Percepção de Saúde	9,32	,002	-,13	-,10	-,32
Percepção de Doença	6,60	,011	,09	,06	,27
Percepção da Qualidade de Vida	11,68	,001	-,25	-,17	-,36
Percepção de Felicidade	20,53	<,001	-,35	-,28	-,47
Percepção de Satisfação com a Vida	20,95	<,001	-,45	-,36	-,48
Percepção de Otimismo	17,60	<,001	,36	,48	,44
Percepção de Stress	15,21	<,001	,12	,15	,41
Qualidade de Vida	,15	,703	,07	,31	-,04
Satisfação com a Vida	,00	,952	,07	,34	,01
Espiritualidade	5,56	,019	-,17	-,11	-,25
Orientação Vital	4,89	,028	-,40	-,19	-,23
Constante	-	-	-2,77	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,48	,77	77,88	13	<,001	

Na Tabela 112, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 75% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria não sabe (80,6% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 19,4 % destes indivíduos.

Por sua vez, 60,2% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão otimismo), tendo a função conseguido classificar, contra 39,8% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 112

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

	NÃO SABE	Prognóstico de grupo de pertença		Total
		Não	Sim	
n	Não	175	42	217
	Sim	33	50	83
%	Não	80,6	19,4	100,0
	Sim	39,8	60,2	100,0

Nota: 75,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -2,775 + (Total de categorias de otimismo x -1,284)+(idade x 0,051)+(percepção de saúde x -0,125)+ (percepção de doença x 0,087)+ (percepção de qualidade de vida x -0,254)+(percepção de felicidade x -0,351)+(percepção de satisfação com a vida x -0,448)+ (percepção de otimismo x 0,357) + (percepção de stress x 0,115)+(espiritualidade x -0,165)+(orientação vital x -0,401)**

Na Tabela 113, observa-se que, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.2) como variável dependente, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida, as restantes 12 variáveis independentes devem ser consideradas na função final, sendo que o total das categorias de otimismo, a percepção de stress e a idade são as que têm o maior poder discriminante. Por fim, também neste caso se realça que os dados sugerem que a função consegue separar os participantes em grupos, sendo a magnitude de efeito dessa capacidade moderada (correlação canónica = ,48). O valor de *lambda de Wills* é de 0,76, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 113

*Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias de otimismo	16,50	<,001	1,19	,43	,42
Idade	17,84	<,001	-,05	-,31	-,44
Percepção de Saúde	13,59	<,001	,22	,17	,38
Percepção de Doença	7,98	,005	,00	,00	-,29
Percepção da Qualidade de Vida	20,01	<,001	,20	,13	,47
Percepção de Felicidade	27,12	<,001	,33	,26	,54
Percepção de Satisfação com a Vida	22,32	<,001	,28	,22	,49
Percepção de Otimismo	8,67	,003	-,21	-,29	-,31
Percepção de Stress	29,25	<,001	-,29	-,37	-,56
Qualidade de Vida	2,38	,124	-,06	-,24	,16
Satisfação com a Vida	4,01	,046	-,01	-,03	,21
Espiritualidade	5,00	,026	-,03	-,02	,23
Orientação Vital	10,31	,001	,37	,17	,33
Constante	-	-	1,50	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,48	,76	78,79	13	<,001	

Na Tabela 114, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 74,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria não sabe (77,9% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 22,1 % destes indivíduos.

Por sua vez, 66,7% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão otimismo), tendo a função conseguido classificar, contra 33,3% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 114

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
<u>NÃO SABE</u>		<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Total</u>
<b>n</b>	<b>Não</b>	159	45	204
	<b>Sim</b>	32	64	96
<b>%</b>	<b>Não</b>	77,9	22,1	100,0
	<b>Sim</b>	33,3	66,7	100,0

Nota: 74,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = 1,496 + (Total de categorias de otimismo x 1,187)+(idade x - 0,046)+(percepção de saúde x 0,221)+ (percepção de doença x -0,002)+ (percepção de qualidade de vida x 0,195)+(percepção de felicidade x 0,332)+(percepção de satisfação com a vida x 0,282)+ (percepção de otimismo x -0,214) + (percepção de stress x - 0,294)+ (satisfação com a vida x -0,006)+(espiritualidade x -0,033)+(orientação vital x 0,369)**

Na Tabela 115, observa-se que, ao considerar-se como variável dependente a categoria "não sabe", desta feita relativa à questão 6.3, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida, satisfação com a vida e espiritualidade, as restantes 10 variáveis independentes são estatisticamente significativas dentro do âmbito da função em análise. Dentro dessas, destacam-se a percepção do otimismo, a percepção do stress e a qualidade de vida como sendo as que têm o maior poder discriminante. Por fim, também neste caso se realça que os dados sugerem que a função consegue separar os participantes em grupos, sendo a magnitude de efeito dessa capacidade moderada (correlação canónica = ,44). O valor de *lambda de Wills* é de 0,81, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 115

*Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias de otimismo	5,75	,017	-,95	-,21	-,28
Idade	13,70	<,001	,04	,26	,44
Percepção de Saúde	13,08	<,001	-,32	-,25	-,43
Percepção de Doença	5,32	,022	-,03	-,02	,27
Percepção da Qualidade de Vida	14,94	<,001	-,39	-,27	-,46
Percepção de Felicidade	16,00	<,001	-,30	-,24	-,47
Percepção de Satisfação com a Vida	12,50	<,001	-,15	-,12	-,42
Percepção de Otimismo	14,65	<,001	,32	,43	,45
Percepção de Stress	26,58	<,001	,29	,37	,61
Qualidade de Vida	,54	,464	,07	,33	-,09
Satisfação com a Vida	,84	,361	,03	,12	-,11
Espiritualidade	3,10	,079	-,06	-,04	-,21
Orientação Vital	6,16	,014	-,36	-,17	-,29
Constante	-	-	-1,93	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>P</b>	
,44	,81	62,48	13	<,001	

Na Tabela 116, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 70,0% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria não sabe (77,7% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 22,3% destes indivíduos.

Por sua vez, 54,1% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão otimismo), tendo a função conseguido classificar, contra 45,9% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 116

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

NÃO SABE		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	157	45	202
	Sim	45	53	98
%	Não	77,7	22,3	100,0
	Sim	45,9	54,1	100,0

Nota: 70,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -1,933 + (Total de categorias de otimismo x -0,951)+(idade x 0,039)+(perceção de saúde x -0,325)+ (perceção de doença x -0,032)+ (perceção de qualidade de vida x -0,394)+(perceção de felicidade x -0,302)+(perceção de satisfação com a vida x -0,146)+ (perceção de otimismo x 0,323) + (perceção de stress x 0,290)+(orientação vital x -0,361)**

**Análises Discriminantes: Dimensão Stress vs. Total das Categorias do Otimismo, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Perceções (Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress)**

Na Tabela 117, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias do stress ( $p < ,001$ ) e a perceção de stresse ( $p < ,001$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva muito superior. Por fim, realça-se que a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 84,17$ ;  $gl = 13$ ;  $p < ,001$ ), sendo que a magnitude da dita é moderada (correlação canónica = ,50). O valor de *lambda de Wills* é de 0,75, é um valor moderado, o que revela que existe uma proximidade entre os grupos.

Tabela 117

*Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias do stress	67,22	<,001	2,16	,82	,82
Idade	1,16	,282	-,01	-,04	-,11
Percepção de Saúde	1,89	,171	,10	,08	,14
Percepção de Doença	2,58	,109	-,17	-,13	-,16
Percepção da Qualidade de Vida	1,59	,208	,02	,02	,13
Percepção de Felicidade	,40	,528	-,02	-,02	,06
Percepção de Satisfação com a Vida	2,34	,127	,20	,17	,15
Percepção de Otimismo	,61	,434	,05	,07	-,08
Percepção de Stress	14,22	<,001	-,26	-,33	-,38
Qualidade de Vida	,67	,414	-,06	-,29	-,08
Satisfação com a Vida	3,46	,064	-,09	-,40	-,19
Espiritualidade	1,56	,213	,08	,05	,12
Orientação Vital	3,40	,066	,41	,20	,18
Constante	-	-	,52	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>P</b>	
,50	,75	84,17	13	<,001	

Na Tabela 118, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 76% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria psicológica (86,2% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 13,8% destes indivíduos.

Por sua vez, 57,1% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão stress), tendo a função conseguido classificar, contra 42,9% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 118

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
		PSICOLÓGICA	Não	Sim
n	Não	168	27	195
	Sim	45	60	105
%	Não	86,2	13,8	100,0
	Sim	42,9	57,1	100,0

Nota: 76,0% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = 0,52 + (Total de categorias de stress x 2,16 + (percepção de stress x -0,26)**

Na Tabela 119, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias do stress ( $p = ,001$ ), espiritualidade ( $p = ,014$ ) e a percepção de stress ( $p = ,034$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva um pouco superior do que as restantes. Também neste caso, a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 29,40$ ;  $gl = 13$ ;  $p = ,006$ ), porém, a magnitude de tal capacidade é fraca (correlação canónica = ,31). O valor de *lambda de Wills* é de 0,90, valor elevado, o que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 119

*Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias do stress	11,09	,001	-1,00	-,55	-,59
Idade	,60	,441	,02	,13	,14
Perceção de Saúde	,03	,860	-,10	-,08	,03
Perceção de Doença	,02	,882	-,04	-,03	-,03
Perceção da Qualidade de Vida	,08	,781	-,10	-,07	,05
Perceção de Felicidade	1,81	,180	,92	,75	,24
Perceção de Satisfação com a Vida	,02	,897	-,29	-,24	-,14
Perceção de Otimismo	1,37	,242	,03	,04	,21
Perceção de Stress	4,55	,034	,29	,38	,38
Qualidade de Vida	2,01	,158	,09	,40	,25
Satisfação com a Vida	,60	,439	-,06	-,29	,02
Espiritualidade	6,09	,014	-,64	-,43	-,44
Orientação Vital	,13	,722	,05	,02	-,06
Constante	-	-	-2,73	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>P</b>	
,31	,90	29,40	13	,006	

Na Tabela 120, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 65,7% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria psicológica (67,5% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 32,5% destes indivíduos.

Por sua vez, 61,4% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão stress), tendo a função conseguido classificar, contra 38,6% que a função não conseguiu classificar corretamente

Tabela 120

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

PSICOLÓGICA		Prognóstico de grupo de pertença		
		Não	Sim	Total
n	Não	143	69	212
	Sim	34	54	88
%	Não	67,5	32,5	100,0
	Sim	38,6	61,4	100,0

Nota: 65,7% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -2,73 + (Total de categorias de stress x -1,00 + (percepção de stress x 0,29)+ (espiritualidade x -0,64)**

Na Tabela 121, observa-se que, ao considerar-se a categoria "residual" (questão 7.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são, por ordem de capacidade discriminante: total das categorias do stress ( $p = ,023$ ); percepção de stress ( $p = ,002$ ); percepção da qualidade de vida ( $p = ,003$ ); percepção de doença ( $p = ,050$ ); percepção de felicidade ( $p = ,001$ ); percepção de satisfação com a vida ( $p = ,001$ ); e satisfação com a vida ( $p = ,049$ ). Também neste caso, a função parece ser capaz de separar os participantes em grupos ( $\chi^2 = 29,36$ ;  $gl = 13$ ;  $p = ,006$ ), porém, a magnitude de tal capacidade é também neste caso fraca (correlação canónica = ,31). O valor de *lambda de Wills* por sua vez é de 0,90, valor que revela que existe uma grande proximidade entre os grupos.

Tabela 121

*Análise Discriminante: Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções*

Variáveis predictoras			Coeficiente discriminante canónico	Coeficiente discriminante canónico padronizado	Correlação com função discriminante
	F	p			
Total das categorias do stress	5,25	,023	1,09	,52	,41
Idade	,02	,886	-,01	-,06	,03
Perceção de Saúde	1,83	,178	,02	,02	-,24
Perceção de Doença	3,86	,050	,34	,25	,35
Perceção da Qualidade de Vida	9,11	,003	-,44	-,30	-,54
Perceção de Felicidade	11,26	,001	-,31	-,25	-,60
Perceção de Satisfação com a Vida	11,11	,001	-,29	-,23	-,59
Perceção de Otimismo	,00	,961	-,04	-,05	-,01
Perceção de Stress	9,97	,002	,37	,48	,56
Qualidade de Vida	,32	,573	,07	,33	-,10
Satisfação com a Vida	3,89	,049	-,02	-,08	-,35
Espiritualidade	2,01	,157	-,01	-,01	-,25
Orientação Vital	1,81	,180	,11	,05	-,24
Constante	-	-	-1,61	-	-
<b>Correlação Canónica</b>	<b>Lambda de Wilks</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	
,31	,90	29,36	13	,006	

Na Tabela 122, é possível verificar-se que a função discriminante consegue classificar corretamente aproximadamente 62,3% dos casos originais. Note-se ainda que a precisão da referida função é maior no caso dos indivíduos que não mencionaram a categoria residual (61,5% de classificações corretas). Ou seja, a função não conseguiu, nesta situação, classificar corretamente 38,5% destes indivíduos.

Por sua vez, 64,6% dos indivíduos mencionaram originalmente a categoria psicológica (dimensão stress), tendo a função conseguido classificar, contra 35,4% que a função não conseguiu classificar corretamente.

Tabela 122

*Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas*

		<u>Prognóstico de grupo de pertença</u>		
	<b>RESIDUAL</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	<b>Não</b>	136	85	221
	<b>Sim</b>	28	51	79
<b>%</b>	<b>Não</b>	61,5	38,5	100,0
	<b>Sim</b>	35,4	64,6	100,0

Nota: 62,3% dos casos agrupados originais corretamente classificados

**Função = -1,61 + (Total de categorias de stress x 1,09+ (percepção de doença x 0,34)+ (percepção de qualidade de vida x -0,44)+ (percepção de felicidade x -0,31)+(percepção de satisfação com a vida x -0,29)+ (percepção de stress x 0,37)+(satisfação com a vida x -0,02)**

#### **6.4- Regressões logísticas binárias das categorias mais mencionadas**

A regressão logística binária ou múltipla é uma técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes.

A regressão logística binária é um método estatístico utilizado quando a variável dependente é dicotômica e as independentes são de qualquer tipo. A regressão logística permite calcular o efeito de cada variável explicativa ou independente numa determinada variável dependente, mantendo constante o efeito das demais variáveis.

A regressão logística pode ser utilizada para: prever uma variável dependente pelas variáveis independentes contínuas ou categóricas, determinar o percentual da variância da variável dependente, explicada pelas independentes, e por último graduar a importância das variáveis independentes e verificar os efeitos de interação (Kennedy, 2003 citado por Zirmerman, 2008).

Segundo Vizcaíno (2000), “ O propósito da técnica de análise da regressão logística é a obtenção de uma equação em virtude da qual se pode predizer, em termos de probabilidade, a ocorrência de um determinado objeto da investigação em função de uma série de variáveis predictoras de caráter categórico ou contínuo. Isto implica que o desenho da metodologia da investigação tenha de cumprir as premissas básicas, que a nível teórico informam da presença de causalidade entre uma variável dependente (efeito) e uma ou várias variáveis independentes (causa) ” (p.459).

Vizcaíno (2000) refere também a importância de se realizarem provas ou procedimentos, que ele designa de medidas de bondade de ajuste, de forma a avaliar o grau de efetividade absoluta do modelo considerado, no que diz respeito à descrição da variável dependente, ou seja, qual a proximidade entre os valores estimados e os observados. As medidas de bondade de ajuste podem ser agrupadas em medidas baseadas em provas estatísticas de contraste de hipóteses, derivadas da comparação direta entre os valores estimados e os observados da variável resposta e também pelas que são análogas ao coeficiente de determinação múltipla.

Segundo Black e Hair (1998), a regressão logística utiliza a estatística de Wald, que fornece a significância estatística para cada coeficiente estimado.

Utilizou-se a prova de Hosmer e Lemeshow (HL), desenvolvido por Hosmer e Lemeshow, um teste de classificação adequado para avaliar a bondade do ajuste de

modelos que incluem uma ou várias variáveis independentes de tipo contínuo. Os casos são primeiramente divididos em aproximadamente dez classes iguais. Em seguida, os números dos eventos reais e previstos são comparados em cada classe com a estatística qui-quadrado. O uso adequado deste teste requer um tamanho adequado da amostra para garantir que cada grupo tenha pelo menos cinco observações e nunca menos de uma. Além disso, a estatística qui-quadrado é sensível ao tamanho da amostra, permitindo assim que essa medida encontre diferenças muito pequenas, estatisticamente significativas, quando o tamanho da amostra se torne grande. A interpretação do teste Hosmer e Lemeshow diz que quanto maior for o nível de significância do teste maior a probabilidade de acerto do valor da variável dependente, através da utilização da regressão. Valores próximos de um indicam um bom ajuste do modelo (Zirmerman, A. 2008). O teste Hosmer e Lemeshow obtém-se calculando o estatístico qui-quadrado de Person.

Para a realização da regressão logística binária, consideraram-se como variáveis dependentes as categorias com uma expressividade igual ou superior a 30%, e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado, em cada grupo e por cada questão e como variáveis independentes as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress.

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Saúde vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 123, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 1.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve três das setes variáveis originais: percepções da doença, otimismo e stress. Não obstante o mencionado, unicamente as percepções de doença e otimismo se revelaram significativas para um nível de significância de 5%. Por sua vez, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,13$ ). Tal facto parece sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria psicológica é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma

maior capacidade para prever quem não escolhe a categoria psicológica (71,8%) do que aqueles que o fazem (46,1%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 60,3%.

Tabela 123

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	3,12
<i>Gl</i>	8
<i>P</i>	,927
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,13
<b>Modelo de regressão final - Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	27,09
<i>Gl</i>	11
<i>P</i>	,004
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Doença	,044
Otimismo	,027
Stress	,091

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 124, observa-se que, ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 1.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a percepção de otimismo foi retido no dito. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,10$ ), facto que parece sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria ausência é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria ausência (96,8%) do que aqueles que o fazem (18,2%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 66,5%.

Tabela 124

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,10
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	18,60
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de
	significância - teste de Wald
Otimismo	,004

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 125, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 1.2) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 3,41$ ; *gl* = 4; *p* = ,492). Em suma, nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 1.2 - dimensão saúde).

Tabela 125

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	3,41
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,492

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 126, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 1.3) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 6,09$ ; *gl* = 4; *p* = ,192). Em suma, nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 1.3 - dimensão saúde).

Tabela 126

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,06
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	6,09
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,192

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Doença vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 127, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 2.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a percepção de stress foi retida no dito. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,07$ ), facto que parece sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria psicológica é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria psicológica (96,9%) do que aqueles que o fazem (13,5%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 65,8%.

Tabela 127

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	<b>Estatísticas</b>
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
gl	2
p	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,07
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	13,64
gl	4
p	,009
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de
	significância - teste de Wald
Stress	,030

\* Método *backward stepwise de Wald*

*"Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas"*

Na Tabela 128, observa-se que, ao considerar-se a categoria "física" (questão 2.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, à semelhança da análise anterior, unicamente a percepção de stress foi retida no dito. Também neste caso, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,09$ ), facto que parece sugerir que em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria física é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo só parece ser capaz de prever quem não escolhe a categoria física (100%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 61,5%.

Tabela 128

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,09
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	16,73
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,002
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Stress	,007

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 129, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.2) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 4,76$ ;  $gl = 4$ ;  $p = ,313$ ). Em suma,

nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 2.2 - dimensão doença).

Tabela 129

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	4,76
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,313

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 130, observa-se que, ao considerar-se a categoria "dependências" (questão 2.2) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 6,45$ ; *gl* = 3; *p* = ,092). Em suma, nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria dependências (questão 2.2 - dimensão doença).

Tabela 130

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	1
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	6,45
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	,092

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 131, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.3) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 5,20$ ; *gl* = 4; *p* = ,267). Em suma, nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 2.3 - dimensão doença).

Tabela 131

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	5,20
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,267

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Qualidade de Vida vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 132, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 5,54$ ;  $gl = 4$ ;  $p = ,237$ ). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria saúde (questão 3.1 - dimensão qualidade de vida).

Tabela 132

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	<b>Estatísticas</b>
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
$gl$	1
$p$	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	5,54
$gl$	4
$p$	,237

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 133, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.2) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve duas das setes variáveis originais: percepções da doença e satisfação com a vida. Não obstante o mencionado, unicamente a percepção de satisfação com a vida se revelou significativa para um nível

de significância de 5%. Por sua vez, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,13$ ). Tal facto parece sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria saúde é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria saúde (96,5%) do que aqueles que o fazem (18,6%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 70,4%.

Tabela 133

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Perceções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

Estatísticas	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	5,58
<i>gl</i>	5
<i>p</i>	,349
<b>Coeficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,13
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	24,34
<i>gl</i>	7
<i>p</i>	,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de
	significância - teste de Wald
Doença	,062
Satisfação com a vida	,017

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 134, observa-se que, ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 3.2) como variável dependente, foi possível apurar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve três das setes variáveis originais: perceções da doença, satisfação com a vida e saúde. Não obstante o mencionado, unicamente as duas primeiras se revelaram estatisticamente significativas. Por outro lado, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é relativamente modesta ( $R^2 = ,20$ ). Tal facto parece

sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria ausência é limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria ausência (94,9%) do que aqueles que o fazem (20,3%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 72,0%.

Tabela 134

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	4,57
<i>gl</i>	7
<i>p</i>	,712
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,20
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	38,93
<i>gl</i>	11
<i>p</i>	<,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Doença	,017
Satisfação com a Vida	,45
Saúde	,675

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 135, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 3.3) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 4,67$ ; *gl* = 3; *p* = ,198). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 3.3 - dimensão qualidade de vida).

Tabela 135

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,02
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	4,67
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	,198

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Felicidade vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 136, observa-se que, ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 7,56$ ; *gl* = 4; *p* = ,109). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria social (questão 4.1 - dimensão felicidade).

Tabela 136

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,04
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	7,56
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,109

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 137, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 4.2) como variável dependente, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 4,57$ ; *gl* = 4; *p* = ,335). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria saúde (questão 4.2 - dimensão felicidade).

Tabela 137

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,02
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	4,57
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,335

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 138, observa-se que, ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.2) como variável dependente, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 6,78$ ;  $gl = 4$ ;  $p = ,148$ ). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria social (questão 4.2 - dimensão felicidade).

Tabela 138

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	<b>Estatísticas</b>
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
$gl$	2
$p$	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,04
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	6,78
$gl$	4
$p$	,148

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 139, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 4.3) como variável dependente, também não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 1,20$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,754$ ). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria comportamental (questão 4.3 - dimensão felicidade).

Tabela 139

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	1
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	0,01
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	1,20
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	,754

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Felicidade vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 140, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 4,35$ ; *gl* = 4; *p* = ,361). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria saúde (questão 5.1 - dimensão satisfação com a vida).

Tabela 140

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	4,35
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,361

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 141, observa-se que, ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.2) como variável dependente, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 6,14$ ; *gl* = 4; *p* = ,189), pelo que se conclui que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria em análise.

Tabela 141

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	2
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,03
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	6,14
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	,189

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 142, observa-se que, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 5.3) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a variável percepção de doença foi retida no dito. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é muito fraca ( $R^2 = ,05$ ). Tal facto sugere que a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria comportamental é muito limitada. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo só parece ser capaz de prever quem não escolhe a categoria comportamental (100%), ficando-se assim a capacidade preditiva geral pelos 74,7%.

Tabela 142

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
$gl$	1
$p$	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,05
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	8,29
$gl$	3
$p$	,040
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Doença	,035

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Otimismo vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 143, observa-se que, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.1) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a variável percepção de otimismo

foi retida no dito. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é expressiva ( $R^2 = ,30$ ); deste modo, verifica-se que este modelo tem uma capacidade bastante razoável para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria em análise. Por fim, realça-se ainda que o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria não sabe (97,6%) do que aqueles que o fazem (39,1%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 87,2%.

Tabela 143

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

	Estatísticas
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,30
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	52,39
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	<001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância
	- teste de Wald
Otimismo	<,001

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 144, observa-se que, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.2) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, também neste caso, unicamente a variável percepção de otimismo foi retida no dito. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise não é muito expressiva ( $R^2 = ,24$ ); deste modo, verifica-se que este modelo tem uma capacidade relativamente limitada para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria em análise. Por fim, realça-se ainda que, à semelhança da análise anterior, o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não

escolhe a categoria não sabe (96,5%) do que aqueles que o fazem (28,1%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 81,3%.

Tabela 144

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,24
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	46,63
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	<,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Otimismo	<,001

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 145, observa-se que, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.3) como variável dependente, também foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, novamente, a única variável a entrar no modelo foi a relativa à percepção de otimismo. Neste caso, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,17$ ), pelo que o modelo tem uma capacidade bastante limitada para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria em análise. Por fim, realça-se ainda que, também neste caso, o presente modelo tem uma capacidade muito maior para prever quem não escolhe a categoria não sabe (96,0%) do que aqueles que o fazem (26,3%), ficando-se a capacidade preditiva geral pelos 80,5%.

Tabela 145

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	,000
<i>gl</i>	3
<i>p</i>	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,17
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	30,58
<i>gl</i>	4
<i>p</i>	<,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Otimismo	<,001

\* Método *backward stepwise de Wald*

### **Regressões Logísticas Binárias: Dimensão Stress vs. Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress**

Na Tabela 146, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 7,22$ ; *gl* = 4; *p* = ,125). Tal observação permite concluir que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria psicológica (questão 7.1 - dimensão stress).

Tabela 146

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
gl	2
p	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,04
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	7,22
gl	4
p	,125

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 147, observa-se que, ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.2) como variável dependente, não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo ( $\chi^2 = 6,94$ ;  $gl = 4$ ;  $p = ,139$ ), pelo que se conclui que nenhuma das sete percepções consideradas parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria psicológica.

Tabela 147

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	0,00
gl	3
p	1,000
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,04
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	6,94
gl	4
p	,139

\* Método *backward stepwise de Wald*

Na Tabela 148, observa-se que, ao considerar-se a categoria "residual" (questão 7.3) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve duas das setes variáveis independentes: percepções de otimismo e felicidade. Não obstante o mencionado, nenhuma delas se revelou estatisticamente significativa (probabilidade de significância de ,119 e ,935 respetivamente). Por sua vez, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,16$ ). Tal facto sugere que este modelo não é capaz de adequadamente prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a categoria residual.

Tabela 148

*Regressão Logística Binária\*: Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

<b>Estatísticas</b>	
<b>Teste de Hosmer e Lemeshow</b>	
$\chi^2$	3,71
<i>gl</i>	5
<i>p</i>	,592
<b>Coefficiente de determinação de Nagelkerke</b>	,16
<b>Modelo de regressão final- Teste Omnibus</b>	
$\chi^2$	30,09
<i>gl</i>	8
<i>p</i>	<,001
<b>Variáveis retidas</b>	Probabilidade de significância - teste de Wald
Otimismo	,119
Felicidade	,935

\* Método *backward stepwise de Wald*

### 6.5- Percepções dos participantes face à saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress e estudo correlacional entre as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress.

Na Figura 9, pode observar-se que, ao perguntar-se aos inquiridos que percepção têm da sua saúde, aproximadamente metade (48,0% - 144 indivíduos) tem uma opinião neutra (nem boa, nem má), sendo a opinião "boa" a segunda mais representada (37,3% - 112 indivíduos). Por sua vez a categoria "muito má" é claramente a menos representativa (2,3% - 7 indivíduos).

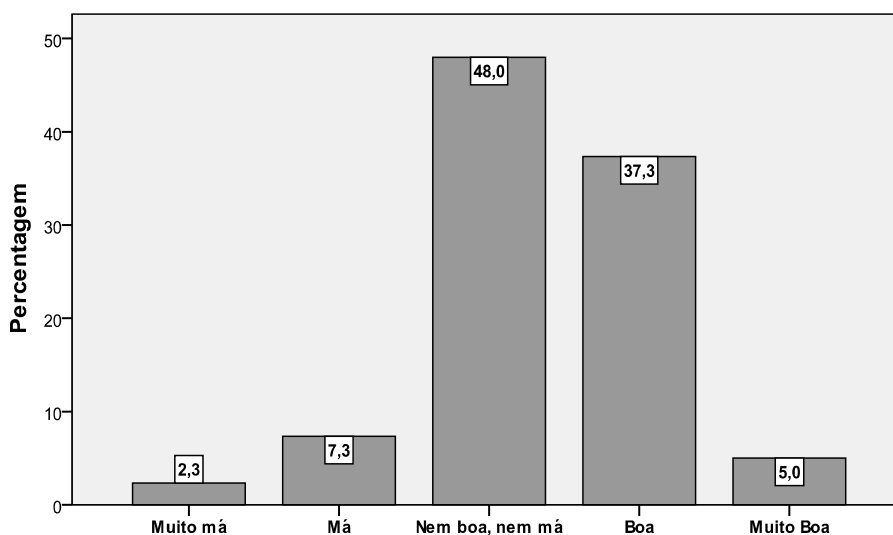


Figura 9. Diagrama de barras da percepção de saúde dos inquiridos.

Por outro lado, quando se analisam as respostas relativas à percepção de saúde, tendo em conta algumas variáveis demográficas, encontram-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se com mais saúde do que as mulheres ( $U = 6745,0$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,034$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser menor na medida em que a idade é maior ( $r_s = -,26$ ;  $N = 300$ ;  $p < ,001$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,29$ ;  $N = 300$ ;  $p < ,001$ ); os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerarem-se com mais saúde do que os que não se encontram inseridos nessa instituição ( $U = 7185,0$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 =$

122;  $p < ,001$ ). Por sua vez, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando as variáveis demográficas utilizadas foram: estado Civil ( $U = 9638,5$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,060$ ); reformado ( $U = 5691,0$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,760$ ); pensionista ( $U = 10275,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,163$ ) e pessoas com quem vive ( $H = 4,45$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,217$ ).

Na Figura 10, pode observar-se que, quanto à percepção de doença, a maioria dos inquiridos (62,3% - 187 indivíduos) considera-se pouco doente, sendo a opinião "nada" doente a segunda mais representada (22,3% - 67 indivíduos). Por sua vez, a categoria "muitíssimo" é claramente a menos representada, tendo unicamente um inquirido nesta situação.

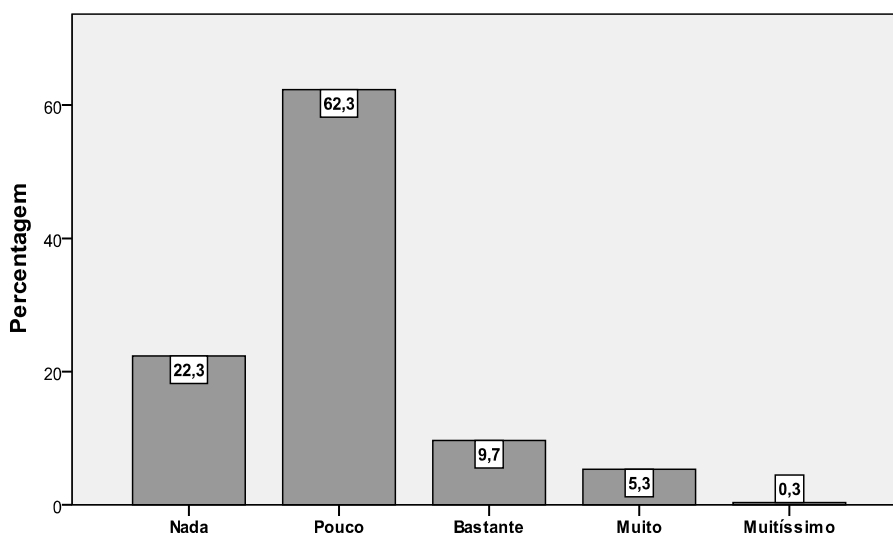


Figura 10. Diagrama de barras da percepção de doença dos inquiridos.

Ao analisarem-se as respostas relativas à percepção de doença, tendo em conta algumas variáveis demográficas, encontram-se alguns resultados estatisticamente significativos: existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser maior na medida em que a idade é maior ( $r_s = ,16$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,005$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser menor na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = -,11$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,048$ ); os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerarem-se como menos doentes do que os que não se encontram inseridos nessa instituição ( $U = 9594,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p = ,047$ ). Por sua vez, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando as variáveis

demográficas utilizadas foram: género ( $U = 7644,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,552$ ); estado civil ( $U = 10579,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,602$ ); reformado ( $U = 5643,5$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,671$ ); pensionista ( $U = 11111,5$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,853$ ); e pessoas com quem vive ( $H = 7,48$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,058$ ).

Na Figura 11, verifica-se que a maioria dos inquiridos perceciona a sua qualidade de vida ora como "nem boa, nem má" (46,0% - 138 indivíduos), ou como sendo "boa" (45,0% - 135 indivíduos). Note-se ainda que a categoria "muito má" é de longe a menos frequente, havendo unicamente três pessoas (1,0%) a classificarem a sua qualidade de vida desta forma.

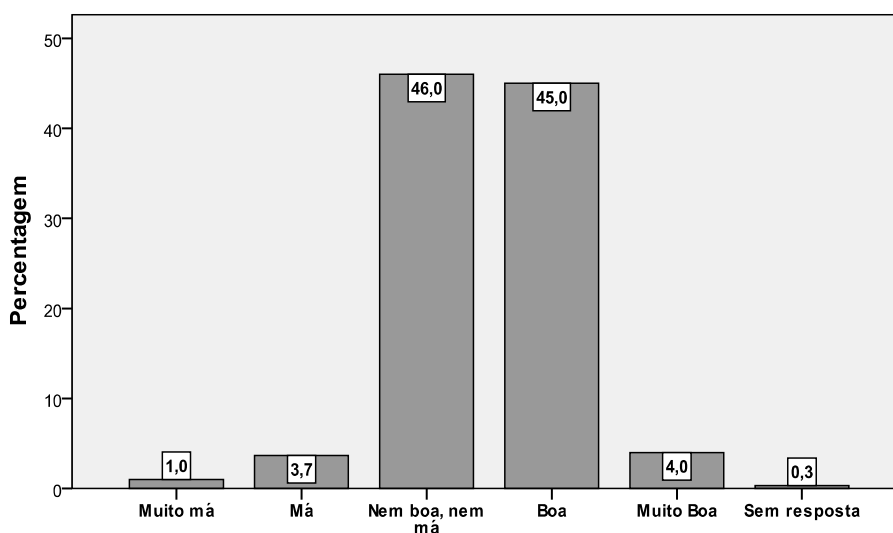


Figura 11. Diagrama de barras da percepção de qualidade de vida dos inquiridos.

A análise das respostas relativas à percepção da qualidade de vida, tendo de novo em conta algumas variáveis demográficas, permitiu encontrarem-se alguns resultados estatisticamente significativos: existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser menor na medida em que a idade é maior ( $r_s = -,22$ ;  $N = 300$ ;  $p < ,001$ ); comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se com uma maior qualidade de vida ( $U = 8920,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,003$ ); existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,32$ ;  $N = 300$ ;  $p < ,001$ ); o grupo de indivíduos pensionistas perceciona a sua qualidade de vida como sendo mais elevada do que os que não são

pensionistas ( $U = 9375,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,006$ ); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percecionam uma qualidade de vida superior relativamente aos que vivem sozinhos ( $H = 11,97$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,008$ ); por fim, os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se com mais qualidade de vida do que os restantes ( $U = 7233,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p < ,001$ ). Por sua vez, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando as variáveis demográficas utilizadas foram: género ( $U = 7323,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,257$ ) e reformado ( $U = 5792,5$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,919$ ).

Na Figura 12, verifica-se que quando se trata da perceção de felicidade, 46,0% dos inquiridos (138 indivíduos) consideram-se bastante felizes, havendo ainda 27,7% (83 indivíduos) a estimarem que são pouco felizes e 21,7% (65 indivíduos) a considerarem-se muito felizes. As categorias menos representadas são as correspondentes ao nada e muitíssimo felizes, ambos com 2,3% de inquiridos (7 indivíduos).

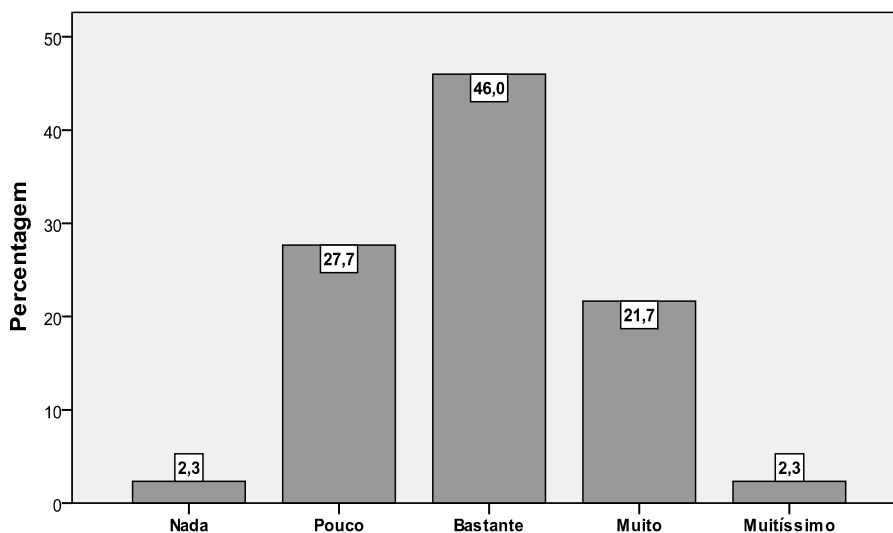


Figura 12. Diagrama de barras da perceção de felicidade dos inquiridos.

A análise das respostas relativas à perceção de felicidade, tendo em conta as mesmas variáveis demográficas que têm vindo a ser utilizadas, permitiu encontrarem-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se mais felizes do que as mulheres ( $U = 6342,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,006$ ); existe uma tendência fraca para a perceção da felicidade ser menor na medida em que a idade é

maior ( $r_s = -,14$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,016$ ); comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais felizes ( $U = 8454,5$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p < ,001$ ); existe uma tendência fraca para a perceção de felicidade ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,24$ ;  $N = 300$ ;  $p < ,001$ ); o grupo de indivíduos pensionistas perceciona a sua felicidade como sendo maior do que os que não são pensionistas ( $U = 9779,5$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,038$ ); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percecionam-se como mais felizes do que os que vivem sozinhos ( $H = 17,09$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,001$ ); por fim, os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais felizes do que os restantes ( $U = 8959,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p = ,006$ ). Deste modo, unicamente não se encontraram resultados estatisticamente significativos quando a variável demográfica utilizada foi a "reforma" ( $U = 5652,0$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,707$ ).

Na Figura 13, verifica-se que, relativamente à satisfação com a vida, 47,3% dos inquiridos (142 indivíduos) consideram-se bastante satisfeitos, havendo contudo 27,0% (81 indivíduos) a considerarem-se pouco satisfeitos e 20,7% (62 indivíduos) a considerarem-se muito satisfeitos. A categoria menos representada corresponde ao muitíssimo satisfeito, com 2,3% dos inquiridos (7 indivíduos).

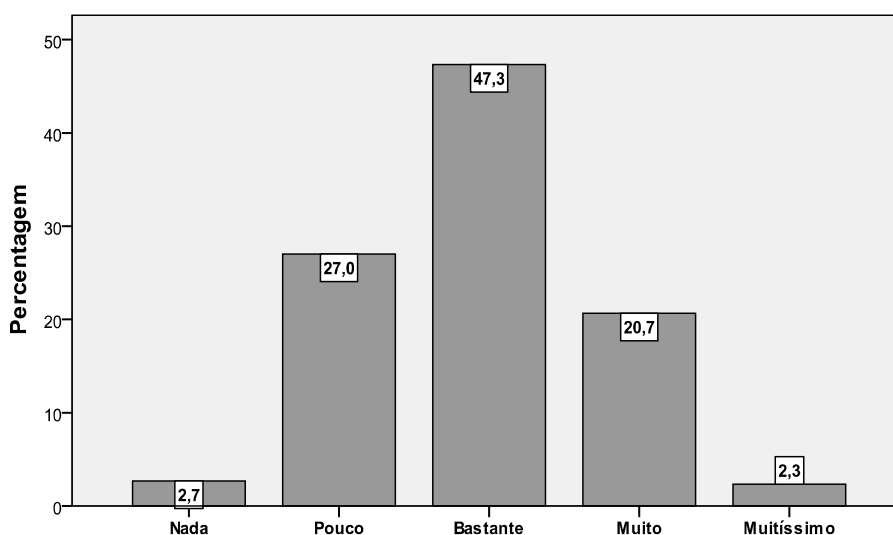


Figura 13. Diagrama de barras da perceção de satisfação com a vida dos inquiridos.

Os resultados estatisticamente significativos resultantes da análise do cruzamento da percepção da satisfação com a vida com algumas variáveis demográficas são os seguintes: comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais satisfeitos com a vida ( $U = 9075,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,008$ ); existe uma tendência fraca para a percepção da satisfação com a vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,20$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,001$ ); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percecionam uma satisfação com a vida superior relativamente aos que vivem sozinhos ( $H = 11,71$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,008$ ); por fim, os que se frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais satisfeitos com a vida do que os restantes ( $U = 8414,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p < ,001$ ). Por sua vez, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando as variáveis demográficas utilizadas foram: género ( $U = 6855,0$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,085$ ); idade ( $r_s = -,11$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,061$ ); reformado ( $U = 5683,5$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,753$ ); e pensionista ( $U = 10014,5$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,081$ ).

Na Figura 14, verifica-se que, relativamente à percepção de otimismo, mais de metade dos inquiridos (54,3% - 163 indivíduos) se considera bastante ou muito otimista, havendo contudo 23,7% (71 indivíduos) a considerarem-se pouco otimistas e 7,7% (23 indivíduos) a considerarem-se nada otimistas.

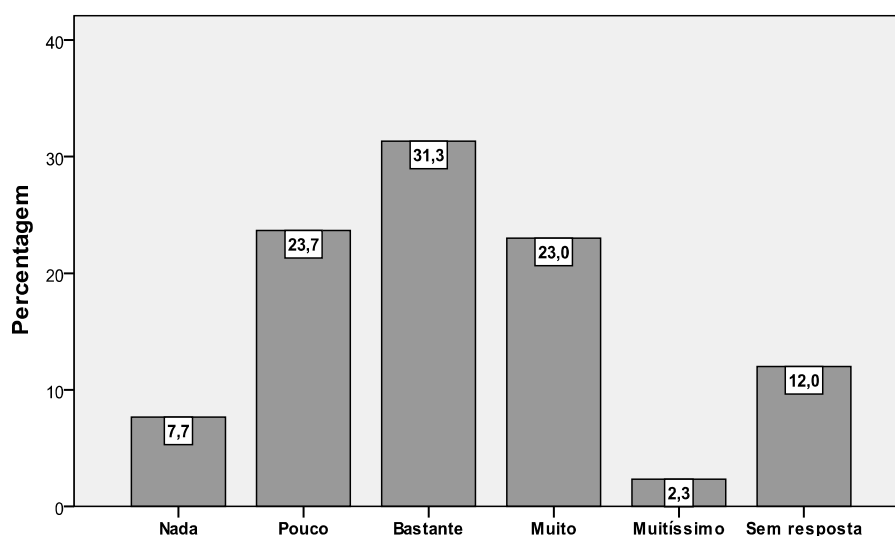


Figura 14. Diagrama de barras da percepção de otimismo dos inquiridos.

Ao cruzar-se a percepção de otimismo com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável idade, em suma, existe uma tendência fraca para a percepção de otimismo ser maior na medida em que a idade é maior ( $r_s = ,12$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,038$ ). Deste modo, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando as variáveis demográficas utilizadas foram: género ( $U = 7600,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,548$ ); estado civil ( $U = 10064,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,238$ ); escolaridade ( $r_s = ,02$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,769$ ); reformado ( $U = 5820,5$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,967$ ); pensionista ( $U = 10971,5$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,721$ ); pessoas com quem vive ( $H = 2,73$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,435$ ); e contexto onde está inserido ( $U = 9744,0$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p = ,120$ ).

Na Figura 15, verifica-se que, relativamente à percepção de stress, mais de metade dos inquiridos (51,7% - 155 indivíduos) se considera pouco stressado, havendo ainda 19,0% (57 indivíduos) a considerarem-se bastante stressados e 6,3% (19 indivíduos) a consideram-se muito stressados. Repare-se ainda que 14,0% dos inquiridos (42 indivíduos) mencionaram não serem nada stressados.

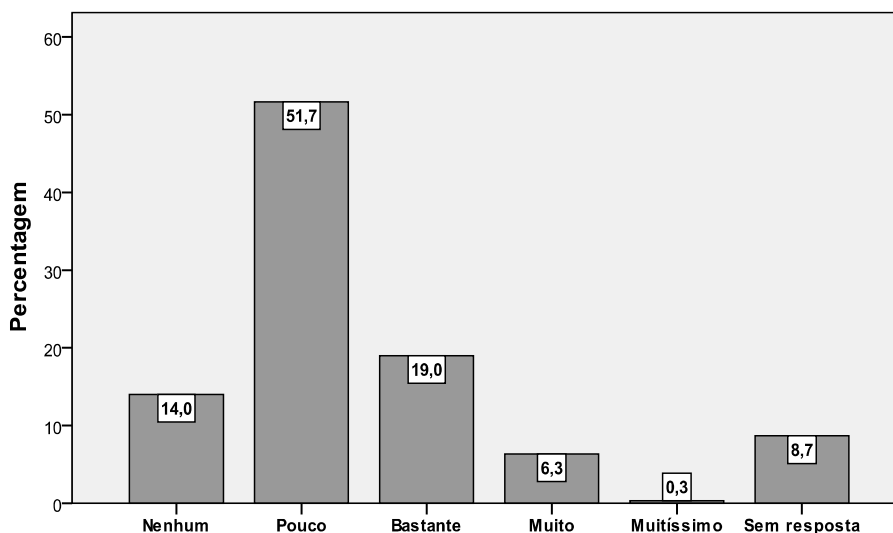


Figura 15. Diagrama de barras da percepção de stress dos inquiridos.

Ao cruzar-se a percepção de stress com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente às variáveis grau de escolaridade ( $r_s = -,16$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,004$ ) e pensionista ( $U = 9756,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,033$ ). Deste modo, observou-se uma tendência fraca para a

percepção do stress ser menor na medida em que a idade é maior, assim como o grupo de indivíduos pensionistas percebem-se menos stressados do que os não pensionistas. Por conseguinte, os cruzamentos onde não foram encontrados resultados estatisticamente significativos envolvem as seguintes variáveis demográficas: género ( $U = 7634,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = ,566$ ); idade ( $r_s = -,00$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,957$ ); estado Civil ( $U = 9776,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,096$ ); reformado ( $U = 5714,5$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,799$ ); pensionista ( $U = 9756,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,033$ ); pessoas com quem vive ( $H = 5,92$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,116$ ); e contexto onde está inserido ( $U = 9881,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p = ,152$ ).

Na Tabela 149, podem observar-se os resultados obtidos através de um estudo correlacional entre as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress. Deste modo, destacam-se as seguintes correlações como sendo as de maior magnitude:

1. Existe uma correlação positiva forte entre a satisfação com a vida e a felicidade, ou seja, à medida que felicidade é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
2. Existe uma correlação positiva moderada entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
3. Existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a felicidade, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior, a felicidade também ela é maior, ou vice-versa;
4. Existe uma correlação negativa moderada entre a doença e a saúde, ou seja, à medida que a percepção de doença é mais acentuada a percepção de saúde é menor, ou vice-versa;
5. Existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a saúde, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a percepção de saúde é também ela maior, ou vice-versa.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 149

*Estudo Correlacional: Percepção de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress*

		Percepção de Saúde	Percepção de Doença	Percepção da Qualidade de Vida	Percepção de Felicidade	Percepção de Satisfação com a Vida	Percepção de Otimismo	Percepção de Stress
Percepção de Saúde	rho	1,000	-,510**	,493**	,306**	,318**	,070	-,126*
	p		,000	,000	,000	,000	,226	,029
Percepção de Doença	Rho		1,000	-,358**	-,210**	-,292**	-,070	,221**
	P			,000	,000	,000	,224	,000
Percepção da Qualidade de Vida	Rho			1,000	,522**	,526**	,172**	-,176**
	P				,000	,000	,003	,002
Percepção de Felicidade	Rho				1,000	,752**	,211**	-,181**
	P					,000	,000	,002
Percepção de Satisfação com a Vida	Rho					1,000	,228**	-,182**
	P						,000	,002
Percepção de Otimismo	Rho						1,000	,012
	P							,842
Percepção de Stress	Rho							1,000
	p							

\*\* Correlação significativa para um nível de significância 0,01; \* Correlação significativa para um nível de significância de 0,05.

## 6. 6- Qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital.

Na Figura 16, podem observar-se os resultados obtidos através do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (Fonseca, et al., 2009). Ao analisarem-se comparativamente as cinco dimensões que compõem este instrumento verifica-se que a denominada Doença é a que apresenta a média mais baixa e a dispersão mais elevada ( $M = 1,54$ ;  $DP = 0,78$ ), sendo seguida pela do Bem-Estar Psicológico ( $M = 2,16$ ;  $DP = 0,60$ ). Por outro lado, as dimensões com valores médios mais elevados são as relativas à Vida Independente ( $M = 2,80$ ;  $DP = 0,41$ ), Relações Sociais ( $M = 2,75$ ;  $DP = 0,36$ ) e Sentidos ( $M = 2,69$ ;  $DP = 0,34$ ). Quanto ao total da escala, este apresenta uma média de  $2,47$  ( $DP = 0,30$ ), valor este que parece ser relativamente elevado.

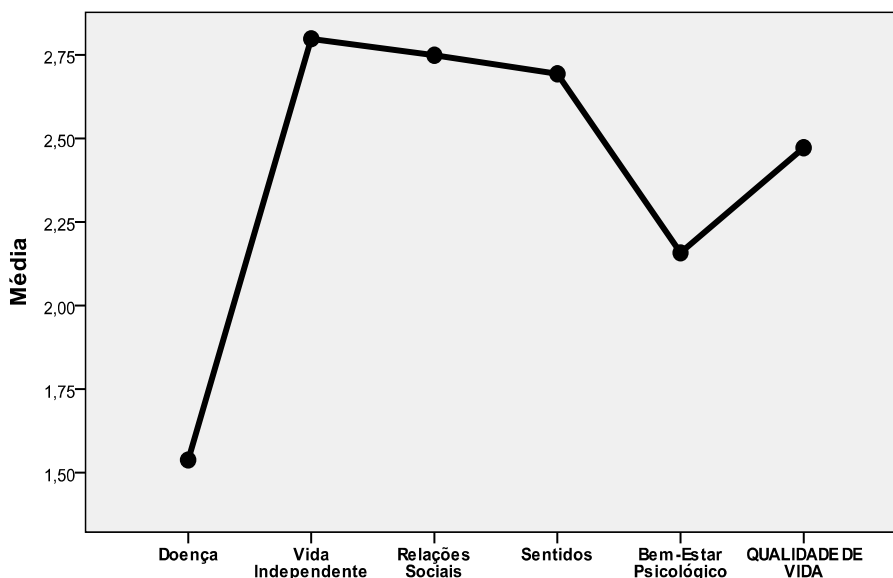


Figura 16. Diagrama de linha das médias do instrumento de avaliação de qualidade de vida.

Na Figura 17, é possível observar-se a distribuição dos resultados obtidos através da Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), sendo que os valores encontrados cobrem toda a amplitude da escala (5 a 25). A média encontrada foi de  $17,26$ , sendo o desvio padrão de  $4,55$ .

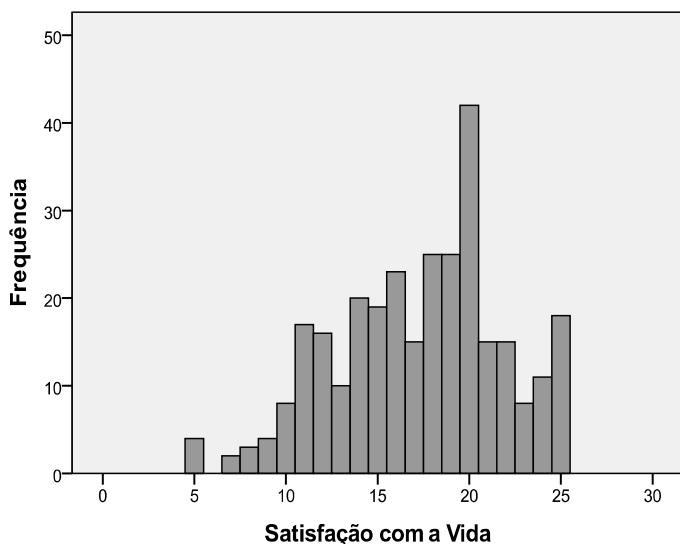


Figura 17. Histograma da escala de satisfação com a vida.

Na Figura 18, podem observar-se os resultados obtidos através da escala de Espiritualidade (Pais-Ribeiro & Pinto, 2007). Quando se analisam comparativamente as duas dimensões que compõem este instrumento, verifica-se que a relativa à Esperança e Otimismo tem uma média um pouco mais baixa ( $M = 2,46$ ;  $DP = 0,74$ ) do que a relativa às Crenças ( $M = 2,63$ ;  $DP = 0,91$ ); quanto ao total da escala, a sua média queda-se nos 2,53 ( $DP = 0,69$ ), sendo este um valor mediano.

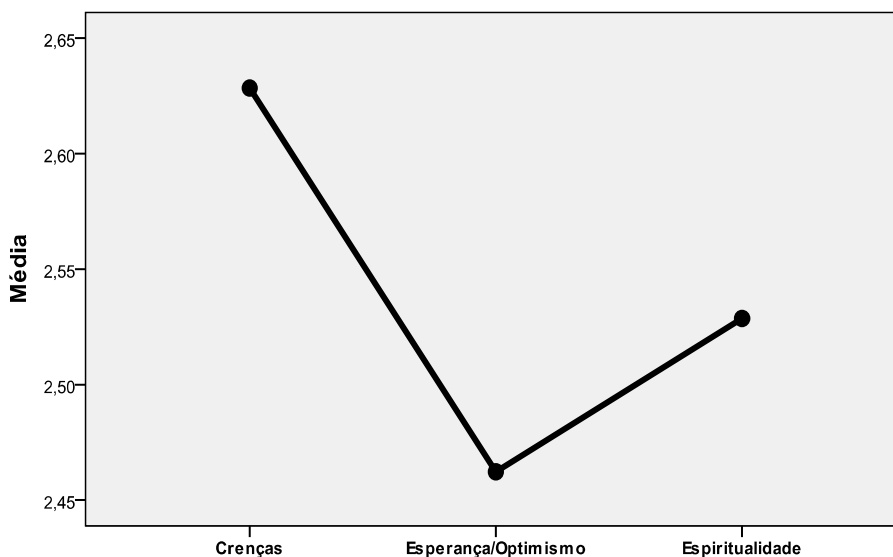


Figura 18. Diagrama de linha das médias da escala de espiritualidade.

Na Figura 19, é possível observar-se a distribuição dos resultados obtidos através do Teste de Orientação Vital (Scheier, Carver & Bridges, 1994), sendo que, neste caso, o valor mais pequeno observado foi de 6 (valor mínimo possível = 0),

enquanto que o mais elevado foi de 23 (Valor máximo possível = 24). A média encontrada foi de 14,03, sendo o desvio padrão de 2,87.

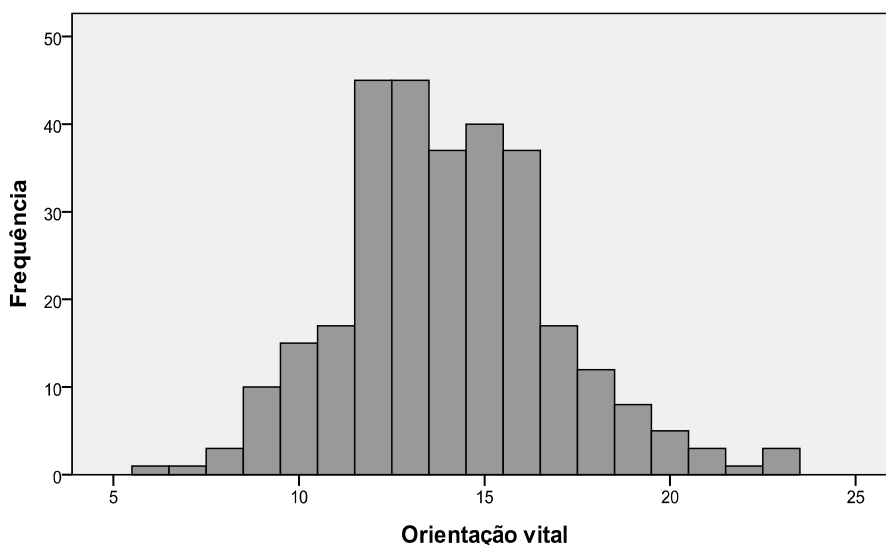


Figura 19. Histograma do teste de orientação vital.

Na Tabela 150, podem observar-se os resultados obtidos através de um estudo correlacional envolvendo os instrumentos utilizados para avaliar a Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital. Passam a destacar-se as correlações estatisticamente significativas mais pertinentes:

1. Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida, isto é, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
2. Existe uma correlação positiva, também ela de magnitude fraca, entre a qualidade de vida e a orientação vital, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa;
3. Existe uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a espiritualidade, ou seja, à medida que a espiritualidade é maior, a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
4. Existe uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a orientação vital, ou seja, à medida que a orientação vital é maior, a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
5. Existe uma correlação positiva fraca entre a espiritualidade e a orientação vital, em suma, a orientação vital tende a ser mais acentuada na medida em que a espiritualidade é também ela maior, ou vice-versa.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Note-se que, não obstante se poderem observar na Tabela 2 correlações de maior magnitude do que as relatadas, estas envolvem dimensões diferentes da mesma escala, pelo que a informação que trazem parece ser de menor relevância.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 150

*Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital*

		Qualidade de Vida		Vida Independente	Relações Sociais	Sentidos	Bem-Estar Psicológico	Satisfação com a Vida	Espiritualidade	Crenças	Esperança/Otimismo	Orientação vital
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>r</i>	1	,634**	,611**	,560**	,503**	,726**	,360**	,091	-,046	,179**	,294**
	<i>p</i>		<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	,115	,431	,002	<,001
Doença	<i>r</i>		1	,221**	,080	,220**	,325**	,047	,034	-,032	,079	,123
	<i>p</i>			<,001	,168	<,001	<,001	,416	,553	,585	,170	,033
Vida Independente	<i>r</i>			1	,217**	,205**	,161**	,150**	,020	,035	,002	,069
	<i>p</i>				<,001	<,001	,005	,009	,728	,545	,967	,234
Relações Sociais	<i>r</i>				1	,149**	,421**	,340**	,091	-,008	,148	,288**
	<i>p</i>					,010	<,001	<,001	,116	,884	,010	<,001
Sentidos	<i>r</i>					1	,194**	,139	,034	-,073	,113	,107
	<i>p</i>						,001	,016	,554	,207	,050	,063
Bem-Estar Psicológico	<i>r</i>						1	,411**	,099	-,073	,214	,308**
	<i>p</i>							<,001	,088	,204	<,001	<,001
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>r</i>							1	,294**	,074	,395**	,310**
	<i>p</i>								<,001	,201	<,001	<,001
<b>Espiritualidade</b>	<i>r</i>								1	,817**	,881**	,224**
	<i>p</i>									<,001	<,001	<,001
Crenças	<i>r</i>									1	,446**	,041
	<i>p</i>										<,001	,483
Esperança/Otimismo	<i>r</i>										1	,314**
	<i>p</i>											<,001
<b>Orientação vital</b>	<i>r</i>											1
	<i>p</i>											

\*\* Correlação significativa para um nível de significância 0,01; \* Correlação significativa para um nível de significância de 0,05.

**6.7- Análise correlacional da qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade e orientação vital e as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoas com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento)**

Na Tabela 151, pode observar-se que, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital consoante o género dos inquiridos, se encontram algumas diferenças estatisticamente significativas: o bem-estar psicológico dos inquiridos masculinos ( $M = 2,33$ ;  $DP = 2,11$ ) é mais elevado do que o dos femininos ( $M = 2,11$ ;  $DP = 0,61$ ); a espiritualidade encontra-se mais presente nos inquiridos femininos ( $M = 12,87$ ;  $DP = 3,47$ ) do que nos masculinos ( $M = 11,90$ ;  $DP = 3,27$ ); as crenças são mais acentuadas nas mulheres ( $M = 2,73$ ;  $DP = 0,89$ ) do que nos homens ( $M = 2,29$ ;  $DP = 0,91$ ).

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 151

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Género*

	Género	Média	Desvio		T	p (bilateral)
			Padrão			
<b>Qualidade de Vida</b>	Masculino	37,45	4,51		,77	,441
	Feminino	36,98	4,43			
Doença	Masculino	1,60	,77		,77	,444
	Feminino	1,52	,78			
Vida Independente	Masculino	2,75	,45		-1,13	,261
	Feminino	2,81	,39			
Relações Sociais	Masculino	2,73	,39		-,51	,612
	Feminino	2,75	,35			
Sentidos	Masculino	2,67	,39		-,73	,465
	Feminino	2,70	,33			
Bem-Estar Psicológico	Masculino	2,33	,55		2,71	,007
	Feminino	2,11	,61			
<b>Satisfação com a Vida</b>	Masculino	17,62	4,60		,75	,455
	Feminino	17,16	4,54			
<b>Espiritualidade</b>	Masculino	11,90	3,27		-2,06	,040
	Feminino	12,87	3,47			
Crenças	Masculino	2,29	,91		-3,59	<,001
	Feminino	2,73	,89			
Esperança/Otimismo	Masculino	2,44	,69		-,29	,773
	Feminino	2,47	,75			
<b>Orientação vital</b>	Masculino	14,54	2,69		1,67	,097
	Feminino	13,88	2,91			

Tal como se pode observar na Tabela 152, os resultados obtidos através de um estudo correlacional entre a idade e a Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital parecem sugerir que a idade não é uma boa variável para explicar a variabilidade da Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital. De facto, as únicas correlações estatisticamente significativas encontradas envolveram

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

unicamente as variáveis resultantes do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (Fonseca, Paúl & Teles, 2009). Em suma, conclui-se que existe uma tendência de magnitude fraca para a Qualidade de Vida e todas as suas dimensões (Doença, Vida Independente, Relações Sociais, Sentidos, e Bem-Estar Psicológico) serem menores na medida em que a idade dos inquiridos é maior.

Tabela 152

*Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Idade*

		<b>Idade</b>
<b>Qualidade de Vida</b>	<i>r</i>	-,255**
	<i>p</i>	<,001
Doença	<i>r</i>	-,120 <sup>†</sup>
	<i>p</i>	,038
Vida Independente	<i>r</i>	-,205**
	<i>p</i>	<,001
Relações Sociais	<i>r</i>	-,137 <sup>†</sup>
	<i>p</i>	,018
Sentidos	<i>r</i>	-,207**
	<i>p</i>	<,001
Bem-Estar Psicológico	<i>r</i>	-,127 <sup>†</sup>
	<i>p</i>	,028
<b>Satisfação com a Vida</b>	<i>r</i>	-,047
	<i>p</i>	,418
<b>Espiritualidade</b>	<i>r</i>	-,088
	<i>p</i>	,128
Crenças	<i>r</i>	-,032
	<i>p</i>	,575
Esperança/Otimismo	<i>r</i>	-,110
	<i>p</i>	,057
<b>Orientação vital</b>	<i>r</i>	-,087
	<i>p</i>	,131

\*\* Correlação significativa para um nível de significância 0,01;

<sup>†</sup> Correlação significativa para um nível de significância de 0,05.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Na Tabela 153, pode observar-se que ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital consoante o estado civil dos inquiridos, se encontram algumas diferenças estatisticamente significativas: a qualidade de vida dos inquiridos casados/união de facto ( $M = 37,63$ ;  $DP = 4,07$ ) é mais elevada do que a dos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 36,32$ ;  $DP = 4,85$ ), sendo que se observa uma tendência semelhante nas dimensões Vida Independente e Relações Sociais; a satisfação com a vida é maior nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 17,90$ ;  $DP = 4,32$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 16,35$ ;  $DP = 4,73$ ); as crenças são menos acentuadas nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 2,54$ ;  $DP = 0,91$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 2,76$ ;  $DP = 0,90$ ); a esperança /otimismo são mais acentuadas nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 2,54$ ;  $DP = 0,71$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 2,35$ ;  $DP = 0,77$ ).

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 153

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Estado Civil*

	Estado Civil	Média	Desvio		p (bilateral)
			Padrão	t	
<b>Qualidade de Vida</b>	Solteiro/Divorciado/Viúvo	36,32	4,85	-2,52	,012
	Casado/União de facto	37,63	4,07		
Doença	Solteiro/Divorciado/Viúvo	1,50	,75	-,64	,523
	Casado/União de facto	1,56	,80		
Vida Independente	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,73	,48	-2,26	,025
	Casado/União de facto	2,85	,34		
Relações Sociais	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,69	,41	-2,24	,026
	Casado/União de facto	2,79	,32		
Sentidos	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,65	,39	-1,81	,071
	Casado/União de facto	2,72	,31		
Bem-Estar Psicológico	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,12	,62	-,95	,342
	Casado/União de facto	2,19	,59		
<b>Satisfação com a Vida</b>	Solteiro/Divorciado/Viúvo	16,35	4,73	-2,94	,004
	Casado/União de facto	17,90	4,32		
<b>Espiritualidade</b>	Solteiro/Divorciado/Viúvo	12,58	3,38	-,26	,792
	Casado/União de facto	12,69	3,50		
Crenças	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,76	,90	2,08	,038
	Casado/União de facto	2,54	,91		
Esperança/Otimismo	Solteiro/Divorciado/Viúvo	2,35	,77	-2,13	,034
	Casado/União de facto	2,54	,71		
<b>Orientação vital</b>	Solteiro/Divorciado/Viúvo	13,76	2,82	-1,40	,163
	Casado/União de facto	14,23	2,89		

Tal como se observa na Tabela 154, os resultados obtidos através de um estudo correlacional entre o grau de escolaridade e a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital sugerem alguns resultados estatisticamente significativos, sendo que se destacam os seguintes:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

1. Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a qualidade de vida é também ela maior, ou vice-versa;
2. Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a satisfação com a vida e o grau de escolaridade, isto é, a primeira tende a ser maior, na medida em que a segunda também é maior, ou vice-versa;
3. Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a orientação vital e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a espiritualidade tende a acentuar-se, ou vice-versa.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 154

*Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Escolaridade*

		Escolaridade
<b>Qualidade de Vida</b>	rho	,129*
	p	,030
Doença	rho	,020
	p	,740
Vida Independente	rho	-,001
	p	,981
Relações Sociais	rho	,047
	p	,435
Sentidos	rho	,124*
	p	,038
Bem-Estar Psicológico	rho	,161**
	p	,007
<b>Satisfação com a Vida</b>	rho	,150*
	p	,012
<b>Espiritualidade</b>	rho	,112
	p	,061
Crenças	rho	,015
	p	,799
Esperança/Otimismo	rho	,173**
	p	,004
<b>Orientação Vital</b>	rho	,193**
	p	,001

\*\* Correlação significativa para um nível de significância 0,01;

\* Correlação significativa para um nível de significância de 0,05.

Na Tabela 155, pode observar-se que, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital consoante a situação profissional dos inquiridos, isto é,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

consoante sejam ou não reformados, não se encontraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 155

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Situação Profissional*

	Situação		Desvio		
	Profissional	Média	Padrão	t	p
<b>Qualidade devida</b>	Reformado	37,01	4,57	-,72	,472
	Não Reformado	37,52	3,73		
Doença	Reformado	1,52	,77	-,77	,443
	Não Reformado	1,62	,84		
Vida Independente	Reformado	2,79	,40	-,60	,548
	Não Reformado	2,83	,45		
Relações Sociais	Reformado	2,74	,37	-1,43	,154
	Não Reformado	2,82	,32		
Sentidos	Reformado	2,69	,34	-,20	,838
	Não Reformado	2,70	,35		
Bem-Estar Psicológico	Reformado	2,16	,61	,33	,739
	Não Reformado	2,13	,56		
<b>Satisfação com a Vida</b>	Reformado	17,39	4,52	1,17	,244
	Não Reformado	16,54	4,71		
<b>Espiritualidade</b>	Reformado	12,69	3,50	,59	,558
	Não Reformado	12,37	3,14		
Esperança/Otimismo	Reformado	2,48	,75	,78	,436
	Não Reformado	2,38	,66		
Crenças	Reformado	2,63	,92	,16	,874
	Não Reformado	2,61	,88		
<b>Orientação Vital</b>	Reformado	14,05	2,89	,25	,800
	Não Reformado	13,93	2,74		

Na Tabela 156, pode observar-se que, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

e orientação vital consoante os inquiridos sejam ou não pensionistas, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões do instrumento de avaliação de qualidade de vida, mais concretamente na relativa ao bem-estar psicológico. Em suma, observou-se que este é mais acentuado nos inquiridos pensionistas ( $M = 2,24$ ;  $DP = 0,60$ ) do que nos não pensionistas ( $M = 2,09$ ;  $DP = 0,60$ ).

Tabela 156

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Pensionista*

	Pensionista	Média	Desvio	t	P
			Padrão		
<b>Qualidade de Vida</b>	Sim	37,42	4,21	1,26	,208
	Não	36,78	4,65		
Doença	Sim	1,57	,78	,59	,556
	Não	1,51	,78		
Vida Independente	Sim	2,81	,36	,44	,662
	Não	2,79	,44		
Relações Sociais	Sim	2,73	,39	-,69	,488
	Não	2,76	,33		
Sentidos	Sim	2,72	,35	1,06	,290
	Não	2,67	,34		
Bem-Estar Psicológico	Sim	2,24	,60	2,17	,030
	Não	2,09	,60		
<b>Satisfação com a Vida</b>	Sim	17,58	4,52	1,17	,243
	Não	16,97	4,58		
<b>Espiritualidade</b>	Sim	12,61	3,61	-,16	,876
	Não	12,67	3,29		
Esperança/Otimismo	Sim	2,44	,76	-,45	,652
	Não	2,48	,72		
Crenças	Sim	2,64	,95	,26	,798
	Não	2,62	,88		
<b>Orientação Vital</b>	Sim	14,08	2,87	,29	,772
	Não	13,99	2,87		

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Na Tabela 157 (que se encontra distribuída por duas páginas), é possível observar que, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital consoante as pessoas com quem os inquiridos vivem, se encontram algumas diferenças estatisticamente significativas.

Começando pelas relações sociais, verificou-se que a tendência central desta variável tende a ser significativamente nos seguintes emparelhamentos: Cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 2,79$ ;  $DP = 0,32$ ) vs. sozinho ( $M = 2,61$ ;  $DP = 0,47$ ) e filhos ( $M = 2,87$ ;  $DP = 0,25$ ) vs. sozinho ( $M = 2,79$ ;  $DP = 0,32$ ), sendo que se conclui que os inquiridos que vivem sozinhos têm valores significativamente mais baixos nesta dimensão da Qualidade de Vida. Quanto à satisfação com a vida, verificou-se que, quando se compara a média do grupo de inquiridos que vivem com o cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 18,10$ ;  $DP = 4,27$ ), esta é significativamente maior do que no grupo que vive sozinho ( $M = 15,74$ ;  $DP = 4,75$ ). Por fim, a terceira e última variável onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas foi a relativa à Esperança/Otimismo - dimensão da Escala Espiritualidade -. Neste caso, encontraram-se diferenças quando os grupos em comparação são o cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 2,57$ ;  $DP = 0,73$ ) e sozinho ( $M = 2,31$ ;  $DP = 0,79$ ), sendo que a esperança e otimismo são significativamente superiores no primeiro destes grupos.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 157

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Pessoas com quem Habita*

		Média	Desvio Padrão	H/F*	p
<b>Qualidade de Vida</b>	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	37,60	4,06	6,55	,088
	Filhos	37,28	4,74		
	Sozinho	35,85	5,05		
	Outros familiares/Outros	37,43	4,07		
Doença	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	1,55	,80	,80	,849
	Filhos	1,48	,86		
	Sozinho	1,49	,74		
	Outros familiares/Outros	1,64	,71		
Vida Independente	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,84	,34	4,01	,261
	Filhos	2,75	,44		
	Sozinho	2,74	,43		
	Outros familiares/Outros	2,70	,65		
Relações Sociais	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,79	,32	12,08	,007
	Filhos	2,87	,25		
	Sozinho	2,61	,47		
	Outros familiares/Outros	2,81	,20		
Sentidos	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,72	,32	6,43	,092
	Filhos	2,64	,42		
	Sozinho	2,63	,38		
	Outros familiares/Outros	2,81	,29		
Bem-Estar Psicológico	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,19	,58	2,24	,524
	Filhos	2,27	,51		
	Sozinho	2,06	,68		
	Outros familiares/Outros	2,16	,54		
<b>Satisfação com a Vida</b>	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	18,10	4,27	5,38*	,001
	Filhos	16,60	5,22		
	Sozinho	15,74	4,75		
	Outros familiares/Outros	17,05	3,76		
<b>Espiritualidade</b>	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	12,84	3,62	,47*	,703
	Filhos	12,48	3,42		

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

	Sozinho	12,35	3,29		
	Outros familiares/Outros	12,33	2,46		
Crenças	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,57	,93	2,31	,511
	Filhos	2,62	1,02		
	Sozinho	2,71	,84		
	Outros familiares/Outros	2,81	,86		
Esperança/Otimismo	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	2,57	,73	9,43	,024
	Filhos	2,41	,67		
	Sozinho	2,31	,79		
	Outros familiares/Outros	2,24	,53		
<b>Orientação Vital</b>	Cônjuge/Filhos e Cônjuge	14,34	2,92	2,02*	,111
	Filhos	13,84	1,99		
	Sozinho	13,41	2,90		
	Outros familiares/Outros	14,14	2,90		

Na Tabela 158, pode observar-se mais uma comparação da tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, desta feita, consoante os inquiridos sejam ou não alunos da universidade da terceira idade. Deste modo, destacam-se os seguintes resultados estatisticamente significativos: a qualidade de vida dos inquiridos que frequentam a universidade da terceira idade ( $M = 37,77$ ;  $DP = 4,03$ ) é mais elevada do que a dos que não frequentam ( $M = 36,09$ ;  $DP = 4,85$ ), sendo que se observa uma tendência semelhante nas dimensões Doença e Bem-Estar Psicológico; a espiritualidade é maior nos inquiridos alunos da universidade da terceira idade ( $M = 13,11$ ;  $DP = 3,67$ ) do que nos que não são alunos ( $M = 11,96$ ;  $DP = 2,97$ ), sendo que se pôde observar igual tendência na subescala de esperança/otimismo; a orientação vital é mais acentuada nos alunos da universidade da terceira idade ( $M = 14,47$ ;  $DP = 2,87$ ) do que nos que não são alunos ( $M = 13,40$ ;  $DP = 2,75$ ).

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Tabela 158

*Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Contexto onde se Encontra Inserido*

	Contexto onde está inserido	Média	Desvio		t	p
			Padrão			
<b>Qualidade de Vida</b>	Inserido na Universidade de 3ª Idade	37,77	4,03		3,26	,001
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	36,09	4,85			
Doença	Inserido na Universidade de 3ª Idade	1,63	,83		2,63	,009
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	1,40	,69			
Vida Independente	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,83	,29		1,28	,201
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,76	,53			
Relações Sociais	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,77	,36		1,09	,275
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,72	,37			
Sentidos	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,72	,34		1,45	,147
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,66	,35			
Bem-Estar Psicológico	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,25	,56		3,22	,001
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,02	,63			
<b>Satisfação com a Vida</b>	Inserido na Universidade de 3ª Idade	17,57	4,61		1,43	,155
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	16,81	4,44			
<b>Espiritualidade</b>	Inserido na Universidade de 3ª Idade	13,11	3,67		3,00	,003
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	11,96	2,97			
Esperança/Otimismo	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,60	,75		3,92	<,001
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,27	,67			
Crenças	Inserido na Universidade de 3ª Idade	2,66	,97		,75	,451
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	2,58	,81			
<b>Orientação Vital</b>	Inserido na Universidade de 3ª Idade	14,47	2,87		3,21	,001
	Não inserido na Universidade de 3ª Idade	13,40	2,75			

## **6.8- Síntese dos resultados**

**Antes de se iniciar a discussão de dados decidiu-se fazer uma pequena síntese dos resultados mais significativos, de modo a ajudar o leitor na sua compreensão.**

O presente estudo é constituído por 300 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (77,0% - 231 inquiridos). As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos. A maioria dos inquiridos encontra-se reformada (84,7% - 254 indivíduos), sendo que 48% são pensionistas. Também se verificou que a maioria dos indivíduos se encontrava casado (57,0% - 171 indivíduos), existindo ainda uns substanciais 32,3% que já enviuvaram.

Para realizar a análise de dados, numa primeira parte, foram utilizadas várias técnicas, designadamente análise descritiva, análise correlacional, análise discriminante e a regressão logística binária, aplicadas às categorias mais significativas. Numa segunda parte, foram tidas em conta as perceções dos indivíduos sobre os temas em estudo e os resultados provenientes dos instrumentos.

Através da análise descritiva, foi possível chegar às categoriais mais citadas pelos indivíduos, em cada dimensão. Das 179 categorias inicialmente criadas somente 26 se revelaram significativas, ou seja, com uma expressividade igual ou superior a 30%, e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado das respostas. Estas categorias foram de extrema importância para a continuidade das análises, pois foi a partir das mesmas que se aplicaram os restantes processos de análise.

No que se refere aos resultados provenientes da análise descritiva das categorias foi possível concluir que:

Para a dimensão saúde, questão 1.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”*, as categorias que se destacaram foram: a categoria psicológica com 47,0% e a categoria ausência com 38,0% das respostas. Para a questão 1.2- *“O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”*, a única categoria que se destaca é a categoria comportamental com 90,7% das respostas. Na questão 1.3- *“O que faz para se manter saudável?”*, tal como na questão anterior, somente a categoria comportamental se destaca, com 92,7%.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Na dimensão doença, para a questão 2.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”*, os indivíduos destacaram duas categorias, a categoria psicológica, com 38,7%, e a categoria física com 38,0%. Na questão 2.2- *“O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”*, evidencia-se a categoria comportamental com 46,7% e a dependências com 38,7%. Na questão 2.3- *“O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”*, a única categoria representativa foi a categoria comportamental, com 52,0%.

Na terceira dimensão, para a questão 3.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”*, a categoria saúde destaca-se das restantes com uma expressividade de 25,7%. Na questão 3.2- *“Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?”*, os indivíduos destacaram a categoria saúde com 33,7% e a categoria ausência com 30,3%. Na questão 3.3- *“Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”*, a única categoria que se destaca é a categoria comportamental com 46,7%.

Na dimensão felicidade para a questão 4.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?”*, a categoria social destaca-se com 32,7% e a categoria saúde com 25,7%. Na questão 4.2- *“Quais as coisas importantes para se sentir feliz?”*, a categoria saúde destaca-se com 41,0%. Por último, na questão 4.3- *“Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?”*, com 38,3% destaca-se a categoria comportamental.

Na dimensão satisfação com a vida, na questão 5.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”*, apresenta-se com maior expressividade a categoria saúde com 23,7%. Na questão 5.2- *“Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”*, também se destaca a categoria saúde com 41,3%. A questão 5.3- *“Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?”*, a única categoria representativa foi a categoria comportamental, com 26,7%.

Para a dimensão otimismo, quer na questão 6.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”*, quer na 6.2- *“Quais são as coisas importantes para ser otimista?”*, bem como na questão 6.3- *“Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?”*, a categoria que se destacou foi a categoria não sabe, com 23,7%, 32,0% e 32,7% das respostas.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

A última dimensão, para a questão 7.1- *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o stress ou ser stressado?”*, a única categoria expressiva foi a categoria psicológica com 35,0% das respostas. Para a questão 7.2- *“Quais as coisas que influenciam o facto de uma pessoa estar ou se sentir stressada?”*, temos também com maior expressividade a categoria psicológica com 29,3%. Na questão 7.3- *“Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado?”* a categoria residual é aquela que apresenta o valor mais representativo, com 26,3%.

Realizamos também a análise da independência entre as variáveis qualitativas (somente com as categorias com uma expressividade igual ou superior a 30% e nas situações em que esse valor não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado), já supramencionadas por dimensão e as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoa com quem vive, local de habitação, contexto em que está inserido e forma de preenchimento do instrumento), através do teste qui-quadrado de independência. Foram efetuadas de igual modo um conjunto de correlações entre o número total de categorias/por questão e a idade, a perceção da saúde, da doença, da qualidade de vida, da felicidade, da satisfação com a vida, do otimismo e do stress, bem como com os instrumentos de qualidade de vida, de satisfação com a vida, de espiritualidade e de orientação vital.

Do cruzamento das vinte e seis categorias referentes às sete dimensões com algumas características sociodemográficas e entre o número total de categorias de cada questão e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital poder-se-á destacar que: das muitas análises efetuadas, doze delas não se revelaram estatisticamente significativas e aquelas que se revelaram estatisticamente significativas, o efeito de magnitude ou era fraco ou muito fraco.

No entanto, destacam-se os seguintes resultados:

1) Do cruzamento da categoria *psicológica* da *dimensão saúde* (questão 1.1) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, foram obtidos resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito às variáveis idade, escolaridade e contexto onde está inserido, sendo que:

- Os indivíduos com idade entre os 70 e 79 anos mencionaram bastante menos a categoria psicológica que os restantes, sendo a magnitude deste efeito muito fraca;

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Por um lado, os indivíduos sem qualquer escolarização e os que têm o 2º Ciclo mencionaram a categoria psicológica com menos frequência do que os restantes, por outro, os que concluíram os seus estudos secundários foram os que mais mencionaram tal categoria (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que mencionaram a categoria psicológica estão um pouco mais representados nas associações de desenvolvimento local, nos grupos de desporto e na universidade da terceira idade, sendo que os utentes dos centros de dia foram aqueles que mais mencionaram esta categoria (magnitude de efeito fraca).

2) Do cruzamento da categoria *ausência* da *dimensão saúde* (questão 1.1) com algumas características sociodemográficas, derivaram resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito às variáveis escolaridade, local onde está inserido e forma de preenchimento, sendo que:

- Os indivíduos que mencionaram a categoria ausência estão mais representados nos grupos de escolarização correspondentes aos 2º e 3º Ciclos, sendo que, pelo contrário, os indivíduos sem qualquer escolarização são aqueles que mais mencionaram a dita categoria (magnitude de efeito muito fraca);
- Os indivíduos que mencionaram a categoria ausência estão um pouco mais representados no grupo sem nenhuma ligação institucional e nas associações de desenvolvimento local, sendo que são menos frequentes quando estão ligados à Universidade da Terceira Idade e aos centros de dia (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que autopreencheram os questionários mencionaram menos a categoria ausência do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

3) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão saúde (questão 1.1), por idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital verifica-se que:

- Existe correlações estatisticamente significativas (positivas) entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e as perceções de saúde e qualidade de vida, ou seja, à medida que os inquiridos mencionaram mais a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

categoria de saúde, as percepções que tiveram nos dois campos supramencionados são mais positivas, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);

- Existem uma correlação negativa significativa entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e a percepção de doença, em suma, à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, as percepções que tiveram relativamente à sua saúde foi sendo menos positiva (magnitude de efeito muito fraca);

- Existem correlações positivas significativas entre o total das categorias extraídas da *dimensão saúde* (questão 1.1) e a escala Qualidade de Vida, assim como com as subescalas doença e esperança/otimismo. Deste modo, conclui-se que à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, também apresentaram valores mais elevados na escala e subescalas supramencionadas (magnitudes de efeito muito fracas).

4) Do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão saúde* (questão 1.2) com algumas características sociodemográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente ao escalão etário, pois observou-se que os indivíduos com mais idade (80 a 90 anos) tiveram menos tendência em mencionar tal categoria do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

5) Do cruzamento da categoria *psicológica* da *dimensão doença* (questão 2.1) com algumas características sociodemográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à forma de preenchimento, pois verificou-se que os indivíduos que responderam ao questionário pelas suas próprias mãos mencionaram menos a categoria psicológica do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

6) Do cruzamento da categoria *física* da *dimensão doença* (questão 2.1) com algumas características sociodemográficas, encontraram-se resultados estatisticamente significativos relativamente as variáveis escolaridade e ao facto de se ser ou não pensionista. Ou seja, há uma tendência para os indivíduos mais escolarizados mencionarem mais a dimensão física do que os restantes (magnitude de efeito fraca), enquanto que, por outro, foi possível

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

concluir-se que os indivíduos pensionistas mencionaram menos esta categoria do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

7) Do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão doença* (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas, determinaram resultados estatisticamente significativos no que diz respeito as variáveis escolaridade, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Assim, observou-se que:

- A menção da categoria comportamental está mais presente no grupo de indivíduos que não tendo concluído o 1º Ciclo sabem ler e escrever; por outro lado, encontra-se particularmente menos presente nos indivíduos que concluíram o 2º Ciclo (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que habitam em São Brás de Alportel e Lagos foram os que menos invocaram a categoria comportamental, sendo os de Albufeira os que mais o fizeram (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade e nos grupos de desporto do que os restantes, sendo a magnitude deste efeito também fraca;
- A maioria dos indivíduos que preencheu os questionários de forma autónoma não mencionou a categoria comportamental, tendo-se verificado uma tendência contrária no grupo que precisou de ajuda para o preenchimento (magnitude de efeito fraca).

8) Do cruzamento da categoria *dependências* da *dimensão doença* (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas dos inquiridos, obtiveram-se os seguintes resultados estatisticamente significativos:

- A menção da categoria dependências está um pouco mais presente no grupo de indivíduos que não são pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- Os indivíduos que habitam em Lagos foram os que menos invocaram a categoria dependências, sendo os de Albufeira os que mais o fizeram (magnitude de efeito fraca);

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Os indivíduos que não mencionaram a categoria dependências estão bastante mais representados na universidade da terceira idade e bastante menos na Casa do Avô, sendo a magnitude deste efeito também fraca;
- A maioria dos indivíduos que preencheu os questionários de forma autónoma não mencionou a categoria dependências, tendo-se verificado uma tendência contrária no grupo que precisou de ajuda para o preenchimento (magnitude de efeito fraca).

9) Ao elaborar-se as correlações entre o *total das categorias da dimensão doença* (questão 2.2) com a idade, com as sete perceções em análise, assim como com a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, verificam-se duas correlações estatisticamente significativas, a referir:

- O total das categorias extraídas da *dimensão doença* (questão 2.2) tende a ser maior na medida em que a perceção de felicidade é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito fraca);
- O total das categorias extraídas da *dimensão doença* (questão 2.2) tende a ser maior na medida em que a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito fraca).

10) Do cruzamento da categoria *comportamental da dimensão doença* (questão 2.3) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável sexo, isto é, os indivíduos masculinos mencionaram menos essa categoria que os femininos (magnitude de efeito fraca).

11) Da análise correlacional entre o *total das categorias da dimensão doença* (questão 2.3) e a idade, as sete perceções em análise, a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, só se encontrou uma correlação significativa, que envolve a perceção de felicidade. Em suma, o total de categorias de saúde (2.3) tende a ser maior na medida em que a perceção de felicidade é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

12) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.1) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital conclui-se que:

- À medida que a idade dos participantes é maior, o total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende a ser menor, sendo a magnitude desse efeito fraca;
- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende, por um lado, a ser maior na medida em que as percepções de saúde e qualidade de vida são mais positivas e, por outro, a ser menor quando o stress percebido é maior (magnitude dos efeitos muito fraca);
- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.1) tende a ser maior na medida em que tanto os sentidos como a esperança/otimismo são mais acentuados (magnitude dos efeitos muito fraca).

13) Do cruzamento entre a categoria *saúde - dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) - por características sociodemográficas, realça-se somente o estado civil e a forma de preenchimento, pois os indivíduos casados, assim como os que autopreencheram os questionários, mencionaram menos a referida categoria.

14) Do cruzamento da *categoria ausência - dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) - por características sociodemográficas, somente se destacam as variáveis sexo e estado civil, pois os indivíduos do sexo feminino, assim como aqueles que enviuvaram mencionaram menos a categoria ausência da dimensão qualidade de vida do que os restantes.

15) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.2) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destacam-se os seguintes resultados:

- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) tende a ser maior na medida em que as percepções de qualidade de vida e felicidade são maiores, pese embora tais correlações tenham magnitudes bastante fracas;

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.2) tende a ser maior na medida em que a esperança/otimismo são mais acentuados (magnitude de efeito muito fraca).

16) Do cruzamento da *categoria comportamental - dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) - por características sociodemográficas, somente a variável idade se destaca, pois os indivíduos com mais idade, isto é, aqueles que têm entre 80 e 90 anos, mencionaram menos a categoria comportamental da dimensão qualidade de vida do que os restantes.

17) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.3) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital conclui-se que:

- À medida que a idade dos participantes é maior, o total das categorias extraídas da dimensão qualidade de vida (questão 3.3) tende a ser menor, sendo a magnitude desse efeito muito fraca;

- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) tende a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida é maior (magnitude de efeito muito fraca);

- O total das categorias extraídas da *dimensão qualidade de vida* (questão 3.3) tende a ser maior na medida em que a subescala vida independente apresenta valores maiores (magnitude de efeito muito fraca).

18) Do cruzamento da *categoria social - dimensão felicidade* (questão 4.1) - por características sociodemográficas, somente se realçam as categorias sexo e reformado, isto é, os indivíduos do sexo masculino, assim como os reformados, mencionaram menos a categoria *social da dimensão felicidade* do que os restantes.

19) Do cruzamento da categoria *social da dimensão felicidade* (questão 4.2) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram diferenças quando a variável *forma de preenchimento* é considerada. Observou-se que os inquiridos que

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria *social* da *dimensão felicidade* (magnitude de efeito muito fraca).

20) Do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão felicidade* (questão 4.3) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram diferenças quando a variável *forma de preenchimento* é considerada. Deste modo, observou-se que os inquiridos que autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria *social* da *dimensão felicidade* do que os restantes (magnitude de efeito muito fraca).

21) Do estudo correlacional entre o total de categorias da *dimensão felicidade* (questão 4.3) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destacam-se os seguintes resultados:

- O total das categorias extraídas da *dimensão felicidade* (questão 4.3) tende, por um lado, a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida é maior e, por outro, a ser menor na medida em que a percepção de doença é maior, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);
- O total das categorias extraídas da *dimensão felicidade* (questão 4.3) tende a ser maior na medida em que a orientação vital é mais acentuada, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

22) Do cruzamento da categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.1) com algumas características sociodemográficas, foram obtidos resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito às variáveis escolaridade, pessoa(s) com quem vive, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Concretamente, observou-se que:

- A categoria *saúde* é mais mencionada pelos inquiridos sem qualquer escolaridade ou com o 1º Ciclo incompleto (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que vivem com os filhos são aqueles que mais mencionaram a categoria *saúde* no âmbito da *satisfação com a vida* (magnitude de efeito muito fraca);
- Os indivíduos que não mencionaram a categoria *saúde* estão um pouco mais representados na Universidade da Terceira Idade, assim como no grupo daqueles que

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

não se encontram ligados a qualquer instituição, embora neste grupo só existam sete indivíduos (magnitude de efeito fraca);

- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria saúde (magnitude de efeito muito fraca).

23) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão satisfação com a vida (questão 5.1) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão satisfação com a vida tende a ser maior na medida em que o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida são menores (magnitude dos efeitos muito fraca).

24) Do cruzamento da categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.2) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram resultados significativos quando as variáveis *pensionista* e *contexto onde está inserido* são consideradas. Deste modo, observou-se que tanto os inquiridos pensionistas, como aqueles que se encontram inseridos na Universidade Aberta ou num grupo desportivo, mencionaram com menos frequência a categoria *saúde* da *dimensão satisfação com a vida* do que os restantes (magnitude dos efeitos muito fraca).

25) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão satisfação com a vida (questão 5.2) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão satisfação com a vida tende a ser maior na medida em que a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

26) Do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão satisfação com a vida* (questão 5.3) com algumas características sociodemográficas, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos no que diz respeito às variáveis com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Concluiu-se que:

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- A categoria comportamental é bastante menos mencionada pelos inquiridos que vivem em conjunto com os cônjuges e filhos, sendo mais acentuada naqueles que vivem sozinhos (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que habitam em Lagos e São Brás de Alportel são os que menos mencionaram a categoria comportamental no âmbito da satisfação com a vida, tendo os de Loulé sido os que mais a mencionaram (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade, assim como nos que pertencem a um grupo desportivo (magnitude de efeito muito fraca);
- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria comportamental (magnitude muito fraca).

27) Do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.1) com algumas características sociodemográficas, destacam-se resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito às variáveis sexo, idade, escolaridade, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Verificou-se que:

- A categoria não sabe é bastante menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não concluíram o 1º Ciclo e por aqueles que não têm qualquer escolarização (magnitude de efeito moderada);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

28) Do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.2) com algumas características sociodemográficas, apresentaram-se resultados estatisticamente

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

significativos em todas as variáveis, exceto na variável reformado. Assim, observou-se o seguinte:

- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos viúvos (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo (magnitude de efeito moderada);
- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos que habitam em Faro ou em Loulé (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

29) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão otimismo (questão 6.2) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão otimismo tende a ser maior na medida em que a perceção da qualidade de vida e os níveis de espiritualidade são também eles mais elevados, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

30) Do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.3) com algumas características sociodemográficas, verificaram-se resultados estatisticamente

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

significativos em todas as variáveis, exceto na variável reformado, à semelhança da questão

6.2. Conclui-se assim que:

- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo (magnitude de efeito moderada);
- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é mais mencionada pelos inquiridos que habitam em Faro ou em Loulé (magnitude de efeito fraca);
- A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe (magnitude de efeito fraca).

31) Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão otimismo (questão 6.3) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital destacam-se os seguintes resultados:

- O total das categorias extraídas da *dimensão otimismo* (questão 6.3) tende, por um lado, a ser maior na medida em que a perceção de felicidade é maior e, por outro, a ser menor na medida em que as perceções de doença e stress são maiores, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca);
- O total das categorias extraídas da *dimensão otimismo* (questão 6.3) tende, por um lado, a ser menor na medida em que a subescala sentidos apresenta valores mais baixos e, por outro, a ser maior na medida em que tanto a esperança/otimismo e orientação vital são maiores, ou vice-versa (magnitude dos efeitos muito fraca).

32) Do cruzamento da categoria *psicológica* da *dimensão stress* (questão 7.1) com algumas características sociodemográficas, unicamente foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando a variável escolaridade foi tida em conta. Verificou-se que a categoria supramencionada foi menos mencionada pelo grupo de inquiridos sem qualquer escolarização, tendo, pelo contrário, sido mais mencionada no grupo de indivíduos com formação superior (magnitude de efeito fraca).

33) Do estudo correlacional entre o total de categorias da *dimensão stress* (questão 7.1) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital unicamente se destaca uma correlação estatisticamente significativa entre o total das categorias extraídas da *dimensão stress* (questão 7.1) e a esperança/otimismo. Concretamente, verifica-se que a primeira é maior na medida em que a esperança/otimismo é também ela mais acentuada, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

34) Do cruzamento da categoria *residual* da *dimensão stress* (questão 7.3) com algumas características sociodemográficas, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos atendendo às variáveis sexo, escolaridade, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Assim, observou-se o seguinte:

- A categoria residual é menos mencionada pelos inquiridos masculinos (magnitude de efeito muito fraca);
- A categoria residual é mais mencionada pelos inquiridos mais escolarizados, em particular, os que completaram o ensino secundário ou um curso superior (magnitude de efeito fraca);
- A categoria residual é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos na universidade da terceira idade (magnitude de efeito fraca);
- Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram mais do que os restantes a categoria residual (magnitude de efeito muito fraca).

35) Por último, do estudo correlacional entre o total de categorias da *dimensão stress* (questão 7.3) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

e orientação vital destaca-se unicamente uma correlação estatisticamente significativa entre o total das categorias extraídas da dimensão stress (questão 7.3) e a percepção de satisfação com a vida. Deste modo, verifica-se que a primeira é maior na medida em que a percepção de satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa (magnitude de efeito muito fraca).

No que diz respeito às análises discriminantes realizadas entre as vinte e seis categorias constituintes das sete dimensões e o total das categorias, idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade, orientação vital e percepções (saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress), foi possível concluir de um modo geral que:

- Quando se correlaciona a variável dependente com as variáveis independentes, em vinte e quatro análises realizadas, a variável total de categorias entra na função;
- Das vinte e seis análises realizadas, vinte e uma sugerem que a função consegue separar os participantes em grupos, e três sugerem que a função não consegue separar os participantes em grupos;
- Somente na categoria comportamental - dimensão saúde (questão 1.2) e na categoria comportamental - dimensão saúde (questão 1.3), os resultados sugerem que nenhuma das variáveis independentes consideradas tem um ajustamento estatisticamente significativo à função.

No entanto, e atendendo às análises que entraram para a função, é possível destacar os seguintes resultados:

- Ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 1.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da saúde ( $p < ,001$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,041$ ). Note-se contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva;
- Ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 1.1) como variável dependente, à semelhança da análise anterior, as únicas variáveis independentes que poderiam

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

entrar na função são o total das categorias da saúde ( $p = ,017$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,045$ ). Também neste caso, embora de forma menos acentuada, o total de categorias de saúde apresenta um ajustamento à função superior à da percepção de otimismo;

- Ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 2.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ) e a qualidade de vida ( $p = ,029$ ). Note-se, contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva;

- Ao considerar-se a categoria "física" (questão 2.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da doença ( $p < ,001$ );

- Ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes que poderiam entrar na função são o total das categorias da doença ( $p = ,039$ ) e a percepção de otimismo ( $p = ,026$ ), sendo que a segunda apresentaria um ajustamento à função um pouco superior;

- Ao considerar-se a categoria "dependências" (questão 2.2) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da doença ( $p < ,001$ );

- Ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 2.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da doença ( $p < ,001$ ) e a idade ( $p = ,024$ ). Note-se, contudo, que a primeira tem um ajustamento à função muito superior à segunda, ou seja, é de longe a que tem a maior capacidade preditiva;

- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ );

*"Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas"*

- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são, por capacidade discriminante, o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ), percepção de satisfação com a vida ( $p = ,007$ ), percepção da qualidade de vida ( $p = ,038$ ), percepção de doença ( $p = ,014$ ), satisfação com a vida ( $p = ,023$ ), e percepção de saúde ( $p = ,048$ ). Note-se ainda que o total das categorias da qualidade de vida é claramente a variável que apresenta a maior capacidade preditiva;
- Ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 3.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ) e a percepção de doença ( $p = ,046$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior;
- Ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 3.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da qualidade de vida ( $p < ,001$ ) e a idade ( $p = ,045$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior;
- Ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.1) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ).
- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 4.2) como variável dependente, os resultados sugerem, novamente, que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função separar os participantes em grupos através dessa variável é de magnitude moderada (correlação canónica = ,47);
- Ao considerar-se a categoria "social" (questão 4.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ) e a orientação vital ( $p < ,001$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva superior;

*"Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas"*

- Ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 4.3) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da felicidade ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função em separar os participantes em grupos através dessa variável é de magnitude modesta (correlação canónica = ,40);
- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as únicas variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ) e a orientação vital ( $p = ,031$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva bastante superior;
- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 5.2) como variável dependente, os resultados sugerem que a única variável independente a entrar na função é o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ), sendo que a capacidade da função em separar os participantes em grupos através dessa variável é moderada (correlação canónica = ,60);
- Ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 5.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias da satisfação com a vida ( $p < ,001$ ), a qualidade de vida ( $p = ,005$ ) e a perceção de doença ( $p = ,040$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva superior às outras;
- Ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.1) como variável dependente, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida e a satisfação com a vida, as restantes 11 variáveis independentes são estatisticamente significativas, ou seja, entram na função, sendo que as perceções de otimismo e de satisfação com a vida, assim como a idade, são as que aparentam ter o maior poder discriminante;
- Ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.2) como variável dependente, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida, as restantes 12 variáveis independentes devem ser consideradas na função final, sendo que o total das

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

categorias de otimismo a percepção de stress e a idade são as que têm o maior poder discriminante;

- Ao considerar-se como variável dependente a categoria "não sabe", desta feita relativa à questão 6.3, os resultados sugerem que, excetuando a qualidade de vida, satisfação com a vida e espiritualidade, as restantes 10 variáveis independentes são estatisticamente significativas dentro do âmbito da função em análise. Dentro dessas, destacam-se a percepção do otimismo, a percepção do stress e a qualidade de vida como sendo as que têm o maior poder discriminante;

- Ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.1) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias do stress ( $p < ,001$ ) e a percepção de stress ( $p < ,001$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva muito superior;

- Ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 7.2) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são o total das categorias do stress ( $p = ,001$ ), espiritualidade ( $p = ,014$ ) e a percepção de stress ( $p = ,034$ ), tendo a primeira uma capacidade preditiva um pouco superior do que as restantes;

- Ao considerar-se a categoria "residual" (questão 7.3) como variável dependente, os resultados sugerem que as variáveis independentes a entrarem na função são, por ordem de capacidade discriminante: total das categorias do stress ( $p = ,023$ ), percepção de stress ( $p = ,002$ ), percepção da qualidade de vida ( $p = ,003$ ), percepção de doença ( $p = ,050$ ), percepção de felicidade ( $p = ,001$ ), percepção de satisfação com a vida ( $p = ,001$ ), e satisfação com a vida ( $p = ,049$ ).

Por último, as regressões logísticas binárias revelaram resultados frágeis e pouco conclusivos, tal como nas análises discriminantes.

As regressões logísticas binárias foram realizadas entre as vinte e seis categorias mais expressivas e as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Das vinte e seis análises realizadas, em quinze delas não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Ou seja, das sete percepções consideradas, nenhuma parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a referida categoria analisada. No entanto, houve modelos que foram estatisticamente significativos e retiveram algumas percepções (máximo 3), embora a probabilidade de os indivíduos mencionarem essa categoria fosse muito limitada. De um modo geral, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke realizada nos diferentes testes permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise era geralmente fraca.

No entanto, parece-nos importante destacar os seguintes resultados:

- Na dimensão saúde, categoria "psicológica" (questão 1.1) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve três das setes variáveis originais: percepções da doença, otimismo e stress. Não obstante o mencionado, unicamente as percepções de doença e otimismo se revelaram significativas para um nível de significância de 5%. Embora a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke tenha permitido concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,13$ );

- Na questão 1.1. da dimensão saúde, a categoria "ausência" como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a percepção de otimismo foi retido. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,10$ ), facto que parece sugerir que, em termos práticos, a capacidade que este modelo tem para prever se um indivíduo vai ou não mencionar a categoria ausência é muito limitada;

- Ao considerar-se a categoria "psicológica" (questão 2.1) da dimensão doença como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final

*"Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas"*

estatisticamente significativo, sendo que unicamente a percepção de stress foi retida. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir, no entanto, que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,07$ );

- Na questão 2.1 da dimensão doença, ao considerar-se a categoria "física" como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, à semelhança da análise anterior, unicamente a percepção de stress foi retida. Também neste caso, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,09$ );

- Ao considerar-se a categoria "saúde" (questão 3.2) da dimensão qualidade de vida como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve duas das setes variáveis originais: percepções da doença e satisfação com a vida. Não obstante o mencionado, unicamente a percepção de satisfação com a vida se revelou significativa para um nível de significância de 5%. Por sua vez, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,13$ );

- Ainda na mesma dimensão, mas ao considerar-se a categoria "ausência" (questão 3.2) como variável dependente, foi possível apurar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve três das setes variáveis originais: percepções da doença, satisfação com a vida e saúde. Não obstante o mencionado, unicamente as duas primeiras se revelaram estatisticamente significativas. Por outro lado, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é relativamente modesta ( $R^2 = ,20$ );

- Na dimensão satisfação com a vida, ao considerar-se a categoria "comportamental" (questão 5.3) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

estatisticamente significativo, sendo que unicamente a variável percepção de doença foi retida. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é muito fraca ( $R^2 = ,05$ );

- Na dimensão otimismo, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.1) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que unicamente a variável percepção de otimismo foi retida. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é expressiva ( $R^2 = ,30$ );

- Ainda na dimensão otimismo, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.2) como variável dependente, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, também neste caso, unicamente a variável percepção de otimismo foi retida. A análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise não é muito expressiva ( $R^2 = ,24$ );

- Na dimensão otimismo, ao considerar-se a categoria "não sabe" (questão 6.3) como variável dependente, também foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo, sendo que, novamente, a única variável a entrar no modelo foi a relativa à percepção de otimismo. Neste caso, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,17$ );

- Na dimensão stress, ao considerar-se a categoria "residual" (questão 7.3) como variável dependente das percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Tal modelo reteve duas das setes variáveis independentes: percepções de otimismo e felicidade. Não obstante o mencionado, nenhuma delas se revelou estatisticamente significativa (probabilidade de significância de ,119 e ,935 respectivamente). Por sua vez, a análise do pseudo coeficiente de determinação de

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Nagelkerke permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise é fraca ( $R^2 = ,16$ ).

No que diz respeito às percepções, foi possível verificar como os inquiridos percecionavam o seu estado de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress. Verificou-se que para o tema da saúde os inquiridos, aproximadamente metade (48,0% - 144 indivíduos), têm uma opinião neutra (nem boa, nem má), da sua saúde, sendo a opinião "boa" a segunda mais representada (37,3% - 112 indivíduos). Por sua vez a categoria "muito má" é claramente a menos representativa (2,3% - 7 indivíduos). Ao se analisar as respostas relativas à percepção de saúde, tendo em conta algumas variáveis demográficas, encontram-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se com mais saúde do que as mulheres ( $U = 6745,0; N_1 = 69; N_2 = 231; p = ,034$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser menor na medida em que a idade é maior ( $r_s = -,26; N = 300; p < ,001$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,29; N = 300; p < ,001$ ); os inquiridos inseridos na Universidade da Terceira Idade tendem a considerarem-se com mais saúde do que os que não se encontram inseridos nessa instituição ( $U = 7185,0; N_1 = 178; N_2 = 122; p < ,001$ ).

Para o tema da doença, destaca-se o facto da maioria dos inquiridos (62,3% - 187 indivíduos) considerar-se pouco doente, sendo a opinião "nada" doente a segunda mais representada (22,3% - 67 indivíduos). Por sua vez, a categoria "muitíssimo" é claramente a menos representada, tendo unicamente um inquirido nesta situação. As respostas relativas à percepção de doença, tendo em conta algumas variáveis demográficas, demonstraram alguns resultados estatisticamente significativos: existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser maior na medida em que a idade é maior ( $r_s = ,16; N = 300; p = ,005$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser menor na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = -,11; N = 300; p = ,048$ ); os inquiridos inseridos na Universidade da Terceira Idade tendem a considerarem-se como menos doentes do que os que não se encontram inseridos nessa instituição ( $U = 9594,5; N_1 = 178; N_2 = 122; p = ,047$ ).

No que diz respeito à percepção da qualidade de vida, a maioria dos inquiridos perceciona a sua qualidade de vida ora como "nem boa, nem má" (46,0% - 138 indivíduos), ou como sendo "boa" (45,0% - 135 indivíduos). Note-se ainda que a categoria "muito má" é

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

de longe a menos frequente, havendo unicamente três pessoas (1,0%) a classificarem a sua qualidade de vida desta forma. As respostas relativas à percepção da qualidade de vida, tendo de novo em conta algumas variáveis demográficas, permitiram encontrar alguns resultados estatisticamente significativos, nomeadamente que existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser menor na medida em que a idade é maior ( $r_s = -.22$ ;  $N = 300$ ;  $p < .001$ ); comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se com uma maior qualidade de vida ( $U = 8920,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = .003$ ); existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = .32$ ;  $N = 300$ ;  $p < .001$ ); o grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua qualidade de vida como sendo mais elevada do que os que não são pensionistas ( $U = 9375,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = .006$ ); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem uma qualidade de vida superior relativamente aos que vivem sozinhos ( $H = 11,97$ ;  $gl = 3$ ;  $p = .008$ ); por fim, os que se frequentam a Universidade da Terceira Idade tendem a considerarem-se com mais qualidade de vida do que os restantes ( $U = 7233,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p < .001$ ).

No que concerne a percepção de felicidade, 46,0% dos inquiridos (138 indivíduos) consideram-se bastante felizes, havendo ainda 27,7% (83 indivíduos) a estimarem que são pouco felizes e 21,7% (65 indivíduos) a considerarem-se muito felizes. As categorias menos representadas são as correspondentes ao nada e muitíssimo felizes ambos com 2,3% de inquiridos (7 indivíduos). Tendo em conta as mesmas variáveis demográficas que têm vindo a ser utilizadas, face à percepção de felicidade, encontraram-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se mais felizes do que as mulheres ( $U = 6342,5$ ;  $N_1 = 69$ ;  $N_2 = 231$ ;  $p = .006$ ); existe uma tendência fraca para a percepção da felicidade ser menor na medida em que a idade é maior ( $r_s = -.14$ ;  $N = 300$ ;  $p = .016$ ); comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais felizes ( $U = 8454,5$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p < .001$ ); existe uma tendência fraca para a percepção de felicidade ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = .24$ ;  $N = 300$ ;  $p < .001$ ); o grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua felicidade como sendo maior do que os que não são pensionistas ( $U = 9779,5$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p =$

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

,038); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem-se como mais felizes do que os que vivem sozinhos ( $H = 17,09$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,001$ ); por fim, os que se frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais felizes do que os restantes ( $U = 8959,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p = ,006$ ). Deste modo, unicamente não se encontraram resultados estatisticamente significativos quando a variável demográfica utilizada foi a "reforma" ( $U = 5652,0$ ;  $N_1 = 254$ ;  $N_2 = 46$ ;  $p = ,707$ ).

Relativamente à satisfação com a vida, 47,3% dos inquiridos (142 indivíduos) consideram-se bastante satisfeitos, havendo contudo 27,0% (81 indivíduos) a considerarem-se pouco satisfeitos e 20,7% (62 indivíduos) a considerarem-se muito satisfeitos. A categoria menos representada corresponde ao muitíssimo satisfeito, com 2,3% dos inquiridos (7 indivíduos). Os resultados estatisticamente significativos resultantes da análise do cruzamento da percepção da satisfação com a vida, com algumas variáveis demográficas, são os seguintes: comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais satisfeitos com a vida ( $U = 9075,0$ ;  $N_1 = 124$ ;  $N_2 = 176$ ;  $p = ,008$ ); existe uma tendência fraca para a percepção da satisfação com a vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ( $r_s = ,20$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,001$ ); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem uma satisfação com a vida superior relativamente aos que vivem sozinhos ( $H = 11,71$ ;  $gl = 3$ ;  $p = ,008$ ); por fim, os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais satisfeitos com a vida do que os restantes ( $U = 8414,5$ ;  $N_1 = 178$ ;  $N_2 = 122$ ;  $p < ,001$ ).

Quanto à percepção de otimismo, mais de metade dos inquiridos (54,3% - 163 indivíduos) se considera bastante ou muito otimista, havendo contudo 23,7% (71 indivíduos) a considerarem-se pouco otimistas e 7,7% (23 indivíduos) a considerarem-se nada otimistas. Ao cruzar-se a percepção de otimismo com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável idade, em suma, existe uma tendência fraca para a percepção de otimismo ser maior na medida em que a idade é maior ( $r_s = ,12$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,038$ ).

Por último, relativamente à percepção de stress, mais de metade dos inquiridos (51,7% - 155 indivíduos) considera-se pouco stressadas, havendo ainda 19,0% (57 indivíduos) a considerarem-se bastante stressados e 6,3% (19 indivíduos) a considerarem-se muito

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

stressados. Repare-se ainda que 14,0% dos inquiridos (42 indivíduos) mencionaram não serem nada stressados. Ao cruzar-se a perceção de stress com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente às variáveis grau de escolaridade ( $r_s = -,16$ ;  $N = 300$ ;  $p = ,004$ ) e pensionista ( $U = 9756,0$ ;  $N_1 = 144$ ;  $N_2 = 156$ ;  $p = ,033$ ). Deste modo, observou-se uma tendência fraca para a perceção do stress ser menor na medida em que a idade é maior, assim como o grupo de indivíduos pensionistas percepcionam-se menos stressados do que os não pensionistas.

Ao elaborar-se um estudo correlacional entre as perceções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress destacam-se as seguintes correlações como sendo as de maior magnitude:

- Existe uma correlação positiva forte entre a satisfação com a vida e a felicidade, ou seja, à medida que felicidade é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva moderada entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a felicidade, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior, a felicidade também ela é maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação negativa moderada entre a doença e a saúde, ou seja, à medida que a perceção de doença é mais acentuada a perceção de saúde é menor, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a saúde, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a perceção de saúde é também ela maior, ou vice-versa.

Ao se analisar os resultados dos instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, no que se refere ao instrumento de avaliação de qualidade de vida comparativamente às cinco dimensões que compõem este instrumento, verifica-se que a denominada doença é a que apresenta a média mais baixa e a dispersão mais elevada ( $M = 1,54$ ;  $DP = 0,78$ ), sendo seguida pela do bem-estar psicológico ( $M = 2,16$ ;  $DP = 0,60$ ). Por outro lado, as dimensões com valores médios mais elevados são as

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

relativas à vida independente ( $M = 2,80$ ;  $DP = 0,41$ ), relações sociais ( $M = 2,75$ ;  $DP = 0,36$ ) e sentidos ( $M = 2,69$ ;  $DP = 0,34$ ). Quanto ao total da escala, este apresenta uma média de 2,47 ( $DP = 0,30$ ), valor este que parece ser relativamente elevado.

Os resultados obtidos através da escala de satisfação com a vida revelam uma média de 17,26 e um desvio padrão de 4,55, sendo que os valores encontrados cobrem toda a amplitude da escala (5 a 25).

Os resultados obtidos através da escala de espiritualidade, quando se analisam comparativamente às duas dimensões que compõem este instrumento, permitiu verificar que a relativa à esperança e otimismo tem uma média um pouco mais baixa ( $M = 2,46$ ;  $DP = 0,74$ ) do que a relativa às crenças ( $M = 2,63$ ;  $DP = 0,91$ ); quanto ao total da escala, a sua média queda-se nos 2,53 ( $DP = 0,69$ ), sendo este um valor mediano.

Por sua vez, os resultados obtidos através do teste de orientação vital demonstraram que a média encontrada foi de 14,03, sendo o desvio padrão de 2,87. Sendo que o valor mais pequeno observado foi de 6 (valor mínimo possível = 0), enquanto o mais elevado foi de 23 (Valor máximo possível = 24).

Um estudo correlacional envolvendo os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital demonstraram as seguintes correlações estatisticamente significativas:

- Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida, isto é, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva, também ela de magnitude fraca, entre a qualidade de vida e a orientação vital, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a orientação vital é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a espiritualidade, ou seja, à medida que a espiritualidade é maior, a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a orientação vital, ou seja, à medida que a orientação vital é maior, a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa;

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Existe uma correlação positiva fraca entre a espiritualidade e a orientação vital, em suma, a orientação vital tende a ser mais acentuada na medida em que a espiritualidade é também ela maior, ou vice-versa.

Quando elaborado um estudo correlacional entre os instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade e orientação vital e as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoas com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento) verificou-se que, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital, consoante o género dos inquiridos, se encontram algumas diferenças estatisticamente significativas, ou seja: o bem-estar psicológico dos inquiridos masculinos ( $M = 2,33$ ;  $DP = 2,11$ ) é mais elevado do que o dos femininos ( $M = 2,11$ ;  $DP = 0,61$ ); a espiritualidade encontra-se mais presente nos inquiridos femininos ( $M = 12,87$ ;  $DP = 3,47$ ) do que nos masculinos ( $M = 11,90$ ;  $DP = 3,27$ ); as crenças são mais acentuadas nas mulheres ( $M = 2,73$ ;  $DP = 0,89$ ) do que nos homens ( $M = 2,29$ ;  $DP = 0,91$ ).

Os resultados obtidos através de um estudo correlacional entre a idade e a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital parecem sugerir que a idade não é uma boa variável para explicar a variabilidade da satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital. De facto, as únicas correlações estatisticamente significativas encontradas envolveram unicamente as variáveis resultantes do Instrumento de avaliação de qualidade de vida. Em suma, conclui-se que existe uma tendência de magnitude fraca para a qualidade de vida e todas as suas dimensões (doença, vida independente, relações sociais, sentidos, e bem-estar psicológico) serem menores na medida em que a idade dos inquiridos é maior.

Ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, consoante o estado civil dos inquiridos encontram-se algumas diferenças estatisticamente significativas: a qualidade de vida dos inquiridos casados/união de facto ( $M = 37,63$ ;  $DP = 4,07$ ) é mais elevada do que a dos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 36,32$ ;  $DP = 4,85$ ), sendo que, se observa uma tendência semelhante nas dimensões vida independente e relações sociais; a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

satisfação com a vida é maior nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 17,90$ ;  $DP = 4,32$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 16,35$ ;  $DP = 4,73$ ); as crenças são menos acentuadas nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 2,54$ ;  $DP = 0,91$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 2,76$ ;  $DP = 0,90$ ); a esperança /otimismo são mais acentuados nos inquiridos casados/união de facto ( $M = 2,54$ ;  $DP = 0,71$ ) do que nos solteiros/divorciados/viúvos ( $M = 2,35$ ;  $DP = 0,77$ ).

Os resultados obtidos através de um estudo correlacional entre o grau de escolaridade e a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital sugerem alguns resultados estatisticamente significativos, sendo que se destacam os seguintes:

- Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a qualidade de vida é também ela maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a satisfação com a vida e o grau de escolaridade, isto é, a primeira tende a ser maior, na medida em que a segunda também é maior, ou vice-versa;
- Existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a orientação vital e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a espiritualidade tende a acentuar-se, ou vice-versa.

Ao observar-se, comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, consoante os inquiridos sejam ou não pensionistas, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões do instrumento de avaliação de qualidade de vida, mais concretamente na relativa ao bem-estar psicológico. Em suma, observou-se que este é mais acentuado nos inquiridos pensionistas ( $M = 2,24$ ;  $DP = 0,60$ ), do que nos não pensionistas ( $M = 2,09$ ;  $DP = 0,60$ ).

Ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, consoante as pessoas com quem os inquiridos vivem, encontram-se algumas diferenças estatisticamente significativas. Começando pelas relações sociais, verificou-se que a tendência central desta variável tende

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

a ser significativa nos seguintes emparelhamentos: Cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 2,79$ ;  $DP = 0,32$ ) vs. sozinho ( $M = 2,61$ ;  $DP = 0,47$ ) e filhos ( $M = 2,87$ ;  $DP = 0,25$ ) vs. sozinho ( $M = 2,79$ ;  $DP = 0,32$ ), sendo que se conclui que os inquiridos que vivem sozinhos têm valores significativamente mais baixos nesta dimensão da qualidade de vida. Quanto à satisfação com a vida, verificou-se que quando se compara a média do grupo de inquiridos que vivem com o cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 18,10$ ;  $DP = 4,27$ ), esta é significativamente maior do que no grupo que vive sozinho ( $M = 15,74$ ;  $DP = 4,75$ ). Por fim, a terceira e última variável onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas foi a relativa à esperança/otimismo - dimensão da escala espiritualidade -. Neste caso, encontraram-se diferenças quando os grupos em comparação são o cônjuge/filhos e cônjuge ( $M = 2,57$ ;  $DP = 0,73$ ) e sozinho ( $M = 2,31$ ;  $DP = 0,79$ ), sendo que a esperança e otimismo são significativamente superiores no primeiro destes grupos.

Observou-se mais uma comparação da tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, desta feita consoante os inquiridos sejam ou não alunos da universidade da terceira idade. Deste modo, destacam-se os seguintes resultados estatisticamente significativos: a qualidade de vida dos inquiridos que frequentam a universidade da terceira idade ( $M = 37,77$ ;  $DP = 4,03$ ) é mais elevada do que a dos que não frequentam ( $M = 36,09$ ;  $DP = 4,85$ ), sendo que se observa uma tendência semelhante nas dimensões doença e bem-estar psicológico; a espiritualidade é maior nos inquiridos alunos da universidade da terceira idade ( $M = 13,11$ ;  $DP = 3,67$ ) do que nos que não são alunos ( $M = 11,96$ ;  $DP = 2,97$ ), sendo que se pôde observar igual tendência na subescala de esperança/otimismo; a orientação vital é mais acentuada nos alunos da universidade da terceira idade ( $M = 14,47$ ;  $DP = 2,87$ ) do que nos que não são alunos ( $M = 13,40$ ;  $DP = 2,75$ ).

## **VII – Discussão**

A discussão dos resultados irá ser feita atendendo aos temas em estudo, de forma a facilitar a compreensão dos mesmos.

Após ter sido feita a revisão da literatura sobre as teorias leigas em pessoas idosas, e atendendo aos temas já apresentados, adverte-se para a dificuldade em obter estudos sobre alguns temas, em públicos idosos, o que condiciona a diversidade de informação em teorias leigas. Facto esse que levou a pesquisar estudos sobre os constructos estudados, numa perspetiva científica mais abrangente, de forma a se conseguir fazer a discussão dos resultados alcançados.

No entanto, pensa-se que este trabalho é inovador por contribuir para um desenvolvimento de uma compreensão mais sofisticada dos conceitos leigos, ao apresentar as perceções das pessoas idosas.

A destacar que na apresentação dos resultados foi necessário estabelecer um princípio de orientação/seleção de categorias, devido ao número elevado em estudo, tal como já mencionamos no capítulo dos resultados. Assim, só as categorias com uma expressividade igual ou superior a 30% e nas situações em que esse valor não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado, por cada dimensão, serão correlacionadas com as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoa com quem vive, local de habitação, contexto em que está inserido e forma de preenchimento do instrumento), bem como com o número total de categorias, a perceção da saúde, da doença, da qualidade de vida, da felicidade, da satisfação com a vida, do otimismo e do stress, e com os instrumentos de qualidade de vida, de satisfação com a vida, de espiritualidade e de orientação vital, cuja discussão de dados significativos se seguem. De destacar ainda que muitos dos dados não se revelaram estatisticamente significativos e por esse facto não irão ser alvo de discussão, embora se encontrem no capítulo anterior.

A discussão dos resultados irá ser feita em três partes distintas, tal como já se verificou na apresentação dos dados, para que haja uma melhor compreensão da informação. Começa-se pela discussão dos resultados provenientes dos temas leigos, das perceções e por último dos resultados dos instrumentos.

## **7.1. Discussão dos resultados por tema**

### **7.1.1- Saúde e Doença**

As teorias leigas, como já se referiu, são teorias informais, que fazem parte do cotidiano dos indivíduos, e como tal abarcam várias dimensões das suas vidas. A saúde e a doença, como conceitos próximos que são, também o fazem, tendo sido por isso abordados neste estudo.

Segundo vários autores, as teorias leigas sobre a saúde e a doença são modelos conceituais utilizados pelos indivíduos, comunidades ou culturas, na tentativa de explicar como se pode manter a saúde e fornecer uma explicação para a doença (Popay & Williams 1996). As teorias leigas sobre saúde e doença incluem ideias sobre a forma como o corpo humano funciona, sobre a presença de sintomas, que podem culminar em doença. O papel das crenças na saúde e na doença tem vindo a ser cada vez mais analisado, dado esse que também foi nosso objetivo, devido à importância dos temas para a compreensão da complexidade humana.

Assim, ao se analisar os dados recolhidos pela investigação, para o tema da Saúde, verifica-se que para a questão *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”*, a maioria dos inquiridos, 47%, considera que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria psicológica, seguida da categoria ausência com 38%. Dados que estão em conformidade com os do estudo de Teixeira, Schulze, e Camargo (2002), realizado a uma amostra de 80 idosos, onde este concluiu que os idosos entendiam a saúde tendo em conta três classes, quanto à classe 1, o idoso é saudável em função dos fatores psicológicos, onde se destaca a principal ideia de que para se ser saudável na velhice é necessário ter estabilidade psíquica e ter bem-estar emocional, tal como referido pelos nossos inquiridos. Para os idosos, é extremamente importante sentirem-se bem psicologicamente, com uma autoimagem positiva, felizes, com uma vida tranquila e com energia para viver. Há uma aceitação das perdas físicas, que segundo Fonseca (2004), com o avançar da idade são normais, pois ocorre um agravamento progressivo das queixas em saúde, sendo um processo gradual e aceite.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Um estudo de Aldwin et al. (1989) revela que existe uma diminuição da saúde psicológica com o avançar da idade.

No entanto, e contrariamente os estudos de (Jones & Meredith, 2000; Mroczek & Kolarz, 1998, referenciados em Fonseca, 2001) demonstram que a saúde psicológica tem um crescimento sustentável com o aumentar da idade, facto este que justifica que a categoria psicológica tenha sido a mais mencionada.

A segunda categoria mais expressiva foi a categoria ausência, uma vez que os idosos consideram que ter saúde é não ter doenças ou sintomas dolorosos, não ter problemas de variada ordem, ser independentes e não ter restrições, sentimentos estes corroborados com a classe 2 do estudo de Teixeira et al. (2002), uma vez que o idoso saudável é aquele que é autónomo, que tem ação, caminha, diverte-se e pode fazer diversas coisas, etc. “É a coisa mais maravilhosa do mundo, é uma pessoa que tem muita saúde, que pode viajar bastante, que faz tudo o que quer. Um idoso saudável gosta de se arrumar, de ir para tudo o que é canto e se divertir, não fica dentro de casa” (Teixeira et al., 2002, p. 355). Estes dados são corroborados também por Fontes (1997), por Vaz (2008) e por Reis e Fradique (2004) uma vez que ambos referem que o conceito de saúde não está centrado na doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual.

Num outro estudo de carácter exploratório, realizado por Andrade (2003), no Brasil, a uma amostra de 11 pessoas com idade igual ao superior a 60 anos, recorrendo à técnica da entrevista estruturada, verificou-se que a saúde esta correlacionada com os estados afetivos, nomeadamente com a felicidade “Se a pessoa idosa tem saúde, essa pessoa é feliz...”(p.210), pelo contrário se a pessoa se encontra em situação de doença não é feliz, o que exalta a dimensão psicológica. Os idosos entrevistados também relacionaram a saúde e a doença com estados de ânimo, para eles uma pessoa com saúde, tem ânimo e está sempre ativa, tem motivação para realizar tarefas, caso se encontre doente torna-se uma pessoa desanimada e sem vontade de realizar qualquer atividade, ou seja, quando não tem problemas que afetem o seu estado, estão saudáveis. Normalmente o indivíduo sente a sua saúde como um estado de “alegria de viver” ou como a harmonia entre o organismo biológico-mental e o ambiente cultural-social que incita a ação (Tamer & Petriz, 2007).

Ao fazer-se uma associação/correlação entre a categoria psicológica com algumas características sociodemográficas, concluiu-se que os resultados significativos e que

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

mereciam destaque prendem-se com a variável idade, escolaridade e pertença institucional. Os indivíduos com idade entre os 70 e 79 anos mencionaram bastante menos a categoria psicológica que os restantes, bem como os sem qualquer escolarização e os que têm o 2º Ciclo. Por outro lado, os que concluíram os seus estudos secundários foram os que mais mencionaram tal categoria e que os indivíduos que mencionaram a categoria psicológica estão um pouco mais representados nas associações de desenvolvimento local, nos grupos de desporto e na universidade da terceira idade, sendo que os utentes dos centros de dia foram aqueles que mais mencionaram esta categoria.

Nos estudos referenciados não é feita alusão a questões ligadas à idade ou à escolaridade, no entanto pensa-se que o facto dos inquiridos, entre a faixa dos 70 e 79 anos, terem mencionado menos a dimensão psicológica prende-se com o facto de valorizarem outras dimensões, nomeadamente questões ligadas à dimensão física, como não ter doenças ou dores, e isso leva-os a crer que são saudáveis. Por outro lado, o facto de serem pessoas com mais escolaridade também é um fator de relevância no que toca a escolha da dimensão psicológica, pois para estes indivíduos a mente é parte importante do “todo” e contribui para se sentirem saudáveis. A formação mais elevada, ou um maior número de conhecimentos adquiridos ao longo da vida ou em contexto escolar, pensa-se ser razão para a compreensão da dimensão psicológica, não sendo de estranhar que as pessoas que se encontram em organizações (nas associações de desenvolvimento local, nos grupos de desporto e na universidade da terceira idade) refiram mais a dimensão psicológica. Considera-se que o facto de serem pessoas ativas, em atividades organizadas e com uma componente de valorização pessoal elevada, as torne mais conscientes da importância da categoria psicológica para se sentirem saudáveis.

A categoria ausência quando correlacionada com as características sociodemográficas refere o facto de os indivíduos, que mencionaram a categoria ausência, se encontrarem mais representados nos grupos de escolarização correspondentes aos 2º e 3º Ciclos, sendo que, pelo contrário, os indivíduos sem qualquer escolarização são aqueles que mais mencionaram a dita categoria, bem como aqueles que estão um pouco mais representados no grupo sem nenhuma ligação institucional e nas associações de desenvolvimento local, sendo que são menos frequentes quando estão ligados à

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

universidade da terceira idade e aos centros de dia, e os indivíduos que autopreencheram os questionários também mencionaram menos a categoria ausência do que os restantes.

A categoria ausência aparece como fazendo menção ao facto de para se ter saúde ou ser saudável é necessário não ter doenças ou sintomas (incluindo dor), não ter restrições, não ter queixas, não se cansar, etc., e para as pessoas com níveis de escolaridade mais baixa é compreensível que vejam a saúde com a ausência da doença ou de estados de dor, contrariamente aos mais escolarizados que vêm a saúde numa perspetiva mais global, onde outros fatores interferem, nomeadamente as questões ligadas à saúde mental. Será assim também de fácil entendimento que estas pessoas não façam parte de nenhuma instituição, não tendo contacto com atividades formativas e de aprendizagem contínua. Quanto à questão do autopreenchimento, só o fez quem tinha capacidade (conhecimento e habilidade/autonomia), sendo que para estas pessoas a categoria ausência torna-se frágil/insuficiente para explicar o que entendem por saúde ou ser saudável. Não se pode esquecer que a idade e a perceção individual do próprio estado de saúde são fatores que influenciam a conceção de saúde e de doença dos indivíduos (Vaz, 2008).

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão saúde (questão 1.1), por idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, verificou-se que existem correlações positivas entre o total de categorias da saúde e as perceções de saúde e de qualidade de vida bem como com a escala de qualidade com a vida e com as subescalas doença e esperança/otimismo. Existe por outro lado uma correlação negativa entre o total de categorias de saúde e a perceção da doença. Deste modo, conclui-se que à medida que os inquiridos mencionaram mais as categorias de saúde, também apresentaram valores mais elevados na escala e subescalas referidas.

Ao se realizar os modelos de análise discriminante e de regressão logística binária, verificou-se que as variáveis predictoras da saúde (categoria psicológica e ausência) são a perceção do otimismo e o total de categorias da saúde, na análise discriminante, e as perceções de doença, otimismo e stress, na regressão logística. De verificar que a perceção do otimismo ficou retida em ambas as análises, tal como no estudo correlacional acima referido.

Este conjunto de resultados vai claramente ao encontro dos estudos realizados por Capra (1997), que se refere ao estado de saúde quando existe um estado de harmonia entre o ser

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

humano e o meio envolvente, e qualquer facto negativo que interfira nessa relação pode causar desequilíbrio, e por conseguinte estados de doença, como por exemplo o stress ou a ameaça de doença. Por outro lado, António Abellán (2003), Andrade (2003) e Seligman (2000) destacam a relação entre a saúde e as perceções positivas, tal como o otimismo, ou seja, para haver saúde é importante haver estados de ânimo e de bem-estar. Os estudos demonstram o valor do otimismo em relação à saúde e ao bem-estar, bem como o seu papel mediador em relação a eventos stressantes. Grinberg e Grinberg (1999) também referem que o otimismo pode fortalecer o sistema imunológico ou pelo menos reduz o efeito do stress, segundo uma pesquisa realizada nos Estados Unidos. Os idosos otimistas têm mais probabilidades de serem saudáveis e vivem melhor do que os idosos pessimistas.

Assim, conclui-se que existe uma relação próxima entre os estados de saúde, o total de categorias de saúde, a percepção do estado saúde e a qualidade de vida. Pelo contrário, existe uma relação negativa entre a dimensão saúde e a percepção dos estados de doença, pois à medida que os idosos mencionaram mais o total de categorias de saúde, mais consciência tinham dos seus estados de doença. Por outro lado, também é natural que os indivíduos que mencionaram mais as categorias da saúde também o tenham feito para a escala da qualidade de vida e das subescalas de doença, esperança/otimismo. Supõe-se que estas correlações surjam significativas, dado que os estados de saúde, qualidade de vida, otimismo e esperança são muito contíguos, é fácil para os idosos associá-los a estados de saúde, de os valorar como positivos. Pelo contrário, aparece uma relação oposta entre o total de categorias da saúde e de doença, visto serem estados antagónicos.

Dados estes corroborados no estudo de Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) sobre qualidade de vida em pessoas idosas, que concluíram que o fator mais importante é a saúde, seguida da capacidade de autonomia, de uma boa pensão e dispor de boas relações sociofamiliares e manter-se ativo. Fernández et al. (2003) destacam também que a saúde é um domínio importante da qualidade de vida global e que se influenciam mutuamente. Paúl et al. (2005) referem no entanto que a saúde contínua a ser uma área fundamental da qualidade de vida, em especial para os idosos. A saúde é correlacionada fortemente com a qualidade de vida (Argyle, 1997; Baltes & Baltes, 1990; Yanguas, 2004, citados em Aznar & Andreu, 2005).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Sobre a questão “*O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?*” e “*O que faz para se manter saudável?*”, a maioria dos idosos destacou a categoria comportamental, com 90,7% e 92,7% respetivamente.

Será de fácil entendimento que os idosos inquiridos destaquem a categoria comportamental como a que melhor define o que fazem as pessoas para se manterem saudáveis, bem como eles próprios. A categoria comportamental inclui aspetos ligados à autonomia (poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais - ex: cinema, ler, ir ao baile, pintura, etc), aos hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc), ao estar ativo e levar uma vida calma e tranquila. Vaz (2008) refere que o conceito de saúde e de doença é multidimensional e a saúde e as doenças dos indivíduos desenvolvem-se ao longo do ciclo da vida, influenciam e são influenciadas pelos comportamentos individuais assumidos. A idade e a perceção individual do próprio estado de saúde são fatores que influenciam também a conceção de saúde e de doença.

Dados também corroborados por Andrade (2003) e por Fontes (1997), uma vez que para uma pessoa ter saúde tem de ter ânimo e estar sempre ativo, ter motivação para realizar as tarefas. Também no estudo de Queiroz (1991) é destacado o facto dos idosos deixarem de fazer as suas atividades como sinónimo de doença, ausência de determinado comportamento. Capra (1997) destaca ainda a importância de diversos fatores para o binómio saúde-doença, onde os fatores comportamentos se evidenciaram, ou seja, a saúde está relacionada diretamente com comportamentos, opções individuais. Ainda no estudo de Teixeira, et al. (2002), estes referem que o idoso saudável é aquele que é autónomo. “É a coisa mais maravilhosa do mundo, é uma pessoa que tem muita saúde, que pode viajar bastante, que faz tudo o que quer. Um idoso saudável gosta de se arrumar, de ir para tudo o que é canto e se divertir, que não fica dentro de casa” (Teixeira et al., 2002, p. 355).

Do cruzamento da categoria *comportamental* da *dimensão saúde* (questão 1.2) com algumas características sociodemográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente ao escalão etário, pois observou-se que os indivíduos com mais idade (80 a 90 anos) tiveram menos tendência em mencionar tal categoria do que os restantes.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Não se conseguiu encontrar qualquer estudo que fizesse alusão à questão da idade, faixa etária entre os 80 e os 90 anos. No entanto, pensa-se que este dado pode estar relacionado com o facto de, dado a idade avançada, já não existir muitas ações, opções em termos de estilos de vida que possam fazer a diferença, para ter mais ou menos saúde. Digamos que os idosos se encontram numa fase de acalmia, muitos deles com o pensamento de que “pouco já posso fazer para ter mais saúde nesta fase da minha vida”, introjetam um estado de inatividade e de resistência à mudança.

Conclui-se que os comportamentos, as opções em termos de estilo de vida são fundamentais para os idosos e a população em geral se manterem com saúde, evitando estados de doença, que por vezes se tornam incapacitantes e os levam a ficar dependentes de cuidadores.

Ao se abordar o tema da doença, para a questão 2.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”, os indivíduos destacaram duas categorias, a categoria psicológica, com 38,7%, e a categoria física com 38,0%. Na questão 2.2- “O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”, evidencia-se a categoria comportamental com 46,7% e a dependências com 38,7%. Na questão 2.3- “O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”, a única categoria representativa foi a categoria comportamental, com 52,0%.

Estes resultados refletem a preocupação que os idosos apresentam com a manutenção da sua vida mental, emocional, e psicológica, bem como com a sua componente física. Para eles, estar doente significa sentir-se mal psicologicamente, designadamente estar triste, ter falta de alegria, não estar bem consigo próprio, ter falta de vontade para agir, etc. E fisicamente a doença passa por ter dores, por haver um mau funcionamento do organismo, bem como um conjunto de doenças várias. Estes resultados são corroborados pelos estudos de Capra (1997) e de Queiroz (1991) já referenciados para o tema da saúde, onde a mente, a psique é referida como dimensão importante no processo saúde-doença, “Se a mente está só a pensar na doença, então fica triste”. A mente atua de modo positivo ou negativo e isso reflete o estado saudável ou não do indivíduo.

Na questão 2.1., verifica-se que a categoria comportamental apresenta uma maior representatividade seguida da categoria dependências. Estes resultados permitem pensar que os idosos consideram que os comportamentos individuais são responsáveis por ações

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

prejudiciais à saúde e como consequência levariam a estados de doença. Comportamentos que poderão passar por fazer esforços, não descansar o suficiente, ter falta de atividade ou de exercício físico, ter uma alimentação incorreta, etc. Ao abordarem a questão das dependências, referem-se aos consumos de álcool, tabaco, drogas, consumo excessivo de café, como ações prejudiciais para a saúde e que podem conduzir a estados de doença.

Na questão 2.3. mais uma vez a categoria que se destacou foi a categoria comportamental com 52%, seguida da categoria ausência com 25%, tal como na questão anterior. Não se encontraram diferenças face à questão anterior, pois os idosos entendem que ações como alimentação incorreta, falta de descanso, inatividade/falta de exercício físico, esforços, etc, são comportamentos prejudiciais à saúde e que podem levar a estados de doença, tal como as dependências.

Estudos sobre conceitos leigos de doença são insuficientes, pois a doença é vista como a antítese de um estado de saúde, ou seja, o idoso encontra-se doente quando não consegue satisfazer as suas necessidades, encontra-se condicionado, o que lhe modificará a sua rotina diária. No entanto, estes dados podem ser explicados por Berger (1995) que refere que a autoavaliação individual do estado de saúde influencia o conceito de saúde e doença, citando Weil este escreve “as pessoas que se julgam doentes procedem como doentes, mesmo na ausência de sinais clínicos reais, e as que se julgam com saúde agem como pessoas saudáveis”. Vaz (2008) também refere que o conceito de doença é multidimensional e que as doenças dos indivíduos desenvolvem-se ao longo do ciclo da vida, influenciam e são influenciadas pelos comportamentos individuais assumidos.

Será de acrescentar, que tal como no tema da saúde, quando confrontados com as questões da doença, a maior parte dos idosos destaca a dimensão psicológica como a mais importante, facto esse que poderá ficar a dever-se à aceitação dos sintomas físicos com o passar da idade, sendo a dimensão psicológica a que mais preservam e que melhor caracteriza o seu estado de saúde ou de doença, consoante a sua situação. Refira-se que existe uma aceitação da perda ou do deficiente funcionamento de algumas partes físicas, no entanto a parte psicológica deverá ser preservada para que tenham saúde. Há uma aceitação das perdas físicas, que Fonseca (2004) considera normal com o avançar da idade.

Ao fazer-se uma análise correlacional da categoria psicológica e da categoria física da dimensão doença (questão 2.1) com algumas características sociodemográficas, unicamente

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à forma de preenchimento, no primeiro caso, pois verificou-se que os indivíduos, que responderam ao questionário pelas suas próprias mãos, mencionaram menos a categoria psicológica do que os restantes e, no segundo, relativamente à variável escolaridade e ao facto de se ser ou não pensionista. Ou seja, há uma tendência para os indivíduos mais escolarizados mencionarem mais a dimensão física do que os restantes, enquanto, por outro, foi possível concluir-se que os indivíduos pensionistas mencionaram menos esta categoria do que os restantes.

Por sua vez, do cruzamento da categoria comportamental da dimensão doença (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas, determinaram resultados estatisticamente significativos no que diz respeito à variável escolaridade, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Observou-se que a menção da categoria comportamental está mais presente no grupo de indivíduos que não tendo concluído o 1º Ciclo sabem ler e escrever; encontra-se particularmente menos presente nos indivíduos que concluíram o 2º Ciclo, bem como nos indivíduos que habitam em São Brás de Alportel e Lagos, sendo os de Albufeira os que mais mencionaram a referida categoria. Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade e nos grupos de desporto do que os restantes, e nos indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma, tendo-se verificado uma tendência contrária no grupo que precisou de ajuda para o preenchimento. Do cruzamento da categoria *dependências* da *dimensão doença* (questão 2.2) com algumas características sociodemográficas verificou-se que a referida categoria se encontra mais mencionada no grupo de indivíduos que não são pensionistas, e menos mencionada nos indivíduos que habitam em Lagos. Por outro lado a maioria dos idosos que preencheu o questionário de forma autónoma também mencionou menos a referida categoria.

Ao elaborar-se as correlações entre o total das categorias da dimensão doença (questão 2.2) com a idade, com as sete perceções em análise, assim como com a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital verificam-se duas correlações positivas estatisticamente, entre o total de categorias da doença e a perceção da felicidade e da orientação vital.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Do cruzamento da categoria comportamental da dimensão doença (questão 2.3) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável sexo, isto é, os indivíduos masculinos mencionaram menos essa categoria que os femininos.

Da análise correlacional entre o total das categorias da dimensão doença (questão 2.3) e a idade, as sete perceções em análise, a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, só se encontrou uma correlação significativa, que envolve a perceção de felicidade, pois o total de categorias de doença (2.3) tende a ser maior na medida em que a perceção de felicidade é também ela maior.

Pensa-se que o facto dos idosos autónomos, que autopreencheram o seu instrumento, terem mencionado mais a categoria psicológica que os outros, se relaciona com o facto de terem uma visão global do que os pode levar a estados de doença, destacando os problemas com a mente e assumindo uma maior preocupação com a mesma. Pelo contrário temos indivíduos que destacaram a categoria física e que quando correlacionada com os dados sociodemográficos somente a escolaridade se destaca e o ser ou não pensionista. Esta tendência dos indivíduos mais escolarizados mencionarem mais a categoria física é estranha, ou algo redutora e quase incompreensível, pois restringem os estados de doença a parte física, quando deveriam ter uma abrangência mais holística do que é a doença.

No que diz respeito aos resultados das análises discriminantes e das regressões logísticas, ao se abordar o tema da doença, encontramos como variáveis predictoras o total de categorias da doença, que ficou sempre retida na análise discriminante bem como a qualidade de vida e a perceção do stress que ficaram retidas na regressão logística.

Na questão “O que costumam fazer as pessoas que não são boas para a sua saúde?”, unicamente na análise discriminante as variáveis preditivas foram o total de categorias da doença e a perceção do otimismo. Por último, “O que costumam fazer que não é bom para a sua saúde?” ficou retido o total de categorias da doença e a idade. Em ambas as questões não foi possível encontrar um modelo final estatisticamente significativo quando realizada a regressão logística. Estes dados vão ao encontro dos estudos de Abellán (2003) e de Fonseca (2004), que referem que a idade se relaciona com estados de doença. Grinberg e Grinberg (1999) também referem que o otimismo pode fortalecer o sistema imunológico ou pelo menos reduzir o efeito do stress, pois os idosos otimistas têm mais probabilidades de

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

serem saudáveis e menos doentes. A percepção do stress, segundo Nacarato (2000), na velhice existe um conjunto de situações que geram mudança na vida do indivíduo, sejam elas positivas ou negativas e podem torna-se em fontes de stress e provocar desgaste no organismo, podendo levar em casos extremos a situações de doença. Por último, apresenta-se o estudo de Castelón et al. (2001) que também relatam a autopercepção da qualidade de vida com a da saúde, pois verifica-se que os idosos associam um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida.

#### **7.1.2 – Qualidade de vida**

Ao se abordar o tema da qualidade de vida, verificou-se que os idosos inquiridos entendem a qualidade de vida como uma questão de saúde, estar saudável, pois 25,7% elegeram a categoria saúde como a mais expressiva, dado corroborado por Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) que concluíram que o fator mais importante para a qualidade de vida é a saúde. No entanto, a categoria psicológica com 24% e as categorias comportamental e social com 23,7% também apresentam valores bastante significativos. Os idosos consideram que para terem qualidade de vida precisam de estar bem psicologicamente, sentir-se felizes, bem consigo próprios e com os demais, dormir bem, fazer atividades diárias que lhes sejam prazerosas, ter uma alimentação correta, conviver com amigos e familiares, passear, etc. Relativamente às coisas mais importantes para termos qualidade de vida, os inquiridos destacam a categoria saúde com 33,7%, ou seja, ter saúde, ser saudável é o fator mais importante para terem qualidade de vida. Menos representativa temos a categoria ausência com 30,3%, pois para os idosos é importante não terem problemas, preocupações, não estarem doentes, não terem falta de dinheiro, etc. A categoria comportamental com 25,3% e a social com 22%, também são importantes para haver qualidade de vida. A qualidade de vida passa por haver bons hábitos alimentares, fazer atividades diversificadas, praticar exercício físico, sair, passear, ser ativo, descansar, conviver com familiares e amigos e distrair-se.

Quando questionados sobre “*Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?*”, a categoria mais expressiva é a categoria comportamental com 46,7%, seguida da social com 28,3% e da residual com 20%. Os idosos concordam

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

que para terem uma boa qualidade de vida terão de ter comportamentos adequados, tais como fazer exercício físico regularmente, ser ativo, ter hábitos de vida saudáveis (comer e dormir bem) e quando necessário consultar o médico. Por outro lado, a parte social também é de extrema importância, pois conviver com os amigos e os familiares, sair, distrair-se é fator importante para ter e manter a qualidade de vida e combater o isolamento e a solidão.

Estes dados, embora hajam poucos estudos leigos sobre a qualidade de vida em pessoas idosas, podem ser corroborados pelos estudos de Brown et al. (2004), que investigaram o tema em vários países do mundo. Os autores identificaram os seguintes fatores como principais aspetos da qualidade de vida em pessoas idosas: ter uma boa saúde, ser independente, ter boas relações sociais e familiares, ser ativo, ter felicidade, ter boas condições de vida e de habitação, ter oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento e ter uma crença religiosa. Segundo este estudo, concluiu-se que a qualidade de vida é coerente com o conceito multidimensional de qualidade de vida.

Num outro estudo realizado por Bowling e Gabriel (2007) sobre teorias leigas de qualidade de vida na terceira idade, destacaram como principais temas, apresentados por ordem de importância, as relações sociais (81%), os papéis sociais e atividades (60%), gostar de estar sozinho (48%), ter saúde (44%), perspectiva psicológica/recursos (38%), casa e vizinhança (37%), finanças (33%) e independência (27%).

De uma maneira geral, as principais razões apontadas pelas pessoas nas entrevistas para explicar a importância dos temas para a sua qualidade de vida foram: 1) liberdade de fazer as coisas que desejam, sem restrições (quer em casa ou socialmente); 2) gozo, prazer e satisfação com a vida e harmonia mental; 3) relacionamentos sociais que lhes permitam ter acesso ao companheirismo, intimidade, amor, contacto social/envolvimento e ajuda; e 4) sentimento de segurança. No que diz respeito à categoria “relações sociais”, a mais representativa nas respostas dadas pelos idosos, foram destacadas as relações de proximidade ou de intimidade, companheirismo e convívio pessoal, incluindo apoio e auxílio instrumental. As relações sociais permitem aos idosos sentirem-se valorizados, seguros, com alegria de viver e com uma boa autoestima. Na categoria das relações sociais estão incluídos a família, o parceiro e os amigos, como propiciadores das boas relações, tal como referiram os inquiridos. O facto de ter saúde, categoria mais significativa no estudo, permite aos idosos ter qualidade de vida, pois dá-lhes liberdade

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

para viverem sem restrições, quer seja praticando atividades sociais ou domésticas. Foi referido pelos idosos que ter saúde permite-lhes participar em atividades físicas e de lazer, passear, conduzir, comer e beber o que desejam.

Conclui-se que para os participantes ter qualidade de vida é ter saúde, ser independente, ter um bom suporte social e familiar, não ter restrições ou doenças, ser ativo e poder viver de forma digna. A saúde é a primeira condição para estar bem, pois com o avançar da idade, outros fatores pensa-se serem menos importantes e caso não haja saúde todas as outras dimensões ficarão fragilizadas, como a vida social e a manutenção de atividades diárias (como fazer exercício físico, passear, ter hábitos saudáveis, como comer e descansar), conviver com a família e com os amigos.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.1) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital conclui-se existir duas correlações positivas, uma entre o total de categorias da qualidade de vida e as percepções de saúde e qualidade de vida e outra entre o total de categorias e os sentidos e a esperança/otimismo. Ocorre uma correlação negativa entre a idade e o total de categorias, que tende a ser menor com o avançar da idade.

Do cruzamento entre a categoria saúde - dimensão qualidade de vida (questão 3.2) - por características sociodemográficas, realça-se somente o estado civil e a forma de preenchimento, pois os indivíduos casados, assim como os que autopreencheram os questionários, mencionaram menos a referida categoria.

Do cruzamento da categoria ausência - dimensão qualidade de vida (questão 3.2) - por características sociodemográficas, somente se destacam as variáveis sexo e estado civil, pois os indivíduos do sexo feminino, assim como aqueles que enviuvaram mencionaram menos a categoria ausência da dimensão qualidade de vida do que os restantes.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.2) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, destacam-se três correlações positivas estatisticamente significativas, entre o total de categorias extraídas da dimensão qualidade de vida e a percepção de qualidade de vida, da felicidade e da esperança/otimismo.

Do cruzamento da categoria comportamental - dimensão qualidade de vida (questão 3.3) - por características sociodemográficas, somente a variável idade se destaca, pois os

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

indivíduos com mais idade, isto é, aqueles que têm entre 80 e 90 anos, mencionaram menos a categoria comportamental da dimensão qualidade de vida do que os restantes.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão qualidade de vida (questão 3.3) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital verificam-se duas correlações positivas entre o total de categorias e a percepção da qualidade e da subescala vida independente e uma correlação negativa entre o total de categorias e a idade.

Este conjunto de dados podem ser confirmados pelos estudos de Castelón et al. (2001) que referem que quando correlacionada a auto percepção da qualidade de vida com a da saúde, verifica-se que os idosos associam um bom estado de saúde a uma boa qualidade de vida e vice-versa. Fernández et al. (2003) também referem que a saúde é um domínio importante da qualidade de vida global. A qualidade de vida boa e muito boa coincidem com os estados de saúde auto percebidos como bons e muito bons e a pior percepção da saúde coincidem com a pior percepção de qualidade de vida. Fernandez-Ballesteros (1997) também refere que com o avançar da idade dá-se uma redução das redes sociais e por conseguinte da qualidade de vida.

Grinberg e Grinberg (1999) defendem que existe uma correlação positiva entre o otimismo e a qualidade de vida, bem-estar e também saúde dos idosos. O otimismo parece ser uma variável bastante importante no decurso de vida das pessoas, promovendo-lhes qualidade de vida, minimizando estados de stress, provenientes das adaptações que a idade sugere. O otimismo pode também funcionar como um potenciador de bem-estar e de saúde naquelas pessoas, que não sofrendo de nenhuma perturbação ou doença específica, desejam melhorar a sua qualidade de vida (Seligman, 2002).

Para Nacarato (2000) e segundo vários estudos, existe uma série de fontes de stress na velhice, nomeadamente, os assuntos relacionados à família – provavelmente porque na velhice ocorre uma quebra no convívio social, levando a uma maior proximidade dos familiares, preocupações com a autolimitação e dependência, assim como com as doenças e a proximidade com a morte, o que pode fazer reduzir a qualidade de vida dos idosos.

No que se refere aos resultados provenientes das análises discriminantes e das regressões logísticas, para a questão 3.1, surgem como variáveis preditivas o total de categorias da qualidade de vida e a qualidade de vida. Na regressão logística não foi

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

possível encontrar um modelo estatisticamente significativo. Na questão 3.2, como variáveis preditivas, destacam-se, na análise discriminante, o total de categorias da qualidade de vida, novamente, a percepção da satisfação com a vida, da qualidade de vida, da doença, da satisfação com a vida e a percepção da doença. Na regressão logística, as variáveis preditivas a destacar foram a percepção da doença, da satisfação com a vida e a percepção da saúde. Em ambos os modelos e relativamente às coisas que se deve fazer para termos uma boa qualidade de vida, emergem como variáveis preditivas as percepções de doença, de satisfação com a vida e a percepção da saúde. Relativamente às coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida, somente no modelo da análise discriminante foi possível obter como variáveis preditivas o total de categorias da qualidade de vida e a idade. Estes dados são, em parte, coincidentes com o estudo realizado por Paúl et al. (2005) sobre satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, onde se destacam como variáveis preditoras da qualidade de vida física a percepção da saúde, o nível de autonomia, a idade, a educação e a solidão; a qualidade de vida psicológica tem como variáveis preditoras a percepção da saúde, a solidão, o nível de autonomia, os confidentes, a educação, a idade, e as atitudes face ao envelhecimento; e a qualidade de vida social tem como preditores os amigos, o nível de autonomia, os confidentes e a solidão. A percepção da saúde prediz a qualidade de vida física, psicológica e ambiental. A idade é uma variável preditora da qualidade de vida física e psicológica. O nível de educação aparece como preditor da qualidade de vida física e psicológica, ao passo que o rendimento é um bom preditor da qualidade de vida ambiental. A solidão é o único domínio da satisfação com a vida que surge como preditor da qualidade de vida, exceto no domínio ambiental. Destacam ainda o facto de, para além da saúde real, a saúde percebida ser um fator importante da satisfação e qualidade de vida, pois a saúde é extremamente importante e a sua falta pode contribuir para baixar a qualidade de vida dos idosos.

### **7.1.3- Felicidade**

No tema da felicidade, quando inquiridos sobre o que era a felicidade ou ser feliz a maior parte dos inquiridos, 32,7%, identificou a categoria social como a mais representativa, seguida da categoria saúde com 25,7%, da sentir-se bem com 22% e da categoria psicológica com 18%. Para os idosos, a felicidade passa por ter um bom suporte familiar, uma vida conjugal positiva e ter amigos com quem possam conviver e partilhar experiências. No entanto, a dimensão física e psicológica também deverão estar presentes, pois o sujeito só pode estar feliz se estiver bem física e psicologicamente. Dados confirmados nos estudos de Furnham e Cheng (2000) que referem que os indivíduos associavam a felicidade às causas como o suporte social. Os indivíduos leigos defendem que o apoio social e a estima são um importante fator para a felicidade individual (ter amigos, ser amado pelos pais), o que (Argyle & Furnham, 1983; Campbell, 1976; Larson, 1978) já tinham constatado, pois as redes sociais (família e amigos) eram uma importante fonte de felicidade. Num outro estudo, Vianna (2005) também confirma a importância do suporte social para haver felicidade.

Quando confrontados sobre *“Quais as coisas importantes para se sentir feliz?”*, 41% dos idosos são da opinião que a categoria saúde é a mais importante, seguida da categoria social com 36% e da psicológica com 20,7%. Os idosos inquiridos destacam o ter saúde, o ser saudável como a principal condição para serem felizes, seguida de um bom suporte social e de bem-estar psicológico.

Em termos individuais, quando questionados sobre *“Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?”*, a categoria mais mencionada foi a categoria comportamental com 38,3%, seguida da social com 22,3% e da categoria residual com 20,3%. Os idosos inquiridos destacam a categoria comportamental, onde se encontram os hábitos de saúde (alimentação saudável, descanso, fazer exercício físico, não consumir drogas), atividades de lazer, poder cumprir com as obrigações diárias, bem como a dimensão social, suportada por uma boa relação familiar e conjugal e por uma boa rede de amigos e vizinhos. No entanto, existem alguns idosos que não conseguem identificar ao certo o que fazem para ser felizes, pois a categoria residual também apresenta alguma expressividade.

Luz e Amatuzzi (2008), sobre as vivências da felicidade de pessoas idosas, corroboram as dimensões apresentadas, pois os idosos destacam a dimensão familiar e a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

laboral de grande importância para serem felizes. A família e a interação familiar também, são destacados como sendo uma fonte de proteção, segurança e de afeto, bem como ter atividades e autonomia para as realizar.

Pensa-se que para os idosos, atendendo à sua idade, a felicidade passe por ter um bom ambiente social e familiar, pois temem o isolamento e a solidão e não tanto por questões de saúde, sendo certa a chegada das doenças e das limitações provenientes com o avançar da idade. A interação social saudável acompanhada de um certo nível de saúde física e psicológica são as principais fontes de felicidade evidenciadas pelos idosos. No entanto, têm consciência que para serem felizes terão de ter determinados cuidados/comportamentos individuais.

Do cruzamento da categoria social - dimensão felicidade (questão 4.1) - por características sociodemográficas somente se realça a categoria sexo e reformado, isto é os indivíduos do sexo masculino, assim como, os reformados mencionaram menos a categoria social da dimensão felicidade do que os restantes, facto que pode ser explicado pelos trabalhos de Rubio et al. (2001) que referem que, para o homem o fator mais importante para o seu bem-estar era o trabalho que realizou e para a mulher a família, a saúde e o contexto onde vive. O facto de ser reformado também poderá levar a que a dimensão social não seja a mais importante, uma vez que o indivíduo já se encontra afastado das tarefas laborais e sociais.

Do cruzamento da categoria social da dimensão felicidade (questão 4.2) com as características sociodemográficas, só se encontraram diferenças quando a variável forma de preenchimento é considerada. Observou-se que os inquiridos que autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria social da dimensão felicidade. Do cruzamento da categoria comportamental da dimensão felicidade (questão 4.3) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram diferenças quando a variável forma de preenchimento é considerada, tal como na questão anterior. Deste modo, observou-se que os inquiridos que autopreencheram os questionários mencionaram com menos frequência a categoria *social da dimensão felicidade* do que os restantes. Quanto à forma de preenchimento, é difícil entender a razão pela qual os indivíduos mencionaram menos a categoria social, dando prevalência a outras categorias, no entanto poderá subentender-se que seja pelo facto de a terem satisfeita.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão felicidade (questão 4.3) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, verificou-se que o total de categorias tende a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida e a orientação vital também o são.

Estes dados são corroborados pelos estudos de Campbell (1976) e por Lima (2008) que admitem existir uma aproximação entre a felicidade, a qualidade de vida e a orientação vital. Pelo contrário, existe uma tendência para que com o aparecimento das doenças haja uma diminuição da felicidade.

Ao se realizar a análise discriminante e a regressão logística, verificaram-se somente dados significativos resultantes da análise discriminante, uma vez que não foi possível encontrar um modelo final estatisticamente significativo ao realizar as regressões logísticas. Assim, apresentam-se como variáveis preditoras da felicidade o total de categorias da felicidade em todas as questões e a orientação vital na questão 4.2. O total de categorias de felicidade parece evidente que surja como variável preditora, bem como a orientação vital, pois existe uma conformidade entre a felicidade e o otimismo, medida da orientação vital, tal como comprovado pelo estudo realizado por Azevedo (2009) sobre felicidade e otimismo.

#### **7.1.4 – Satisfação com a vida**

Relativamente ao tema da satisfação com a vida, quando questionados sobre o que entendem por satisfação vital ou estar satisfeito com a vida, 23,7% são unânimes em destacar a categoria saúde, seguida da categoria psicológica com 18% e da sentir-se bem com 17,3%. Quando inquiridos sobre *“Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”*, mais uma vez a categoria com maior expressividade é a categoria saúde com 41,3%, seguida da categoria social com 23,7% e da psicológica com 21,7%. A categoria residual também apresenta alguma expressividade, com 19,3%.

Embora não existam estudos sobre teorias leigas da satisfação com a vida em pessoas idosas, pensa-se que tal como em outros temas, com o avançar da idade, os idosos valorizem acima de tudo a sua saúde, o estar saudável de um modo global, o não estar doente, com sintomas e dores. A dimensão psicológica também é destacada, pois a mente é

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

uma peça chave na sua vida, o sentir-se bem psicologicamente é uma mais-valia, o ter sentimentos positivos, uma vida tranquila contribuem para terem satisfação com a vida. A satisfação com a vida consegue-se caso haja saúde, um bom suporte social (família e amigos) e uma dimensão psicológica também salutar. Caso haja uma incapacidade séria, física ou mental, pode ser um foco de ameaça à satisfação com a vida em qualquer idade e, em particular, na velhice, daí pensa-se a importância dada à categoria saúde. Para que haja satisfação com a vida, quando questionados com o “*Que coisas costuma fazer para estar satisfeito com a vida?*”, os idosos referiram a categoria comportamental e a residual com 26,7 % como as mais importantes. Supõe-se que para estar satisfeito com a vida, o idoso deve ter hábitos de saúde (comer bem, descansar, fazer exercício físico, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, etc), ser ativo, realizar as suas atividades diárias e que lhe proporcionem prazer. Outros idosos referiram uma série de questões paralelas, como por exemplo meditar. A categoria social, com 22,7%, e a categoria não sabe, com 15%, também apresentam alguma expressividade, pois a satisfação social, proveniente de uma relação saudável com os familiares e amigos é importante para que haja satisfação com a vida. Alguns idosos mencionaram a categoria não sabe, por não conseguirem identificar ações que os levam a estar satisfeitos com a vida. Tal como nas questões anteriores, os idosos têm consciência que a sua satisfação na vida depende do seu comportamento, de um determinado nível de atividade, de um grupo de relações e principalmente de ter saúde, pois sem ela todas as outras dimensões ficaram afetadas e diminuem a sua satisfação com a vida.

Alguns dos dados supramencionados são defendidos por Lawton (1983) que refere que a manutenção das capacidades funcionais que suportam a autonomia é basilar para uma vida boa e, por conseguinte, promovem a satisfação com a vida, onde se destaca a saúde. Também segundo Fonseca (2006), “A manutenção de um sentido de continuidade de envolvimento na vida (...) e a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de atividades que proporcionem bem-estar, surgem como estratégias adequadas para garantir uma efetiva satisfação de vida” (p. 66). Barros (2004) e Paúl et al. (2005) defendem de igual forma que a autoavaliação da saúde surge associada à satisfação com a vida, o que justifica que os idosos tenham mencionado mais a categoria saúde ao se referirem à satisfação com a vida.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Do cruzamento da categoria saúde da dimensão satisfação com a vida (questão 5.1) com algumas características sociodemográficas, encontraram-se resultados estatisticamente significativos, no que diz respeito às variáveis escolaridade, pessoa(s) com quem vive, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Verificou-se que a categoria saúde é mais mencionada pelos inquiridos sem qualquer escolaridade ou com o 1º Ciclo incompleto, bem como pelos indivíduos que vivem com os filhos. Por sua vez, os indivíduos que não mencionaram a categoria saúde estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade, assim como no grupo daqueles que não se encontram ligados a qualquer instituição e os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria saúde.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão satisfação com a vida (questão 5.1) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão satisfação com a vida tende a ser maior na medida em que o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida são menores.

Pensa-se que estes dados possam se relacionar com o facto de, tal como já mencionamos, a satisfação com a vida estar fortemente relacionada com a saúde (Fonseca, 2006; Lawton, 1983; Michalos, 1986; Paúl et al., 2005, citados em Aznar & Andreu, 2005), levando a justificar que os idosos sem escolaridade ou com o 1º ciclo incompleto tenham referenciado mais a categoria saúde. Por outro lado, a importância da saúde também se destaca nos idosos que vivem com os filhos, porque possivelmente preservam a sua autonomia funcional e não querem dar trabalho nem depender dos familiares, embora, segundo Pinguart e Sorensen (2000), o declínio gradual da saúde com o passar dos anos pareça não provocar danos acentuados no bem-estar dos idosos. No entanto, os idosos que frequentam a universidade de terceira idade e os que autopreencheram o instrumento foram os que mencionaram menos a dita categoria, talvez por terem um conhecimento mais abrangente do que envolve a satisfação com a vida. Possivelmente estes indivíduos têm um maior nível de conhecimento, que pode estar associado a uma escolaridade mais elevada, dados corroborados por (Connidis, 1989; Markides & Lee, 1990; Ryff, 1995, citados em Fonseca, 2006), bem como García (2002), que relevam ainda que um nível educacional elevado está associado a uma melhor satisfação com a vida. De estranhar será a relação

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

entre o total das categorias extraídas da dimensão satisfação com a vida, que tende a ser maior, e o bem-estar psicológico e da satisfação com a vida que tendem a diminuir, o que normalmente surge no mesmo sentido, ambas têm tendência para aumentar.

Do cruzamento da categoria *saúde* da dimensão satisfação com a vida (questão 5.2) com algumas características sociodemográficas, só se encontraram resultados significativos quando as variáveis pensionistas e contexto onde está inserido são consideradas. Deste modo, observou-se que tanto os inquiridos pensionistas, como aqueles que se encontram inseridos na universidade de terceira idade ou num grupo desportivo mencionaram com menos frequência a categoria *saúde* da dimensão satisfação com a vida do que os restantes, facto que já comentamos anteriormente, pois estes idosos apresentam uma noção de satisfação com a vida mais abrangente, uma vez que a veem como uma questão de saúde, tal como referenciado por Pinquart e Sorensen, (2000), que apesar de existirem perdas, com o avançar da idade, os idosos continuam a apresentar índices de bem-estar elevados.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão satisfação com a vida (questão 5.2) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão satisfação apresenta uma correlação positiva com a orientação vital. Dados corroborados por Seligman, (2000) que fala sobre a importância de sentimentos positivos para a promoção do bem-estar geral dos idosos. Do cruzamento da categoria comportamental da dimensão satisfação com a vida (questão 5.3) com algumas características sociodemográficas, saíram resultados estatisticamente significativos no que diz respeito às variáveis com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Ou seja, a categoria comportamental foi menos mencionada pelos idosos que vivem com os filhos, talvez por se encontrarem satisfeitos, sendo mais acentuada nos idosos que vivem sozinhos, onde haverá uma maior preocupação com a escolha de determinados comportamentos para terem satisfação com a vida e se manterem saudáveis. Os indivíduos que habitam em Loulé foram os que mais mencionaram a categoria comportamental e os que habitam em Lagos e São Brás de Alportel mencionaram menos a dita categoria. Os indivíduos que não mencionaram a categoria comportamental estão um pouco mais representados na universidade da terceira idade, assim como nos que pertencem a um grupo desportivo, e os indivíduos que preencheram os questionários de forma

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria comportamental, dados para os quais é difícil de prever alguma justificação, pois seria necessário continuar a investigar para tentar perceber estes resultados.

Os resultados das análises discriminantes e das regressões logísticas sugerem, para a questão 5.1, que as únicas variáveis predictoras são o total de categorias da satisfação com a vida e a orientação vital, no modelo da análise discriminante, pois no da regressão logística não foi possível encontrar dados significativos. No que se refere às coisas importantes para estar satisfeito com a vida, novamente as variáveis preditivas são o total de categorias da satisfação com a vida. Relativamente às coisas que costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida, temos no modelo da análise discriminante o total de categorias da satisfação com a vida, a qualidade de vida e a perceção da doença como variáveis preditivas e, no modelo da regressão logística, igualmente a perceção da doença.

Nos dados supramencionados, era espectável que surgisse o total de categorias com a satisfação com a vida como a variável preditora predominante. A qualidade de vida parece surgir pelo facto de ser um conceito condigno e que é associado à satisfação com a vida. A perceção da doença demonstra ser uma variável “ameaça” à satisfação com a vida, pois caso surja o indivíduo poderá ficar condicionado na sua vida, embora os estudos revelem que a doença parece não afetar o bem-estar geral, tal como mencionado nos estudos de (Connidis, 1989; Markides & Lee, 1990; Ryff, 1995, citados em Fonseca, 2006).

No entanto, encontrou-se um estudo de Paúl et al. (2005), que quando aplicado um modelo de regressão linear para cada um dos domínios da satisfação com a vida (variável dependente) e a idade, género, estado civil, o nível de educação, o rendimento, a perceção da saúde, o nível de autonomia e a rede de suporte social (família, amigos, confidentes) verificou-se que: para a solidão/insatisfação, os preditores são a perceção da saúde, o rendimento, os amigos, os confidentes, o género; relativamente às atitudes face ao envelhecimento, as variáveis predictoras foram os amigos, o rendimento e a família; e, no que se refere à agitação/ansiedade, as variáveis predictoras são a perceção da saúde, o género, e a família.

### **7.1.5- Otimismo**

Para o tema do otimismo e após a análise dos resultados, foi possível verificar que os idosos, quando questionados sobre *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”*, 27,7%, identificaram a categoria não sabe como a mais expressiva, seguida da psicológica com 24,7% e da residual com 23,3%. Relativamente as coisas importantes para se sentir otimista, os idosos, tal como na questão anterior, identificaram com maior expressividade a categoria não sabe com 32%, seguida da categoria psicológica com 29% e da categoria residual com 20,3%. Quando questionados sobre *“Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?”*, mais uma vez a categoria mais expressiva foi a categoria não sabe com 32,7%, seguida da residual com 18,7% e da categoria psicológica com 18,3%.

Estudos sobre teorias leigas de otimismo na velhice não se encontraram na revisão da literatura, no entanto supõe-se que estes resultados são fruto da idade avançada dos inquiridos e também do seu percurso de vida, alguns deles com uma baixa escolaridade, uma vez que a categoria mais expressiva é a não sabe para ambas as questões. Alguns deles ainda conseguiram destacar a categoria psicológica como sendo a que melhor define o otimismo. Ao se explicar o conceito, todos diziam saber do que se tratava, como tal pensa-se ser um problema de interpretação, de não conhecimento da palavra e do seu significado, o que os levava a dizer que não sabiam. Muitas dos temas contemporâneos são difíceis ou do total desconhecimento para algumas pessoas mais idosas, pois não fizeram parte do seu percurso de vida, em nenhum domínio.

Do cruzamento da categoria *não sabe* da *dimensão otimismo* (questão 6.1) com algumas características sociodemográficas, destacam-se com resultados estatisticamente significativos as variáveis sexo, idade, escolaridade, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Ou seja, a categoria não sabe é bastante menos mencionada pelos inquiridos homens e mais mencionada pelos indivíduos de mais idade, isto é entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos. A categoria não sabe é bastante mais mencionada pelos inquiridos que não concluíram o 1º Ciclo e por aqueles que não têm qualquer escolarização, bem como por inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local. Os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Do cruzamento da categoria não sabe da dimensão otimismo (questão 6.2) com algumas características sociodemográficas, apresentaram-se resultados estatisticamente significativos em todas as variáveis, exceto na variável reformado. Assim, observou-se que a categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos masculinos e mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos. Também é mais mencionada pelos inquiridos viúvos, por aqueles inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo. A categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas e pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos, bem como por aqueles que habitam em Faro ou em Loulé. Também é uma categoria bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e em associações de desenvolvimento local, pelo que os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão otimismo (questão 6.2) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, destaca-se unicamente que o total das categorias extraídas da dimensão otimismo apresenta uma correlação positiva com a perceção da qualidade de vida e os níveis de espiritualidade.

Do cruzamento da categoria não sabe da dimensão otimismo (questão 6.3) com algumas características sociodemográficas, verificaram-se resultados estatisticamente significativos em todas as variáveis, exceto na variável reformado, à semelhança da questão 6.2. Verificou-se que a categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos masculinos e mais mencionada pelos inquiridos de mais idade, isto é, entre aqueles que têm entre 80 e 90 anos. É uma categoria bastante mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo. Por sua vez a categoria não sabe é menos mencionada pelos inquiridos pensionistas, bem como pelos inquiridos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos e pelos inquiridos que habitam em Faro ou em Loulé. Também é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos em centros de dia e associações de desenvolvimento local. Por último, os indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma mencionaram menos do que os restantes a categoria não sabe.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão otimismo (questão 6.3) e a idade, percepções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, verifica-se que existe uma correlação positiva entre o total de categorias do otimismo e a percepção da felicidade e da subescala de esperança/otimismo e a orientação vital e uma correlação negativa entre o total de categorias e a percepção da doença e o stress e a subescala dos sentidos.

Embora não hajam dados que comprovem/justifiquem estes resultados, este conjunto de dados parece indicar que os idosos masculinos destacaram mais a categoria não sabe, bem como os inquiridos de mais idade, o que leva a crer que quanto mais idade os indivíduos apresentem, menos proximidade e conhecimento têm de conceitos contemporâneos, uma vez que nunca os utilizaram ao longo do seu percurso de vida, dados comprovados pela observação realizada aquando da aplicação dos instrumentos. Talvez este facto também justifique que a categoria não sabe tenha sido mais mencionada pelos inquiridos que não têm qualquer escolarização e por aqueles que não concluíram o 1º Ciclo e que se encontram nos centros de dia, e que não puderam evoluir academicamente, o que os condicionou na aprendizagem destes e de outros conceitos. Por outro lado, a categoria não sabe é menos mencionada por aqueles idosos que vivem com o cônjuge ou simultaneamente com o cônjuge e os filhos e pelos que preencheram o questionário autonomamente, o que poderá querer significar que estes indivíduos já tem um maior conhecimento do conceito, fruto das interações familiares e sociais. Por último, no que diz respeito ao local de residência, os idosos que vivem em Faro e Loulé mencionaram menos a categoria não sabe, o que pode ser um facto justificado por serem indivíduos que vivem em cidades, onde o acesso ao conhecimento é mais facilitado, o que os leva a terem uma maior abrangência do que é o otimismo.

No que se refere à relação entre o otimismo, a espiritualidade e a felicidade, um estudo realizado na Universidade Yeshiva, pelo professor Eliezer Schnall, revela que as pessoas que frequentam cultos religiosos regularmente têm 56% a mais de probabilidade de ter uma visão otimista do que as outras, bem como de qualidade de vida. Por outro lado, o estudo também mostrou que as mulheres idosas que frequentam o culto religioso são mais felizes, dados também comprovados por Azevedo (2009) num estudo que realizou sobre felicidade e otimismo em idosos portugueses.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Ao se considerar os métodos da análise discriminante e da regressão logística, foi possível verificar que, excetuando a qualidade de vida, todas as outras variáveis são preditoras do otimismo, sendo que as percepções de otimismo e de satisfação com a vida, assim como a idade são as que aparentam ter o maior poder discriminante. No que se refere, às coisas que são importantes para ser otimista, excetuando a qualidade de vida, novamente todas as outras variáveis são preditoras na análise discriminante e a percepção do otimismo na regressão logística. Relativamente às coisas que costuma fazer para tentar ser otimista, na análise discriminante, excetuando a qualidade de vida e a satisfação com a vida, todas as outras variáveis se revelaram preditoras, bem como a percepção do otimismo na regressão logística. Embora não hajam estudos que apontem no sentido dos dados recolhidos, poder-se-á concluir que qualquer variável, das que se encontravam em estudo (o total das categorias, a idade, a qualidade de vida, a satisfação com a vida, a espiritualidade, a orientação vital e percepções - saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress), poderá ser preditora do otimismo, ou poderá ter influência na forma como o sujeito se posiciona face ao futuro.

#### **7.1.6 - Stress**

Para o tema do stress, quando questionados sobre *“De forma breve e concisa, digamos o que é o stress ou ser stressado?”*, os idosos destacaram a categoria psicológica com 35%, seguida da residual com 19,7% e da comportamental com 18,3%. Relativamente à questão *“As coisas que influenciam o facto de uma pessoa estar ou se sentir stressada?”*, os idosos identificaram com 29,3% a categoria psicológica como a mais significativa, seguida da ausência com 22% e da comportamental com 21,7%. Quando confrontados com a questão *“Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa o fazem sentir ou estar stressado?”*, 26,3% dos inquiridos destaca a categoria residual, seguida da ausência com 25,7% e da categoria não sabe com 18,7%. Com menor expressividade temos a categoria comportamental com 15% das respostas. Tal como no tema anterior, também para o tema do stress não se encontraram estudos sobre as teorias leigas de stress em pessoas idosas. No entanto, e segundo os dados apresentados, os idosos conseguem identificar o stress como uma questão ligada à dimensão psicológica, como uma preocupação, uma agitação, um cansaço psicológico, seguido de determinados

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

comportamentos, como por exemplo realizar trabalhos em pouco tempo e de dificuldade elevada. A ausência também foi uma categoria bastante significativa, pois os idosos consideram que o não ter tempo, o ter falta de saúde, falta de dinheiro, falta de emprego e a perda de familiares e amigos poderão contribuir para estados de stress. Curioso será verificar que, quando confrontados com as situações que os deixam stressados, a categoria mais significativa foi a categoria residual, onde várias questões foram identificadas como causadoras de stress. No entanto, a falta de trabalho, de saúde, de dinheiro, de valores humanos são para estes idosos fontes de stress no seu dia-a-dia.

De um modo geral, os idosos conseguem perceber que o stress pode ser algo prejudicial à sua saúde, através de alterações comportamentais ou fisiológicas, sendo um assunto a estarem atentos. Embora seja sabido que nem todas as pessoas reagem da mesma forma às fontes de stress, pois os fatores psicológicos, fisiológicos ou sociais de cada um têm influência na reação a situações stressoras. Segundo Ogden (2004), o stress é visto como algo que envolve mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas, tal como identificado pelos nossos inquiridos. Também Nacarato (2000) refere que as situações que geram mudança na vida do indivíduo, sejam elas positivas ou negativas, tornam-se fontes de stress e provocam desgaste no organismo, podendo levar em casos extremos a situações de doença.

Num estudo de Pinto e Silva (2005), embora não tenha sido realizado em públicos idosos, foram identificadas as classes de situações indutoras de stress, destacando-se: os acontecimentos traumáticos (ameaça de morte, violação, rapto, incêndio), acontecimentos significativos de vida (morte de um filho, a perda de emprego), situações crónicas indutoras de stress (ter conflitos diários com o cônjuge ou padrão, viver num bairro perigoso), fatores microindutores de stress (perder muito tempo no trânsito, ter um amigo chato que fala sempre nos mesmos assuntos), fatores macroindutores de stress (dificuldades em conseguir emprego, recessão da economia, subida das taxas de juro, etc), alguns deles identificados e corroborados pelos indivíduos inquiridos.

Do cruzamento da categoria psicológica da dimensão stress (questão 7.1) com algumas características sociodemográficas, unicamente foram encontrados resultados estatisticamente significativos quando a variável escolaridade foi tida em conta. A categoria psicológica foi mais mencionada pelo grupo de indivíduos com formação superior e menos

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

pelo grupo de inquiridos sem qualquer escolaridade, dados corroborados por Ogden (2004), que destaca que a educação e o género pareciam ser os preditores mais importantes e consistentes sobre as teorias leigas de stress.

Do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão stress (questão 7.1) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, unicamente se destaca uma correlação positiva entre o total das categorias e a esperança/otimismo.

Do cruzamento da categoria residual da dimensão stress (questão 7.3) com algumas características sociodemográficas, encontraram-se resultados estatisticamente significativos atendendo às variáveis sexo, escolaridade, contexto onde está inserido e forma de preenchimento. Observou-se que a categoria residual é menos mencionada pelos inquiridos masculinos e mais mencionada pelos inquiridos mais escolarizados, em particular, os que completaram o ensino secundário ou que têm um curso superior. Também é bastante mais mencionada pelos inquiridos inseridos na universidade da terceira idade, bem como pelos indivíduos que preencheram os questionários de forma autónoma. Estes dados podem justificar-se pelo facto dos idosos mais instruídos, autónomos, que frequentam atividades culturais e educativas organizadas e que preencheram autonomamente o instrumento terem uma visão mais alargada de situações que lhes podem causar stress, dado a sua experiência de vida e o seu conhecimento, bem como o seu próprio estilo de vida. Obviamente que o facto dos inquiridos serem mais do género feminino e com um nível de instrução superior poderá ter influenciado o facto dos homens terem mencionado menos a categoria residual.

Por último, do estudo correlacional entre o total de categorias da dimensão stress (questão 7.3) e a idade, perceções, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, destaca-se unicamente uma correlação positiva entre o total das categorias da dimensão stress e a perceção de satisfação com a vida.

Da análise do conjunto de dados referenciados, poder-se-á concluir que à medida que o total de categorias de stress aumenta, também a esperança, o otimismo e a perceção da satisfação com a vida aumentam, havendo uma relação de causa-efeito. O stress é maior na medida em que as outras variáveis também o são, facto que talvez se possa compreender, uma vez que à medida que os idosos estão mais satisfeitos com a vida ou mais otimistas isso poderá acarretar maiores níveis de ansiedade e preocupação, levando a um aumento do

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

stress, embora não se tenha encontrado na literatura dados que confirmem esta interpretação.

Das análises discriminantes e da regressão logística, no que se refere ao que é o stress, surgem como variáveis preditoras o total de categorias do stress e a percepção do stress, bem como para a questão “Quais as coisas que influenciam o facto de uma pessoa estar ou se sentir stressada?”, embora neste caso a espiritualidade também surja como preditora. Na regressão logística para ambas as questões não foi possível um modelo estatisticamente significativo. Na questão 7.3 “Em geral que coisas, situações ou acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado”, surgem como variáveis preditoras, no modelo da análise discriminante, o total de categorias do stress, a percepção do stress, a percepção da qualidade de vida, da doença, da felicidade, a percepção da satisfação com a vida. No modelo de regressão surge a percepção do otimismo e a percepção da felicidade, esta última identificada também na análise discriminante.

Estes dados parecem revelar, como é lógico, que o total de categorias entre sempre nos modelos, como variável explicativa, dada a sua predominância. Nacarato (2000) refere que situações que geram mudança na vida do indivíduo, sejam elas positivas ou negativas, podem tornam-se fontes de stress e provocam desgaste no organismo, o que poderá ser atenuado pela espiritualidade. Dados corroborados pelos estudos de Neto e Ferreira (2004, citados em Barros, 2005), que encontraram correlações positivas entre a religiosidade/espiritualidade e a satisfação com a vida ou o bem-estar psicológico, bem como a saúde física e mental. Também Luz e Amatuzzi (2008) afirmam que a espiritualidade e a fé apresentam-se como um fator de proteção que pode influenciar a vida dos idosos e proporcionar-lhe sentimentos positivos.

De uma maneira geral, todas as variáveis que se prendam com os estilos de vida, satisfação, bem-estar subjetivo, felicidade, otimismo podem ser preditoras de acontecimentos geradores de stress, segundo os inquiridos.

## **7.2 – Percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress**

No que diz respeito à percepção da saúde, aproximadamente metade, 48,0% dos indivíduos tem uma opinião neutra (nem boa, nem má), sendo a opinião "boa" a segunda mais representada com 37,3% das respostas. Por sua vez, a categoria "muito má" é claramente a menos representativa com 2,3%. Quando correlacionadas com as variáveis sociodemográficas, verifica-se que os homens tendem a considerarem-se com mais saúde do que as mulheres, que existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser menor na medida em que a idade é maior, que existe uma tendência embora fraca também para a percepção de saúde ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior e, por último que os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerarem-se com mais saúde do que os que não se encontram inseridos nessa instituição. Estes dados parecem estar em concordância com os estudos de António Abellán (2003) sobre percepção do estado de saúde, uma vez que destaca que 42,2% dos idosos dizem ter um estado de saúde regular e 35,8% uma boa saúde. Também refere que quanto menos idade maior valorização da saúde e que as mulheres percebem pior a sua saúde que os homens, em todas as idades. Existe também uma relação entre a escolaridade e a saúde, ou seja, à medida que o nível de escolaridade aumenta a percepção da saúde também aumenta. Num outro estudo de Lebrão (2005), verifica-se igualmente que os idosos consideram a sua saúde como regular (53,8%), e que a idade, o género e a escolaridade tem influência no estado de saúde.

Os dados indicam ainda que existe uma correlação negativa moderada entre a doença e a saúde, ou seja, à medida que a percepção de doença é mais acentuada a percepção de saúde é menor, ou vice-versa, e que existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a saúde, à medida que a qualidade de vida é maior a percepção de saúde é também ela maior. Dados estes defendidos por Cafra (1997), que defende que a saúde passa por estados de harmonia e bem-estar e caso não exista estamos perante estados de doença. Castelón et al. (2001) referem a autopercepção da qualidade de vida com a da saúde, pois verifica-se que os idosos associam uma boa qualidade de vida a um bom estado de saúde.

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

No que diz respeito à percepção de doença, a maioria dos inquiridos (62,3% - 187 indivíduos) considera-se pouco doente, sendo a opinião "nada" doente a segunda mais representada (22,3% - 67 indivíduos). Por sua vez a categoria "muitíssimo" é claramente a menos representada, tendo unicamente um inquirido nesta situação. Estes dados revelam que os indivíduos se sentem saudáveis, tal como já se tinha verificado nos dados sobre a percepção da saúde, onde 85,3% considerava a sua saúde como “nem boa nem má ou boa”.

Ao se analisar as respostas relativas à percepção de doença, tendo em conta algumas variáveis demográficas, encontram-se alguns resultados estatisticamente significativos, pois existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser maior na medida em que a idade é maior; existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser menor na medida em que o grau de escolaridade é maior, e os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerar-se como menos doentes do que os que não se encontram inseridos nessa instituição. Estes dados são confirmados por (Abellán, 2003; Cortelletti, Casara, & Herédia, nd.; Fonseca, 2004) que referem que as patologias aumentam progressivamente com o avançar da idade, pois dá-se um agravamento progressivo das queixas em saúde.

A escolaridade por sua vez, quando correlacionada com a idade, demonstra que à medida que o nível de escolaridade aumenta, assim as percepções da saúde também aumentam, mais escolaridade menor percepção da doença. Os analfabetos, por exemplo avaliam o seu estado de saúde como regular ou mau. Abellán (2003) também refere que a falta de recursos culturais aumenta a insegurança perante qualquer circunstância da vida, principalmente antes dos problemas de saúde, o que justifica que os idosos que se encontram nas universidades de terceira idade tenham menos doenças ou se considerem menos doentes.

No que se refere à percepção da qualidade de vida, a maioria dos inquiridos percebe a sua qualidade de vida ora como "nem boa, nem má" (46,0%) ou como sendo "boa" (45,0%). As respostas relativas à percepção da qualidade de vida, quando correlacionadas com algumas variáveis demográficas, permitiram encontrar alguns resultados estatisticamente significativos, nomeadamente que existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser menor na medida em que a idade é maior; comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se com uma

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

maior qualidade de vida; existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior; o grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua qualidade de vida como sendo mais elevada do que os que não são pensionistas; os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem uma qualidade de vida superior relativamente aos que vivem sozinhos; e, por fim, os que se frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se com mais qualidade de vida do que os restantes.

Este conjunto de dados, são corroborados pelos resultados do inquérito nacional de saúde, realizado em 2005/2006, onde 50% das pessoas classificou a sua qualidade de vida como «nem boa nem má», havendo no entanto 40,9% das pessoas, entre os 55 e os 64 anos, que a consideraram de «boa» ou «muito boa», percentagem que tende a diminuir com o avançar da idade. A qualidade de vida percebida pelos homens e pelas mulheres também é ligeiramente diferente, sendo de aproximadamente 10 pontos percentuais inferior nas mulheres, em todos os grupos etários (Ribeiro & Paúl, 2011). Rubio et al. (2001) e Castellón e Romero (2004) referem que os homens têm melhor percepção da sua qualidade de vida comparativamente com as mulheres. Ferraz e Peixoto (1997), ao estudarem a qualidade de vida na velhice, verificaram também que são vários os fatores que a influenciam, onde se destaca a religiosidade, a saúde e o convívio social e familiar, o que justifica o facto dos inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos perceberem uma qualidade de vida superior relativamente aos que vivem sozinhos, bem como aqueles que frequentam a universidade da terceira idade. Dados também corroborados por Abellan, (2003) e por Martínez-Vizcaíno e Lozano (1998), ao mencionar que a qualidade de vida nos idosos está associada a uma boa convivência social, ao desenvolvimento de atividades físicas, mentais, intelectuais e de lazer.

Também Paúl et al. (2005) realizaram um estudo sobre satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses e concluíram que quanto à avaliação global da sua qualidade de vida, os idosos, 3%, avaliam a sua qualidade de vida como “muito boa”, 24% como “boa”, 41% como “nem boa nem má”, 21% como “má” e 11% como “muito má”. A idade é também uma variável preditora da qualidade de vida física e psicológica, bem como o nível de educação.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Num outro estudo de Fernández-Ballesteros e Maciá (1993) sobre qualidade de vida em pessoas idosas independentemente do género, concluíram que o fator mais importante é a saúde, seguida da capacidade de autonomia, de uma boa pensão e dispor de boas relações sociofamiliares e manter-se ativo. Também é referido por Aznar e Andreu (2005) que as pessoas com mais idade manifestam níveis mais elevados de bem-estar.

Conclui-se, desta forma, que a qualidade de vida é uma variável bastante importante ao longo do percurso de vida dos idosos e que diversas variáveis interferem na sua satisfação, no entanto destaca-se a saúde e a autonomia para que haja qualidade de vida entre os idosos.

No que concerne a perceção de felicidade, 46,0% dos inquiridos consideram-se bastante felizes, havendo ainda 27,7% a estimarem que são pouco felizes e 21,7% a considerarem-se muito felizes. Tendo em conta as mesmas variáveis demográficas que têm vindo a ser utilizadas, face à perceção de felicidade, encontraram-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se mais felizes do que as mulheres; existe uma tendência fraca para a perceção da felicidade ser menor na medida em que a idade é maior; comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais felizes; que existe uma tendência fraca para a perceção de felicidade ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior; que o grupo de indivíduos pensionistas perceciona a sua felicidade como sendo maior do que os que não são pensionistas; que os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percecionam-se como mais felizes do que os que vivem sozinhos; e, por fim, que os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais felizes do que os restantes. Deste modo, unicamente não se encontraram resultados estatisticamente significativos quando a variável demográfica utilizada foi a "reforma".

Estes dados podem ser confirmados pelo estudo de Vianna (2005), que refere que as pessoas casadas de ambos os sexos sentem mais felicidade do que as que nunca se casaram e as que estão divorciadas ou separadas. A variável casamento tem sido descrita como sendo aquela que apresenta uma maior correlação com a felicidade e o bem-estar subjetivo. Pessoas casadas, ou que vivem juntas, são em média mais felizes e apresentam melhor condição física e mental do que as pessoas que vivem sozinhas ou que nunca casaram.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Quanto à variável escolaridade, quando correlacionada com medidas de felicidade, através do número de anos de estudo ou de títulos obtidos, a correlação encontrada é pequena, mas existe. Os estudos sobre aposentadoria de Argyle (1999, citado em Vianna, 2005), referem que, de um modo geral, os reformados são mais felizes do que os indivíduos que trabalham. Também Csikszentmihalyi (1999) refere que, apesar dos acontecimentos negativos que a vida lhes proporciona, os idosos consideram-se mais felizes do que infelizes. Ainda no estudo de Baltes e Mayor (1999) ficou demonstrado que, ao contrário do que se pensa, a velhice não acarreta perda de felicidade, pois os idosos do estudo consideravam-se felizes. O mesmo estudo revela ainda algumas correlações negativas, embora pouco significativas, como por exemplo a idade, uma vez que com o aumentar da idade a felicidade tende a diminuir um pouco. Dados não corroborados por Vianna (2005) que refere que segundo Giacomoni (2002) a felicidade tem tendência a aumentar com a idade, ou seja o envelhecimento é preditor de felicidade. Em suma, os trabalhos de Connidis, Markides, e Lee, e de Ryff (citados em Fonseca, 2006) parecem demonstrar um ajustamento favorável do bem-estar psicológico ao envelhecimento. Isto revela que na maioria dos casos a velhice não está associada a infelicidade, insatisfação, baixa autoestima, desânimo, pelo contrário os idosos parecem ter uma visão positiva da velhice.

Relativamente à perceção da satisfação com a vida, 47,3% dos inquiridos consideram-se bastante satisfeitos, havendo contudo 27,0% a considerarem-se pouco satisfeitos e 20,7% a considerarem-se muito satisfeitos. Os resultados estatisticamente significativos, resultantes da análise do cruzamento da perceção da satisfação com a vida com algumas variáveis demográficas, demonstraram que os casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais satisfeitos com a vida, que existe uma tendência fraca para a perceção da satisfação com a vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior, que os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percecionam uma satisfação com a vida superior relativamente aos que vivem sozinhos, e por fim que os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais satisfeitos com a vida do que os restantes.

Este conjunto de dados parece estar em conformidade com os estudos de Luísa (2009) e de Paúl et al. (2005), que referem que os idosos casados apresentam níveis mais elevados de satisfação com a vida, pois as mulheres mostram sentir mais

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

solidão/insatisfação e maior agitação. Segundo Simões (2006), ao referir-se a um estudo realizado na cidade de Coimbra, menciona que a maioria dos idosos se dizia razoavelmente satisfeita com a vida. Estes resultados são concordantes também com o estudo de Berlin, onde 63% dos idosos se manifestavam satisfeitos com a vida. Segundo os estudos de Michalos (1986, citados em Aznar & Andreu, 2005), a satisfação com a vida e a felicidade explicam-se pela satisfação com o parceiro, apresentando grande impacto na satisfação com a vida total. Triadó (2003, citado em Meléndez et al., 2009), também refere que os viúvos são o grupo que apresenta níveis mais baixos de satisfação vital.

Os trabalhos de Connidis et al. (citados em Fonseca, 2006), relevam ainda que um nível educacional mais elevado está associado a um melhor conhecimento de atividades culturais, sociais e de lazer, levando a uma melhor satisfação com a vida. O suporte social também parece trazer vários benefícios para o bem-estar psicológico dos idosos, nomeadamente o facto do indivíduo ser respeitado e aceite socialmente.

Quanto à perceção de otimismo, mais de metade dos inquiridos, 54,3%, considera-se bastante ou muito otimista, havendo contudo 23,7% a considerarem-se pouco otimistas e 7,7% a considerarem-se nada otimistas. Ao cruzar-se a perceção de otimismo com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável idade, em suma, existe uma tendência fraca para a perceção de otimismo ser maior na medida em que a idade é maior. No estudo de Mesquita (2013) e de Luísa (2009), verificou-se que os homens são mais otimistas que as mulheres, não havendo referência à variável idade.

Alguns estudos destacam a importância do otimismo para a manutenção de uma vida saudável, pois parece existir uma relação lógica entre a influência do otimismo e do pessimismo no comportamento e nas emoções das pessoas, promovendo o seu bem-estar físico e psicológico (Seligman, 2000). Os estudos revelam ainda o valor do otimismo em relação à saúde e ao bem-estar, bem como o seu papel mediador em relação a eventos stressantes, tal como verificado no estudo de Baltes e Mayor (1999) que demonstrou que 63% dos inquiridos se revelaram otimistas em relação ao futuro, também os dados da nossa amostra vão nesse sentido, pois a maioria dos inquiridos considera-se otimista. No que diz respeito, à variável idade, não foram encontradas referências na revisão literária, somente em relação ao género, pois os homens tendem a ser mais otimistas que as mulheres

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

(Azevedo, 2009), bem como os níveis de escolaridade e de rendimento. No entanto, pensa-se que com o avançar da idade e dada a satisfação com a vida que apresentam, os idosos também se sentem mais otimistas e felizes à medida que os anos passam.

Por último, relativamente à perceção de stress, mais de metade dos inquiridos (51,7%) consideram-se pouco stressada, havendo ainda 19,0% a considerarem-se bastante stressados. Ao cruzar-se a perceção de stress com algumas variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente às variáveis grau de escolaridade e pensionista. Deste modo, observou-se uma tendência fraca para a perceção do stress ser menor na medida em que a idade é maior, assim como o grupo de indivíduos pensionistas percebe-se menos stressado do que os não pensionistas. Estes dados vão no sentido dos trabalhos de Furnham sobre as teorias leigas de stress em contexto laboral, onde ele verificou que a educação e o género pareciam ser os preditores mais importantes e consistentes sobre as teorias leigas de stress.

Num outro estudo realizado por Araújo (2001) sobre velhice e stress, desafios contemporâneos, este verificou que 42% da população estudada, 60 mulheres idosas, apresentavam stress, enquanto 58% não apresentavam stress, dados um pouco contraditórios aos do nosso estudo, pois a maioria dos nossos inquiridos apresenta pouco stress.

No que se refere a idade, o estudo de Araújo (2001) demonstra que, na fase da velhice, quanto mais velhos são os sujeitos, maior possibilidade de apresentarem stress existe. Neri (1993) refere também que existe a crença de que os mais velhos são mais vulneráveis aos efeitos adversos do stress do que as pessoas mais novas.

O stress, tal como referem vários autores (Goldstein, 1995b; Nacarato, 2000; Ogden, 2004), é uma componente importante no dia-a-dia do ser humano, embora existam várias situações que o podem causar na população em geral e nos idosos em particular, dadas as exigências naturais do seu ciclo de vida. A velhice por ser uma etapa de perdas (perda de entes queridos, perda do vínculo laboral, restrições no círculo social, perdas das capacidades funcionais, etc) acarreta uma série de exigências e de adaptações que podem causar stress nos idosos, tal como defendido por Neri (1993), e que de uma maneira geral afetam todas as dimensões de bem-estar geral, como a felicidade, a satisfação e a qualidade de vida, bem como a esperança no futuro.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

No que se refere aos dados resultantes do estudo correlacional entre as variáveis percepções (saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress), verificou-se que existia uma correlação positiva forte entre a satisfação com a vida e a felicidade, ou seja, à medida que a felicidade é maior a satisfação com a vida é também ela maior, ou vice-versa, ideia defendida por Michalos (1986, citado em Aznar & Andreu, 2005), que refere que a satisfação com a vida e a felicidade parecem influenciar-se mutuamente, tal como referido também por Campbell (1976) que defende existir uma aproximação entre a felicidade e a satisfação com a vida.

Verificou-se também uma correlação positiva moderada entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, não encontramos dados que a justifiquem, talvez por serem termos próximos e que para alguns autores não encontrem diferenças entre eles do ponto de vista teórico, embora nos pareça lógico que se influenciem. Encontrou-se de igual forma uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a felicidade, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior, a felicidade também ela é maior, dados corroborados por Rubio e Aleixandre (2001) que revelam que o bem-estar subjetivo nos idosos influencia a sua qualidade de vida.

Em relação à saúde e doença, também se verificou uma correlação negativa moderada, pois, à medida que a percepção de doença é mais acentuada a percepção de saúde é menor. Dados comprovados por Berger (1995) ao referir que a autoavaliação individual do estado de saúde influencia o conceito de saúde e doença e sua relação, na medida em que quanto mais doente o idoso se encontrar, menos saúde terá. Andrade (2003) também refere que a saúde e a doença não são vistos como extremos, mas como um continuum, que se influenciam e na presença de uma haverá a ausência de outra.

Por último, verificou-se uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a saúde, ou seja, à medida que a qualidade de vida é maior a percepção de saúde é também ela maior, dados corroborados por vários autores que defendem existir uma relação entre a qualidade de vida e a saúde, nomeadamente (Aznar & Andreu, 2005; Baltes & Baltes, 1990; Brown & Flynn, 2003; Castelón et al., 2001; Fernández-Ballesteros & Macia, 1993; Fernández et al., 2003; Paúl et al., 2005).

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Conclui-se, segundo as percepções dos idosos, que estes apresentam níveis moderados e em alguns casos elevados de saúde, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida e otimismo. Por outro lado, consideram-se pouco doentes e stressados. As variáveis positivas encontram-se todas no mesmo sentido, bem como as ligadas a estados menos favoráveis. Estes resultados são corroborados por diversos estudos, já mencionados ao longo do capítulo.

### **7.3 – Qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital**

No que se refere à análise de dados provenientes dos instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital, muitas das conclusões a que se chegou confirmam os resultados das categorias e das percepções dos constructos mencionados pelos idosos e já referidos. Assim, e de um modo geral, no que se refere ao instrumento de qualidade de vida, o total da escala apresenta uma média de 2,47, valor relativamente elevado. Quando se abordou as várias dimensões por separado, verifica-se que a doença é a que apresenta uma média mais baixa, sendo seguida pela do bem-estar psicológico. Em contrapartida, as dimensões com os valores mais elevados são relativas à vida independente, relações sociais e sentidos. Destaca-se aqui que a população em estudo apresenta bons níveis de qualidade de vida.

Os resultados obtidos através da escala de satisfação com a vida revelam uma média de 17,26, e um desvio padrão de 4,55, sendo que os valores encontrados cobrem toda a amplitude da escala (5 a 25). Dados estes inferiores aos encontrados por Mesquita (2013), num estudo com idosos, onde o valor médio da pontuação total da escala foi de 18,17. No entanto, estes valores revelam que os idosos apresentam uma satisfação com a vida mediana.

Na escala de espiritualidade os dados revelam um valor médio de 2,53. Quando se analisam comparativamente as duas dimensões que compõem este instrumento, verifica-se que a relativa à esperança e otimismo tem uma média um pouco mais baixa do que a relativa às crenças.

Por sua vez, os resultados obtidos através do teste de orientação vital demonstraram que a média encontrada foi de 14,03. Estes dados são concordantes com os do estudo de

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Mesquita (2013), onde no seu estudo o valor médio da pontuação da escala foi de 13,10, sendo o nosso valor ligeiramente superior.

No estudo correlacional realizado, envolvendo os referidos instrumentos, verificou-se que havia uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida, dado que, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior, bem como entre a qualidade de vida e a orientação vital, pois à medida que a qualidade de vida é maior a orientação vital é também ela maior. Por outro lado, verificou-se também uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a espiritualidade, pois à medida que a espiritualidade é maior, a satisfação com a vida é também ela maior, e entre a satisfação com a vida e a orientação vital, ou seja, à medida que a orientação vital é maior, a satisfação com a vida é também ela maior. Estas variáveis correlacionam-se mutuamente.

A espiritualidade e a orientação vital também apresentam uma correlação positiva fraca, pois a orientação vital tende a ser mais acentuada na medida em que a espiritualidade é também ela maior. Estes resultados são coincidentes com os do estudo de Mesquita (2013), excetuando a espiritualidade, pois esta refere que todos os constructos implicados na qualidade de vida e na satisfação com a vida estão correlacionados com os níveis de otimismo. E coincidentes também com os resultados de Passareli e Silva (2007), que defendem que existe uma relação entre o bem-estar subjetivo e constructos como a personalidade, autoestima, autoestima coletiva e o otimismo. A satisfação com a vida e a sua relação com o otimismo parecem justificar-se também através do estudo de Luísa (2009), que refere que à medida que os índices de satisfação com a vida aumentam os de otimismo também tendem a aumentar.

Aquando da realização do estudo correlacional entre os instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade e orientação vital e as variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoas com quem vive, local de habitação, contexto onde está inserido e forma de preenchimento), verificou-se, ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas com o género dos inquiridos, que existiam algumas diferenças estatisticamente significativas, ou seja, o bem-estar psicológico dos inquiridos masculinos é mais elevado do que o dos femininos, a espiritualidade encontra-se mais presente nos inquiridos

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

femininos do que nos masculinos e as crenças mais acentuadas nas mulheres do que nos homens. Estes dados encontram-se no sentido dos estudos de (Castelón et al., 2001; Castellón & Romero, 2004; Ribeiro & Paúl, 2011; Rubio et al., 2001), que referem que os homens apresentam níveis mais elevados de qualidade de vida que as mulheres. Poder-se-á pensar que grande parte destas diferenças entre homens e mulheres se fiquem a dever ao facto da mulher viver mais os problemas de viuvez, uma vez que vivem mais que os homens, e a problemas económicos, de solidão e isolamento. Ideia confirmada por Inouye e Pedrazzani (2007) que referem que o estatuto socioeconómico interfere com a perceção que os idosos têm da sua qualidade de vida. Quando se analisa a religiosidade verifica-se que esta se encontra mais presente nas mulheres, tal como evidenciado nos estudos de Barros (2008), do que nos homens.

Relativamente à idade, verificou-se que não é uma boa variável para explicar a variabilidade da satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital. As únicas correlações estatisticamente significativas encontradas envolveram unicamente as variáveis resultantes do instrumento de avaliação de qualidade de vida, pois verificou-se uma tendência de magnitude fraca para a qualidade de vida e todas as suas dimensões (doença, vida independente, relações sociais, sentidos, e bem-estar psicológico) serem menores na medida em que a idade dos inquiridos é maior. Dados corroborados pelo estudo de Mesquita (2013) que refere que a idade, ao contrário do que se esperava, não influencia de forma acentuada a qualidade de vida dos idosos. Pensava-se que, neste caso, o facto dos idosos inquiridos serem detentores de elevados níveis de funcionalidade e de autonomia, limitou a existência de correlações negativas entre a qualidade de vida e a idade (Andrade & Martins, 2011).

Ao se comparar a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital consoante o estado civil dos inquiridos, encontram-se algumas diferenças estatisticamente significativas e que já conhecemos. A qualidade de vida dos inquiridos casados/união de facto é mais elevada do que a dos solteiros/divorciados/viúvos, sendo que se observa uma tendência semelhante nas dimensões vida independente e relações sociais. A satisfação com a vida é maior nos inquiridos casados/união de facto do que nos solteiros/divorciados/viúvos. As crenças por sua vez são menos acentuadas nos inquiridos casados/união de facto do que nos

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

solteiros/divorciados/viúvos. A esperança /otimismo são mais acentuadas nos inquiridos casados/união de facto do que nos solteiros/divorciados/viúvos. Verifica-se assim que os casados e os indivíduos que vivem em união de facto apresentam melhores níveis de qualidade de vida, de satisfação com a vida, de crenças e otimismo comparativamente com os solteiros, viúvos ou divorciados. A variável casamento tem sido estudada por vários autores e todos são unânimes em concluir que as pessoas casadas apresentam um bem-estar geral mais elevado comparativamente com outros grupos (Aznar & Andreu, 2005; Garcia, 2002; Martínez-Vizcaíno & Lozano, 1998; Paúl et al., 2005).

No que se refere ao estudo correlacional entre o grau de escolaridade e a qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital e a escolaridade, verificou-se que existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a qualidade de vida é também ela maior. Uma correlação positiva de magnitude fraca entre a satisfação com a vida e o grau de escolaridade, pois a primeira tende a ser maior, na medida em que a segunda também é maior, ou vice-versa, e uma correlação positiva de magnitude fraca entre a orientação vital e o grau de escolaridade, isto é, à medida que o grau de escolarização é maior a espiritualidade tende a acentuar-se. Segundo Paul et al. (2005), a escolaridade parece ser uma variável que interfere com os níveis mais elevados de qualidade de vida e satisfação com a vida, pois entende-se que os indivíduos com acesso ao saber, proporcionado pelo ensino formal, usufruam de um nível de conhecimento superior, que lhes permite fazer um conjunto de escolhas saudáveis e ter acesso a melhores condições socioeconómicas, fazendo estes fatores com que se sintam mais satisfeitos na velhice, fruto do percurso de vida experienciado. Inouye e Pedrazzani (2007) defendem também que o estatuto socioeconómico interfere nos níveis de qualidade de vida. No entanto, no estudo de Luísa (2009) os dados vão no sentido contrário, pois a variável escolaridade não se mostrou significativa quando correlacionada com a qualidade de vida.

Ao comparar-se a tendência central das variáveis resultantes das escalas de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital consoante os inquiridos sejam ou não pensionistas, só se encontraram diferenças estatisticamente significativas numa das dimensões do instrumento de avaliação de qualidade de vida, mais concretamente na relativa ao bem-estar psicológico. Em suma, observou-se que este é mais

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

acentuado nos inquiridos pensionistas do que nos não pensionistas, dado que pode ser explicado pelo facto dos pensionistas já terem tempo para realizar tarefas que lhes dão prazer, sem terem de cumprir horários e objetivos comparativamente com outros grupos.

Ao se ter em conta com quem vivem os inquiridos, foi possível, ao se realizar o estudo correlacional com a tendência central das variáveis resultantes das escalas, verificar, começando pelas relações sociais, que a tendência central desta variável tende a ser significativamente nos seguintes emparelhamentos: cônjuge/filhos e cônjuge vs. sozinho sendo que se conclui que os inquiridos que vivem sozinhos têm valores significativamente mais baixos nesta dimensão da qualidade de vida. Quanto à satisfação com a vida, verificou-se que quando se compara a média do grupo de inquiridos que vivem com o cônjuge/filhos e cônjuge, esta é significativamente maior do que no grupo que vive sozinho. Por fim, a terceira e última variável onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas foi a relativa à esperança/otimismo da dimensão da escala espiritualidade. Neste caso, encontraram-se diferenças quando os grupos em comparação são o cônjuge/filhos e cônjuge e sozinho, sendo que a esperança e otimismo é significativamente superior no primeiro destes grupos. Estes dados revelam a importância dada às componentes, relacional e afetiva mantida com a família, que se destaca de extrema importância para os idosos e que afeta a sua qualidade de vida, a satisfação com a vida e o otimismo face ao futuro. Resultados estes que já se analisaram aquando da variável estado civil, onde se verificou que os casados, os idosos que vivem com o cônjuge ou que têm um suporte social eficaz (família, amigos e confidentes) apresentam valores superiores na análise dos constructos em causa, tal como defendem os autores (Aznar & Andreu, 2005; Garcia, 2002; Martínez-Vizcaíno & Lozano, 1998; Paúl et al., 2005).

Por último, ao observar-se uma comparação da tendência central das variáveis resultantes das escalas em estudo desta feita, consoante os inquiridos sejam ou não alunos da universidade da terceira idade, verificamos que a qualidade de vida dos inquiridos que frequentam a universidade da terceira idade é mais elevada do que a dos que não frequentam, sendo que se observa uma tendência semelhante nas dimensões doença e bem-estar psicológico. A espiritualidade é maior nos inquiridos alunos da universidade da terceira idade do que nos que não são alunos, sendo que se pode observar igual tendência na subescala de esperança/otimismo, bem como na escala de orientação vital, que é mais

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

acentuada nos alunos da universidade da terceira idade do que nos que não são alunos. Dados estes fáceis de se entender, uma vez que os idosos que se encontram na universidade de terceira idade têm um maior suporte social (amigos), uma maior possibilidade de participar em atividades culturais e recreativas organizadas, onde o convívio e a partilha imperam e lhes permite estabelecer trocas relacionais saudáveis comparativamente com aqueles idosos que não têm a possibilidade de participar em tais eventos, ideia defendida também por (Abellan, 2003; Queiroz & Trinca, 1983; Pinguart & Sorensen, 2000; Paúl et al., 2005). O facto de os idosos não participarem destas respostas sociais poderá diminuir o seu suporte social, havendo uma maior propensão para estados de solidão e de isolamento social, afetando desta forma a saúde mental geral dos idosos.

Para concluir, sublinha-se o facto dos dados apresentados serem favoráveis a um envelhecimento bem-sucedido, pois indicam que os inquiridos apresentam uma boa qualidade de vida, uma boa satisfação com a vida, uma boa orientação vital, bem como um suporte espiritual satisfatório, todos interligados entre si.

Ao terminar-se o capítulo da discussão dos resultados, convém referir que existe uma complementaridade entre todos os dados, bem como uma confirmação, provenientes da análise das categorias encontradas por tema, as perceções e os resultados provenientes dos instrumentos. A destacar que dada a escassez de literatura sobre teorias leigas em pessoas idosas foi necessário recorrer a outros estudos científicos sobre os temas e, por aproximação, encontrar teorias explicativas. Apesar, da investigação ter sido exploratória, permitiu perceber o quanto abrangente é o campo das teorias leigas, uma vez que se cruza com os vários domínios da vida humana e o quanto ainda há para investigar.

O idoso do mundo atual apresenta um perfil bastante ativo, interessado em novas experiências, facto verificado, uma vez que dos 300 inquiridos, 236 indivíduos se encontravam em estruturas institucionais, com atividades organizadas, 178 em universidades de terceira idades e 58 em associações de desenvolvimento local. Por outro lado, o facto das teorias leigas em públicos idosos ser um campo pouco estudado, permite abrir um espaço de investigação muito amplo e muito promissor, o que no futuro poderá ser interessante e útil para quem trabalha com estes públicos. Pensa-se que o aumento de investigações e de novos dados, neste campo, poderá contribuir para a afirmação do conhecimento leigo e da sua importância para a compreensão dos comportamentos e dos

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

pensamentos do Homem, há muito estudados pela ciência. O conhecimento leigo poderá ser um complemento importante ao conhecimento científico, embora para muitos teóricos isto seja uma questão distante. Os resultados permitiram ainda refletir sobre a intervenção realizada com idosos, por parte de muitos técnicos, pois será frequente o idoso ir ao médico, assistente social, psicólogo ou até mesmo ao enfermeiro, que lhes transmitem recomendações, utilizando uma linguagem técnica e carregada de conceitos contemporâneos e que de nada servem, por estarem distantes da realidade, do contexto e da experiência de vida dos indivíduos.

Futuramente parece ser urgente continuar a investigar os conceitos leigos, estes em maior profundidade e outros novos, que ajudem a perceber o que pensam e como se sentem os públicos idosos. Por outro lado, seria muito interessante fazer-se um estudo similar, mas com outros públicos, nomeadamente mais jovens, utilizando os mesmos temas e estabelecer relações, comparações, de forma a perceber se existem ou não diferenças significativas, atendendo aos públicos e suas experiências.

Para finalizar, resta mencionar, mais uma vez, que este é um campo de pesquisa em aberto, bastante interessante do ponto de vista da psicologia positiva, onde as relações de proximidade e de cumplicidade se destacam.

### **VIII - Conclusões**

Nos capítulos anteriores, apresentaram-se os resultados e respetiva discussão dos dados que se consideraram ser mais significativos. No capítulo que agora se inicia, pretende-se escrever sobre as principais conclusões do estudo, de forma sistematizada.

O processo de envelhecimento humano é um processo natural, mas irreversível, que chega a todas as pessoas e tende a aumentar em todos os países do mundo. Este facto leva a um aumento da preocupação e da sensibilização para a problemática dos mais velhos, pelos governantes e pela sociedade em geral. Neste sentido, é cada vez mais urgente o estudo desta realidade e o aprofundamento dos conhecimentos sobre esta população, para o qual esta investigação pensa-se ter contribuído.

As teorias leigas em pessoas idosas, tema central da investigação, também designadas de ingénuas ou do senso comum, são teorias que as pessoas utilizam para explicar alguma coisa ou facto. Segundo vários autores (Furnham, 1988; Heider 1958; Kelly, 1955; Ramirez & Levy, 2010), as teorias leigas servem para explicar eventos do contexto social, marcos de referência que influenciam os processos de perceção e interpretação da informação, bem como a predição de eventos e, em consequência, também as eleições e os comportamentos das pessoas. Embora não sejam objeto de confirmação científica, cada vez têm mais impacto no pensamento e relação social. É um campo de estudo que tem vindo a ser gradualmente aceite e reproduzido como resultado do senso comum. As teorias leigas têm um papel fundamental no pensamento social, pois servem como marco de interpretação do processamento cognitivo da informação social, bem como cumprem uma função justificadora do *status quo*, particularmente favorável para grupos ou categorias sociais em condição de vantagem (Crandall, 2000).

As teorias leigas têm vindo a ser estudadas em diversas áreas, têm sido campo de interesse para diversos profissionais, como psicólogos, sociólogos, médicos, professores, entre outros. Segundo Pelechano (2010), os modelos leigos ou não académicos, da ciência em geral e da psicologia em particular, representam, no presente, um considerável número de tendências que se refletem praticamente em todos os domínios psicológicos. Neste sentido, decidiu-se investigar sobre as teorias leigas em domínios como a saúde, doença,

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress no público idoso, dada a atualidade e o interesse do tema.

De destacar, que a nível internacional, existem vários estudos sobre teorias leigas em diferentes domínios, designadamente no campo da personalidade, da psicopatologia, das dependências e estilos de vida, entre outros, tal como foi possível verificar na resenha teórica efetuada. No entanto, em públicos idosos e atendendo aos temas em estudo, somente foi encontrado na revisão da literatura disponível um trabalho de Bowling e Gabriel (2007) sobre teorias leigas de qualidade de vida na terceira idade e pequenos estudos exploratórios sobre a saúde e a doença.

Será importante referir também que é necessário delimitar-se os conceitos, o significado de teoria leiga, pois existem termos muito próximos. Pelechano (2010) refere que temos de reconhecer uma série vasta de termos e aproximações que são utilizados por muitos autores, de acordo com as diversas ocasiões. Fala-se em conhecimento leigo, de sentido comum implícito, crenças básicas, conhecimento culturalmente vasto, etc. Para a investigação em causa, assumiu-se o conceito de teoria leiga, o que levou a perceber a escassez de estudos sobre os temas investigados. Numa primeira fase, tornou-se uma limitação, mas numa fase posterior tornou-se numa oportunidade, num campo de estudo de interesse, onde ainda há muito ou quase tudo para se fazer, principalmente em Portugal e mais concretamente no Algarve. Por outro lado, só se poderá intervir se haver conhecimento da realidade e, neste sentido, embora exploratória, esta investigação poderá ser uma mais-valia. Dada a limitação de informação sobre teorias leigas em pessoas idosas, tornou-se fundamental pesquisar investigações de carácter científico realizadas sobre os constructos de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, de forma a se conseguir discutir alguns dos dados provenientes das perceções e da aplicação dos instrumentos.

No que respeita aos objetivos gerais desta investigação, considera-se tê-los atingindo na totalidade, pois pretendia-se compreender os significados leigos de conceitos como: saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress de adultos com idade igual ou superior a 60 anos, bem como encontrar possíveis variáveis relevantes que poderiam ajudar a explicar as características de cada grupo e a encontrar possíveis relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e os diversos

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

aspectos psicológicos em estudo. No que respeita aos objetivos específicos decorrentes dos objetivos gerais, considera-se também tê-los atingido na totalidade. Assim, conseguiu-se dar resposta às questões que surgiram no início da investigação, assumindo esta parte (dada a exiguidade de investigações neste âmbito) um estudo exploratório.

De referir que o estudo foi realizado com 300 sujeitos, maioritariamente mulheres, com idades compreendidas entre os 60 e os 90 anos, na sua grande maioria reformados e casados. O trabalho de campo foi realizado em diversas localidades e instituições algarvias, entre Vila Real de Santo António a Lagos. Foi aplicado um protocolo composto por uma entrevista semiestruturada, parte qualitativa do estudo, por uma questão fechada sobre as perceções dos constructos em estudo e por último aplicou-se uma escala de qualidade de vida, uma de satisfação com a vida, uma de espiritualidade e uma de orientação vital, parte quantitativa.

Da análise e discussão de dados efetuada, e atendendo aos objetivos inicialmente traçados, podem-se destacar como principais conclusões do estudo as seguintes:

- As características sociodemográficas revelaram que, dos 300 inquiridos, 77,0% eram mulheres. As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos, sendo que a maioria se encontrava reformada (84,7%) e casada (57,0%). No que se refere ao grau de escolaridade, 34,0% possui o 1º Ciclo. Estes dados encontram-se muito próximos de outras investigações realizadas com públicos idosos, onde a feminização é uma realidade (Furnham & Cheng, 2000; Mesquita, 2013; Paúl et al., 2005; Santos, 2008).

- A análise descritiva das categorias por tema revelou-se interessante e importante para o estudo. Foi possível reunir as categorias identificadas pelos inquiridos por tema e por questão, num total de 179 categorias. No entanto, foram consideradas nas análises que a seguir passamos a mencionar, somente as categorias com uma expressividade igual ou superior a 30% e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado. Assim, apresenta-se por tema e por questão as categorias mais representativas, vinte e seis no seu total, e que se revelaram capitais para a investigação.

No tema da saúde, questão 1.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «saúde» ou «ser saudável?»*”, destacaram-se duas categorias, a categoria psicológica, com

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

47% das respostas, e a categoria ausência com 38%. Na questão 1.2 - *“O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?”*, temos como categoria mais expressiva a comportamental, com 90,7% das respostas. Na questão 1.3 - *“O que faz para se manter saudável?”*, 92,7% das respostas distinguiram a comportamental, tal como na questão anterior.

No tema da doença, questão 2.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?”*, destacaram-se a categoria psicológica e a física, com 38,7% e 38%, respetivamente. Na questão 2.2 - *“O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”*, igualmente se destacam duas categorias, a categoria comportamental, com 46,7%, e a dependências, com 38,7%. Na questão 2.3 - *“O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”*, somente a categoria comportamental se evidenciou, com 52%.

Na qualidade de vida, questão 3.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?”*, a categoria mais mencionada foi a saúde, com 25,7%. Na 3.2 - *“Quais as coisas que são importantes para termos uma boa qualidade de vida?”*, existem duas categorias expressivas, a saúde, com 33,7% e a ausência, com 30,3%. Na 3.3 - *“Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”*, somente a comportamental, com 46,7%, se mostrou mais expressiva.

Na felicidade, questão 4.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?”*, a categoria mais expressiva encontrada foi a social, com 32,7% das respostas. Na 4.2 - *“Quais são as coisas importantes para se sentir feliz?”*, a saúde e a social, com 41% e 36%, respetivamente, foram as categorias mais escolhidas pelos inquiridos. Na questão 4.3 - *“Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?”*, unicamente se destacou a comportamental com 38,3% das respostas.

Na satisfação com a vida, questão 5.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”*, a categoria mais expressiva foi a categoria saúde com uma percentagem de 23,7%. Na questão 5.2 - *“Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”*, igualmente se destacou a saúde, com 41,3%. Na 5.3 - *“Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?”*, com 26,7% destacou-se a categoria comportamental.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

No otimismo, questão 6.1 - *“De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?”*, 27,7% dos inquiridos escolheram a categoria não sabe. Na 6.2 - *“Quais são as coisas importantes para ser otimista?”*, tal como na questão anterior, a categoria mais eleita foi a não sabe, com 32%. Na 6.3 - *“Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?”*, mais uma vez temos a categoria não sabe, com 32,7% das respostas.

No tema do stress e último, questão 7.1 - *“Diga-nos de forma breve e concisa, o que é o stress ou ser stressado?”*, a categoria mais expressiva foi a psicológica, com 35% das respostas. Na 7.2 - *“Quais as coisas que influenciam o facto de uma pessoa estar ou se sentir stressada?”*, com 29,3% temos a psicológica. Na 7.3 - *“Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado?”*, a categoria residual, com 26,3%, foi a mais eleita pelos inquiridos.

Assim, verifica-se que as categorias mais expressivas são vinte e seis e que as categorias mais vezes assinaladas foram a comportamental (sete vezes), a saúde (cinco vezes) e a psicológica (quatro vezes). Concluiu-se que as concepções leigas de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress apresentam uma grande diversidade. Com efeito, analisando os conteúdos dessas concepções constata-se a existência da predominância de dimensões como a componente comportamental, o bem-estar e o equilíbrio dos aspetos psicológicos.

- O número total de categorias mencionadas por tema e por questão varia entre uma e cinco categorias apuradas, embora a maior parte das questões tenha somente uma categoria assinalada.

- Nos testes de independência realizados entre as variáveis qualitativas, já supramencionadas por dimensão (categorias com uma expressividade igual ou superior a 30% e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado) e as variáveis sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, escolaridade, reformado, pensionista, pessoa com quem vive, local de habitação, contexto em que está inserido e forma de preenchimento do instrumento), através do teste qui-quadrado de independência, levaram a concluir diversos aspetos, nomeadamente que quatro das análises não se revelaram estatisticamente significativas e aquelas que se revelaram estatisticamente

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

significativas, o efeito de magnitude ou era fraco ou muito fraco. No entanto, verificou-se que as variáveis sociodemográficas que se revelaram mais significativas nas correlações foram a idade, o estado civil, a escolaridade e o pertencer a uma universidade de terceira idade.

Do conjunto de correlações entre o número total de categorias/questão e a idade, a percepção da saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, bem como com os instrumentos de qualidade de vida, de satisfação com a vida, de espiritualidade e de orientação vital, através do teste qui-quadrado de independência, verificaram-se igualmente alguns dados significativos, nomeadamente que oito delas não se revelaram estatisticamente significativas e as que se revelaram a sua magnitude de efeito foi fraca ou muito fraca. Destaca-se para o tema da saúde (questão 1.1), que existem correlações positivas entre o total de categorias da saúde e as percepções de saúde e de qualidade de vida, assim como com as subescalas doença e esperança/otimismo. Encontrou-se também uma correlação negativa entre o total de categorias da saúde e a percepção da doença. Para o tema da doença (questão 2.2), verificaram-se correlações positivas, estatisticamente significativas entre o total de categorias e a percepção da felicidade e da orientação vital. Na questão 2.3, só se verificou uma correlação positiva entre o total de categorias e a percepção da felicidade. No tema da qualidade de vida (questão 3.1), verificaram-se duas correlações positivas, uma entre o total de categorias e as percepções de saúde e qualidade de vida e outra entre o total de categorias e os sentidos e a esperança/otimismo. Ocorre uma correlação negativa entre a idade e o total de categorias que, tende a ser menor com o avançar da idade. Na questão 3.2, verificam-se três correlações positivas estatisticamente significativas, entre o total de categorias extraídas da dimensão qualidade de vida e a percepção de qualidade de vida, da felicidade e da esperança/otimismo.

Na questão 3.3, também se verificaram duas correlações positivas entre o total de categorias e a percepção da qualidade e da subescala vida independente. Ocorreu uma correlação negativa entre o total de categorias e a idade. No tema da felicidade, somente na questão 4.3, se verificaram correlações positivas estatisticamente significativas, pois o total de categorias tende a ser maior na medida em que a percepção da qualidade de vida e a orientação vital também o são. Para o tema da satisfação com a vida (questão 5.1), foi

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

possível encontrar uma correlação positiva entre o total de categorias e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Na questão 5.2, verifica-se que existe uma correlação positiva entre o total de categorias e a orientação vital. Para o tema do otimismo, somente na questão 6.2, se encontra uma correlação positiva entre o total de categorias e a percepção da qualidade de vida e os níveis de espiritualidade. Na questão 6.3, encontrou-se uma correlação positiva entre o total de categorias do otimismo e a percepção da felicidade e da subescala de esperança/otimismo e da orientação vital e uma correlação negativa entre o total de categorias e a percepção da doença, do stress e a subescala dos sentidos.

- No que diz respeito aos modelos de predição, nomeadamente ao modelo de análise discriminante e da regressão logística binária, procedimentos estatísticos para verificar e descobrir as características que distinguem os membros de um grupo dos de outro, de modo que, conhecidas as características de um novo indivíduo, se possa prever a que grupo pertence (Reis, 2001), foram encontrados alguns dados estatisticamente significativos. Assim, no que diz respeito às análises discriminantes, entre as vinte e seis categorias constituintes das sete dimensões e o total das categorias, idade, qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade, orientação vital e percepções (saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress), foi possível concluir de um modo geral que: quando se correlaciona a variável dependente com as variáveis independentes, em vinte e quatro análises realizadas, a variável total de categorias entra na função; das vinte e seis análises realizadas, vinte e uma sugerem que a função consegue separar os participantes em grupos, e três sugerem que a função não consegue separar os participantes em grupos e que somente na categoria comportamental - dimensão saúde (questão 1.2) e na categoria comportamental - dimensão saúde (questão 1.3) os resultados sugerem que nenhuma das variáveis independentes consideradas tem um ajustamento estatisticamente significativo à função. Relativamente às variáveis independentes consideradas com um ajustamento à função, verificou-se que para o tema da saúde, questão 1.1, as variáveis preditoras foram a percepção do otimismo e o total de categorias da saúde, embora na questão 1.2 e 1.3 não tenha sido possível encontrar dados estatisticamente significativos. Para o tema da doença, na questão 2.1, as variáveis preditivas foram o total de categorias da doença e a qualidade de vida; na questão 2.2,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

foram o total de categorias da doença e a percepção do otimismo; e, na questão 2.3, foram o total de categorias da doença e a idade. Para a qualidade de vida, questão 3.1, surgem como variáveis preditivas o total de categorias da qualidade de vida e a qualidade de vida, na questão 3.2 o total de categorias da qualidade de vida, a percepção da satisfação com a vida, da qualidade de vida, da doença, da satisfação com a vida e a percepção da doença e, por último, na questão 3.3. foi possível obter como variáveis preditivas o total de categorias da qualidade de vida e a idade. No tema da felicidade surgem como variáveis preditivas o total de categorias da felicidade em todas as questões e a orientação vital na questão 4.2. Para o tema da satisfação com a vida, questão 5.1, as únicas variáveis preditoras são o total de categorias da satisfação com a vida e a orientação vital, na questão 5.2 novamente o total de categorias da satisfação com a vida e na questão 5.3 total de categorias da satisfação com a vida, a qualidade de vida e a percepção da doença. Para o otimismo, questão 6.1, excetuando a qualidade de vida, todas as outras variáveis são preditoras do otimismo, na questão 6.2, excetuando a qualidade de vida, novamente todas as outras variáveis são preditoras e na questão 6.3, excetuando a qualidade de vida e a satisfação com a vida todas as outras variáveis se revelaram preditoras. No stress, na questão 7.1 surgem como variáveis preditivas o total de categorias do stress e a percepção do stress, na questão 7.2, o total de categorias do stress, a percepção do stress e a espiritualidade e na questão 7.3 o total de categorias do stress, a percepção do stress, a percepção da qualidade de vida, da doença, da felicidade e a percepção da satisfação com a vida. De destacar que em todas as análises a variável independente que surge mais vezes como preditiva é o total de categorias.

- No que se refere ao modelo da regressão logística binária, os resultados revelaram-se muito frágeis e pouco conclusivos, tal como nas análises discriminantes.

As regressões logísticas binárias foram realizadas entre as vinte e seis categorias mais expressivas e as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, tal como todas as outras análises. Das vinte e seis análises realizadas, em quinze delas não foi possível encontrar-se um modelo final estatisticamente significativo. Ou seja, das sete percepções consideradas, nenhuma parece ser capaz de prever se um indivíduo poderá ou não mencionar a referida categoria analisada. No entanto, houve modelos que foram estatisticamente significativos e retiveram algumas percepções (máximo

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3), embora a probabilidade de os indivíduos mencionarem essa categoria fosse muito limitada. De um modo geral, a análise do pseudo coeficiente de determinação de Nagelkerke realizada nos diferentes testes permitiu concluir que a magnitude de efeito do modelo em análise era geralmente fraca. Destaca-se deste modo os seguintes resultados: para o tema da saúde, questão 1.1, as variáveis preditivas que ficaram retidas foram as percepções de doença e otimismo, na questão 1.2 e 1.3, não ficou nenhum modelo estatisticamente significativo retido; para o tema da doença, questão 2.,1 destacaram-se como variáveis preditivas a qualidade de vida e a percepção do stress, na questão 2.2 o total de categorias da doença e a percepção do otimismo e na questão 2.3 o total de categorias da doença e a idade; no tema da qualidade de vida, questões 3.1. e 3.3, não foi possível encontrar nenhum modelo final estatisticamente significativo, embora na questão 3.2 as variáveis preditivas tenham sido a percepção da doença, da satisfação com a vida e a percepção da saúde; no tema da felicidade, em nenhuma das questões foi possível encontrar um modelo final estatisticamente significativo; na satisfação com a vida, somente foi possível encontrar um modelo estatisticamente significativo para a questão 5.3, sendo a variável preditiva encontrada a percepção da doença. Para o tema do otimismo, em ambas as questões a variável preditiva que ficou retida foi a percepção do otimismo; no último tema, o stress somente na questão 7.3 foi possível encontrar como variáveis preditivas a percepção do otimismo e da felicidade.

- No que se refere aos dados provenientes das percepções (parte quantitativa do estudo), foi possível verificar como os inquiridos percecionavam o seu estado de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress. No tema da saúde, quando questionados acerca da percepção que têm da sua saúde, aproximadamente metade, 48,0%, dos indivíduos tem uma opinião neutra (nem boa, nem má), sendo a opinião "boa" a segunda mais representada com 37,3% das respostas. Por sua vez, a categoria "muito má" é claramente a menos representativa com 2,3%. Quando correlacionadas com as variáveis sociodemográficas, verifica-se que os homens tendem a considerar-se com mais saúde do que as mulheres, que existe uma tendência fraca para a percepção de saúde ser menor na medida em que a idade é maior, que existe uma tendência embora fraca também para a percepção de saúde ser maior na medida em que o grau de

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

escolaridade é maior e, por último que os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerarem-se com mais saúde do que os que não se encontram inseridos nessa instituição, dados corroborados pelos estudos de Abellán (2003) e de Lebrão (2005).

Quanto à percepção da doença, a maioria dos inquiridos, 62,3%, considera-se pouco doente, sendo a opinião "nada" doente a segunda mais representada com 22,3%. Por sua vez, quando se analisaram as respostas relativas à percepção de doença, tendo em conta algumas variáveis demográficas, conclui-se que existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser maior na medida em que a idade é maior, que existe uma tendência fraca para a percepção de doença ser menor na medida em que o grau de escolaridade é maior e que os inquiridos inseridos na universidade da terceira idade tendem a considerarem-se como menos doentes do que os que não se encontram inseridos nessa instituição. As outras variáveis não se consideram estatisticamente significativas, dados difundidos nos estudos de Abellán (2003) e de Fonseca (2004).

Para a qualidade de vida, os inquiridos referem-na ora como "nem boa, nem má" com 46,0% ou como sendo "boa" com uma expressividade de 45,0%. Tendo em conta a percepção da qualidade de vida e as variáveis demográficas, verificou-se que existe uma tendência fraca para a percepção da qualidade de vida ser menor na medida em que a idade é maior; comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se com uma maior qualidade de vida. Existe também uma tendência, embora fraca, para a percepção da qualidade de vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior. O grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua qualidade de vida como sendo mais elevada do que os que não são pensionistas, bem como aqueles indivíduos que vivem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos tendem a ter uma qualidade de vida relativamente superior aos que vivem sozinhos. Os indivíduos que frequentam a universidade da terceira idade também tendem a considerarem-se com mais qualidade de vida do que os restantes. Dados corroborados por (Castellón & Romero, 2004; Ribeiro & Paul, 2011; Rubio et al., 2001).

Quanto à percepção da felicidade, os dados demonstram que 46,0% dos inquiridos consideram-se bastante felizes, 27,7% pouco felizes e 21,7% muito felizes. Quando correlacionadas com as variáveis demográficas, é possível concluir que os homens tendem

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

a considerarem-se mais felizes do que as mulheres; que existe uma tendência fraca para a percepção da felicidade ser menor na medida em que a idade é maior e que comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais felizes. Existe ainda uma tendência fraca para a percepção de felicidade ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior. O grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua felicidade como sendo maior do que os que não são pensionistas, bem como os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem-se como mais felizes do que os que vivem sozinhos e, por fim os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais felizes do que os restantes. Unicamente não se encontraram valores estatisticamente significativos quando a variável demográfica utilizada foi a "reforma". Estes dados são corroborados por Vianna (2005).

Relativamente à satisfação com a vida, 47,3% dos inquiridos consideram-se bastante satisfeitos, havendo contudo 27,0% a considerarem-se pouco satisfeitos e 20,7% a considerarem-se muito satisfeitos. A categoria menos representada corresponde ao muitíssimo satisfeito, com 2,3% dos inquiridos. Quando se compara a percepção da satisfação com a vida em função das variáveis demográficas, verifica-se que, comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais satisfeitos com a vida, que existe uma tendência fraca para a percepção da satisfação com a vida ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior; os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem uma satisfação com a vida superior relativamente aos que vivem sozinhos, e os que frequentam a universidade da terceira idade tendem também a considerar-se mais satisfeitos com a vida do que os restantes, dados semelhantes aos estudos de Luísa (2009) e de Paúl et al. (2005).

No que diz respeito à percepção do otimismo, os inquiridos, mais de metade, 54,3% consideram-se bastante ou muito otimistas, havendo contudo 23,7% a considerarem-se pouco otimistas e 7,7% a considerarem-se nada otimistas. Ao cruzar-se a percepção de otimismo com as variáveis demográficas, unicamente se encontraram resultados estatisticamente significativos relativamente à variável idade, pois existe uma tendência

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

fraca para a percepção de otimismo ser maior na medida em que a idade também é maior, tal como presente nos estudos de Azevedo, 2009; Luísa, 2009 e Mesquita, 2013.

Por último, no que concerne a percepção do stress, é possível concluir que mais de metade dos inquiridos, 51,7%, se considera pouco stressada, havendo 19,0% a considerarem-se bastante stressados e 6,3% muito stressados. Repare-se ainda que 14,0% dos inquiridos mencionaram não serem nada stressados. Quando correlacionadas as variáveis sociodemográficas com a percepção do stress, os resultados estatisticamente significativos surgem quanto ao grau de escolaridade e ser pensionista. Deste modo, se apreciou uma tendência fraca para a percepção do stress ser menor na medida em que a idade é maior, assim como o grupo de indivíduos pensionistas percebe-se menos stressado do que os não pensionistas, dados corroborados por Araújo (2001) e Neri (2003).

Por último, ao se elaborar um estudo correlacional entre as percepções de saúde, doença, qualidade de vida, felicidade, satisfação com a vida, otimismo e stress, verificou-se que existe uma correlação positiva forte entre a satisfação com a vida e a felicidade, pois, à medida que felicidade é maior a satisfação com a vida é também ela maior; uma correlação positiva moderada entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida; uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a felicidade; uma correlação negativa moderada entre a doença e a saúde, pois, à medida que a percepção de doença é mais acentuada a percepção de saúde é menor; e que existe uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida e a saúde, à medida que a qualidade de vida é maior a percepção de saúde é também ela maior. Todas as variáveis correlacionadas se influenciam mutuamente.

Este conjunto de dados é corroborado por um conjunto de estudos de diferentes autores, como por exemplo de Abellán, 2003; Cafra, 1997; Castellón et al., 2011; Ferraz & Peixoto, 1993; Mesquita, 2013; Vianna, 2005.

- Os resultados provenientes da análise dos instrumentos de qualidade de vida, satisfação com a vida, espiritualidade e orientação vital permitem concluir que ao analisar comparativamente as cinco dimensões que compõem o instrumento de qualidade de vida, a denominada doença é a que apresenta a média mais baixa e a dispersão mais elevada, sendo seguida pela do bem-estar psicológico. Por outro lado, as dimensões com valores médios

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

mais elevados são as relativas à vida independente e as relações sociais e sentidos. Quanto ao total da escala, este apresenta uma média de 2,47 ( $DP = 0,30$ ), valor este que parece ser relativamente elevado. Os resultados obtidos através da escala de satisfação com a vida revelam que os valores encontrados cobrem toda a amplitude da escala (5 a 25). A média foi de 17,26, sendo o desvio padrão de 4,55. Quando analisados os resultados do instrumento de espiritualidade e tendo em conta as duas dimensões que o compõem, verifica-se que a relativa à esperança e otimismo têm uma média um pouco mais baixa do que a relativa às crenças. Quanto ao total da escala, a sua média é de 2,53 ( $DP = 0,69$ ), sendo este um valor mediano. Os resultados obtidos através do teste de orientação vital revelam que o valor mais pequeno observado foi de 6 (valor mínimo possível = 0), enquanto que o mais elevado foi de 23 (valor máximo possível = 24). A média encontrada foi de 14,03, sendo o desvio padrão de 2,87. Por último e tendo em conta os dados do estudo correlacional entre os vários instrumentos concluiu-se que existe uma correlação positiva de magnitude fraca entre a qualidade de vida e a satisfação com a vida, isto é, à medida que a qualidade de vida é maior a satisfação com a vida é também ela maior; uma correlação positiva, também ela de magnitude fraca, entre a qualidade de vida e a orientação vital; uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a espiritualidade; uma correlação positiva fraca entre a satisfação com a vida e a orientação vital, e que existe uma correlação positiva fraca entre a espiritualidade e a orientação vital. De referir que todas as variáveis correlacionadas se influenciam mutuamente. Estes dados também se confirmam pelos estudos de Barros, 2008; Luísa, 2009 e Mesquita, 2013.

Quando analisados os resultados de forma conjunta, verifica-se que são muito próximos e complementares. Destaca-se, por exemplo, o resultado final da escala de qualidade de vida, que apresenta um valor relativamente elevado e a perceção dos indivíduos, pois 45% consideram a sua qualidade de vida como boa. A qualidade de vida para os idosos inquiridos é traduzível por ter saúde, uma vez que esta foi a categoria mais expressiva, o que é um dado confirmado, pois 48% revelam que a sua saúde é “nem boa nem má” e 37,5% referem ser “boa”. Conclui-se desta forma que para haver qualidade de vida é necessário ter saúde. Também os resultados da escala de satisfação com a vida se revelaram positivos, pois esta apresentou uma média global de 17,26. Dados estes

### *“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

confirmados pela percepção que os idosos mencionaram, pois 47,3% consideram-se bastante satisfeitos com a vida e 20,7% muito satisfeitos. Estes dados também parecem interessantes se pensar-se que a satisfação com a vida, segundo as categorias referidas pelos inquiridos, passa por questões ligadas a saúde e a atitudes comportamentais. Por último, o Teste de Orientação Vital apresenta uma média de 14,03, valor moderado e que se revê na percepção que os indivíduos apresentam do seu otimismo, pois 31,3% consideram-se bastante otimistas e 23,0% muito otimistas.

Outro dado interessante será verificar que para as questões 1.1., 2.1 e 7.1, a categoria mais destacada foi a categoria psicológica, o que leva a concluir que segundo os idosos em estudo, a saúde, a doença e o stress se definem por questões ligadas à componente psicológica, no caso da doença e do stress por componentes negativos (estar triste, falta de alegria, falta de vontade para agir, etc.) e na saúde por questões positivas, (como sentir-se feliz, ter vontade de viver, ter uma vida tranquila, etc). A qualidade de vida e a satisfação com a vida são definidas pela categoria saúde, dado que existe uma proximidade entre ambas as variáveis, corroboradas pela existência de uma correlação positiva moderada entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida, tendo em conta a análise das percepções. Por último, a destacar o facto da categoria comportamental ser referenciada sete vezes e estar sempre associada às questões operacionais, de intervenção, conduta individual ou coletiva (o que se pode fazer; o que fazem as pessoas; o que costuma fazer). Os indivíduos têm consciência, segundo a análise das categorias e dos temas, que a sua postura face à vida e às situações em geral os poderá favorecer e, em alguns casos, se tiverem comportamentos nocivos, os prejudicar. Ainda será de considerar que existem conceitos muito contíguos concetualmente e que também para os inquiridos, quando questionados sobre os mesmos assim os definem, nomeadamente o conceito de qualidade de vida e satisfação com a vida, onde a categoria saúde é igualmente destacada.

No entanto, também existem dados que se encontram numa linha de orientação oposta, ou seja, se analisar na questão 6.1 - *De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?*”, a categoria mais expressiva foi a categoria não sabe com 27,7% das respostas, no entanto quando são questionados, quanto à sua percepção, em que medida são otimistas, 54,3% consideram-se bastante ou muito otimistas. Estes dados tornam-se

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

inquietantes, pois parece haver uma falta de conhecimento por parte dos idosos sobre o tema em questão.

Para terminar, basta referir que as conclusões supramencionadas se assumem como as mais expressivas e marcantes decorrentes da investigação efectuada.

## **Conclusiones**

El proceso de envejecimiento humano es un proceso natural, pero irreversible, que llega a todas las personas y tiende a aumentar en todos los países del mundo. Este hecho lleva a un aumento de la preocupación y de la sensibilización ante la problemática de los más ancianos por parte de los gobernantes y la sociedad en general. En este sentido, cada vez es más urgente el estudio de esta realidad y profundizar en los conocimientos sobre esta población, necesidad a la que se considera que ha contribuido esta investigación.

Las teorías legas en personas ancianas, tema central de la investigación, también denominadas ingenuas o de sentido común, son teorías que utilizan las personas para explicar alguna cosa o hecho. Según varios autores (Furnhan, 1988; Heider 1958; Kelly, 1955; Ramirez & Levy, 2010), las teorías legas sirven para explicar eventos del contexto social, marcos de referencia que influyen en los procesos de percepción e interpretación de la información, así como la predicción de eventos y, como consecuencia, también las elecciones y los comportamientos de las personas. Aunque no sean objeto de confirmación científica, cada vez tienen más impacto en el pensamiento y relación social. Es un campo de estudio que se ha venido aceptando gradualmente y se ha reproducido como resultado del sentido común. Las teorías legas tienen un papel fundamental en el pensamiento social, pues sirven como marco de interpretación del procesamiento cognitivo de la información social, al mismo tiempo que cumplen una función de justificación del *status quo*, particularmente favorable a grupos o categorías sociales en condiciones de ventaja (Crandall, 2000).

Las teorías legas se han estudiado en diversas áreas, siendo campo de interés para diversos profesionales, como psicólogos, sociólogos, médicos, profesores, entre otros. Según Pelechano (2010), los modelos legos, o no académicos, de la ciencia en general y de la psicología en particular, actualmente representan un considerable número de tendencias que se reflejan prácticamente en todos los dominios psicológicos. En este sentido, se decidió investigar sobre las teorías legas en ámbitos como la salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés en el público anciano, dada la actualidad y el interés del tema.

### *“Teorías legas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

Hay que destacar que, a nivel internacional, existen varios estudios sobre teorías legas en diferentes dominios, concretamente en el campo de la personalidad, de la psicopatología, de las dependencias y estilos de vida, entre otros, tal como ha sido posible verificar en la reseña teórica efectuada. Sin embargo, en públicos ancianos y atendiendo a los temas en estudio, solamente se encontró en la revisión de la literatura disponible un trabajo de Bowling y Gabriel (2007) sobre teorías legas de calidad de vida en la tercera edad y pequeños estudios exploratorios sobre la salud y la enfermedad.

Asimismo, es importante señalar también que es necesario delimitar los conceptos, el significado de teoría lega, pues existen términos muy cercanos. Pelechano (2010) señala que hay que reconocer una serie amplia de términos y aproximaciones que son utilizados por muchos autores en función de las diferentes ocasiones. Se habla de conocimiento lego, de sentido común implícito, creencias básicas, conocimiento culturalmente vasto, etc. Para la investigación en cuestión se ha adoptado el concepto de teoría lega, lo que ha llevado a entender la escasez de estudios sobre los temas investigados. En una primera fase constituyó una limitación pero, en una fase posterior, se convirtió en una oportunidad, en un campo de estudio de interés, donde aún hay mucho o casi todo por hacer, principalmente en Portugal y, más concretamente, en el Algarve. Por otro lado, sólo se podrá intervenir si existe conocimiento de la realidad y, en este sentido, aunque sea exploratoria, esta investigación podrá constituir una plusvalía. Dada la limitación de información sobre teorías legas en personas ancianas, resultó fundamental indagar en las investigaciones de carácter científico realizadas sobre los constructos de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés, para conseguir discutir algunos de los datos resultantes de las percepciones y de la aplicación de los instrumentos.

En lo que se refiere a los objetivos generales de esta investigación, se considera que se han alcanzado en su totalidad, pues se pretendía comprender los significados legos de conceptos como: salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés de adultos con edad igual o superior a 60 años, así como encontrar posibles variables relevantes que podrían ayudar a explicar las características de cada grupo y a encontrar posibles relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y los diversos aspectos psicológicos en estudio. En lo que respecta a los objetivos específicos derivados de los objetivos generales, también se consideran alcanzados en su totalidad. Así,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

ha sido posible dar respuesta a las cuestiones que surgieron al principio de la investigación, asumiendo esta parte (dada la exigüidad de investigaciones en este ámbito) un estudio exploratorio.

Hay que señalar que el estudio ha sido realizado con 300 sujetos, mayoritariamente mujeres, con edades comprendidas entre los 60 y los 90 años, en su gran mayoría jubilados y casados. El trabajo de campo se desarrolló en diversas localidades e instituciones del Algarve, entre Vila Real de Santo António y Lagos. Se aplicó un protocolo compuesto por una entrevista semiestructurada, parte cualitativa del estudio, por una pregunta cerrada sobre las percepciones de los constructos en estudio y, por último, se aplicó una escala de calidad de vida, una de satisfacción con la vida, una de espiritualidad y una de orientación vital, parte cuantitativa.

Del análisis y discusión de datos efectuados, y atendiendo a los objetivos inicialmente trazados, es posible destacar como principales conclusiones del estudio las siguientes:

- Las características sociodemográficas revelaron que, de los 300 encuestados, un 77,0% eran mujeres. Sus edades se encuentran comprendidas entre los 60 y los 90 años, encontrándose la mayoría jubilada (84,7%) y casada (57,0%). En lo que se refiere al nivel de escolaridad, el 34,0% posee el Primer Ciclo. Estos datos son muy parecidos a los de otras investigaciones realizadas con públicos ancianos, donde la feminización es una realidad, (Furnhan & Cheng, 2000; Mesquita, 2013; Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005; Santos, 2008).

- El análisis descriptivo de las categorías por tema se reveló interesante e importante para el estudio. Fue posible reunir las categorías identificadas por los encuestados por tema y por pregunta, en un total de 179 categorías. Sin embargo, en los análisis que a continuación señalamos, solamente se han considerado las categorías con una expresividad igual o superior al 30% y en las situaciones en las que ese número no se alcanzó, se tuvo en cuenta el valor más elevado. Así, se presentan por tema y por pregunta las categorías más representativas, veintiséis en total, que se revelaron esenciales para la investigación.

*“Teorías leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

En el tema de la salud, pregunta 1.1 - *“De forma breve y concisa, díganos qué es la «salud» o «estar sano»*, destacaron dos categorías, la categoría psicológica, con un 47% de las respuestas, y la categoría ausencia con un 38%. En la pregunta 1.2 - *“¿Qué se puede hacer para mantenernos sanos?”*, tenemos como categoría más expresiva la comportamental, con un 90,7% de las respuestas. En la pregunta 1.3 - *“¿Qué hace para mantenerse sano?”*, un 92,7% de las respuestas apuntaron a la comportamental, tal como en la pregunta anterior.

En el tema de la enfermedad, pregunta 2.1 - *“De forma breve y concisa, díganos qué es la enfermedad o estar enfermo”*, destacaron la categoría psicológica y la física, con un 38,7% y un 38%, respetivamente. En la pregunta 2.2 - *“¿Qué cosas suelen hacer las personas que no son buenas para su salud?”*, igualmente destacan dos categorías, la categoría comportamental, con un 46,7%, y la de dependencias, con un 38,7%. En la pregunta 2.3 - *“¿Qué suele hacer que no es bueno para su salud?”*, solamente se puso de relieve la categoría comportamental, con un 52%.

En la calidad de vida, pregunta 3.1 - *“De forma breve y concisa, díganos qué es tener calidad de vida”*, la categoría más mencionada fue la salud con un 25,7%. En la 3.2 - *“¿Cuáles son las cosas importantes para tener una buena calidad de vida?”*, existen dos categorías expresivas, la salud, con un 33,7% y la ausencia, con un 30,3%. En la 3.3 - *“¿Cuáles son las cosas que suele hacer para intentar tener una buena calidad de vida?”*, solamente se mostró más expresiva la comportamental, con un 46,7%.

En felicidad, pregunta 4.1 - *“De forma breve y concisa, díganos qué es la felicidad o ser feliz”*, la categoría más expresiva encontrada fue la social, con un 32,7% de las respuestas. En la 4.2 - *“¿Cuáles son las cosas importantes para sentirse feliz?”*, la salud y la social, con un 41% y un 36% respetivamente, fueron las más elegidas por los encuestados. En la pregunta 4.3 - *“¿Qué cosas suele hacer para intentar ser feliz?”*, únicamente destacó la comportamental con un 38,3% de las respuestas.

En satisfacción con la vida, pregunta 5.1 - *“De forma breve y concisa, díganos qué es la satisfacción vital o estar satisfecho con la vida”*, la más expresiva fue la categoría salud con un porcentaje del 23,7%. En la pregunta 5.2 - *“¿Qué cosas son importantes para estar satisfecho con la vida?”*, igualmente se destacó la salud, con un 41,3%. En la 5.3 -

*“Teorías leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

“¿Qué cosas suele hacer para intentar sentirse satisfecho con la vida?”, destacó la comportamental, con un 26,7%.

En optimismo, pregunta 6.1 - “De forma breve y concisa, díganos qué el optimismo o ser optimista”, el 27,7% de los encuestados escogieron la categoría “no sabe”. En la 6.2 - “¿Cuales son las cosas importantes para ser optimista?”, tal como en la pregunta anterior, la categoría mayoritaria fue “no sabe”, con un 32%. En la 6.3 - “¿Qué cosas suele hacer para intentar ser optimista?”, una vez más predomina la categoría “no sabe”, con un 32,7% de las respuestas.

En el tema del estrés y último, pregunta 7.1 - “Díganos de forma breve y concisa, qué el estrés o sentirse estresado”, la categoría más expresiva fue la psicológica, con un 35% de las respuestas. En la 7.2 - “¿Cuáles son las cosas que influyen en el hecho de que una persona esté o se sienta estresada?”, con un 29,3% tenemos la psicológica. En la 7.3 - “En general ¿cuáles son las cosas, situaciones, acontecimientos o cualquier otras circunstancias que le hacen estar o sentirse estresado?”, la categoría residual, con un 26,3%, fue por la que optaron la mayoría de los encuestados.

Así, se constata que las categorías más expresivas son veintiséis y que las elegidas más veces fueron la comportamental (siete veces), la salud (cinco veces) y la psicológica (cuatro veces). Se concluye que las concepciones leigas de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés presentan una gran diversidad. En efecto, analizando los contenidos de esas concepciones se constata la existencia de la prevalencia de dimensiones como el componente comportamental, el bienestar y el equilibrio de los aspectos psicológicos.

- El número total de categorías mencionadas por tema y por pregunta varía entre una y cinco categorías determinadas, aunque la mayor parte de las preguntas solamente tenga una categoría indicada.

- En los tests de independencia realizados entre las variables cualitativas, ya mencionadas anteriormente por dimensión (categorías con una expresividad igual o superior al 30% y en las situaciones en que ese número no se alcanzó, se tuvo en cuenta el valor más elevado) y las variables sociodemográficas (sexo, grupo de edad, estado civil,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

escolaridad, jubilado, pensionista, persona con la que vive, lugar de residencia, contexto en el que se integra y forma de cumplimentación del instrumento), a través del test cui-cuadrado de independencia, llevaron a concluir diversos aspectos concretamente, que cuatro de los análisis no resultaron ser estadísticamente significativos y, en los que se revelaron estadísticamente significativos, el efecto de magnitud o era débil o muy débil. Sin embargo, se constató que las variables sociodemográficas que se revelaron más significativas en las correlaciones fueron la edad, el estado civil, la escolaridad y el pertenecer a una escuela de adultos.

Del conjunto de correlaciones entre el número total de categorías/ pregunta y la edad, la percepción de la salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés, así como con los instrumentos de calidad de vida, de satisfacción con la vida, espiritualidad y orientación vital, a través del test cui-cuadrado de independencia, se extrajeron igualmente algunos datos significativos, concretamente que ocho de ellas no se revelaron estadísticamente significativas y en las que sí lo fueron, su magnitud de efecto fue débil o muy débil. Con relación al tema de la salud (pregunta 1.1), sobresale la existencia de correlaciones positivas entre el total de categorías de la salud y las percepciones de salud y de calidad de vida, así como con las subescalas enfermedad y esperanza/optimismo. Asimismo, se encontró una correlación negativa entre el total de categorías de la salud y la percepción de la enfermedad. Para el tema de la enfermedad (pregunta 2.2), se constataron correlaciones positivas, estadísticamente significativas entre el total de categorías y la percepción de la felicidad y de la orientación vital. En la pregunta 2.3, sólo se constató una correlación positiva entre el total de categorías y la percepción de la felicidad. En el tema de la calidad de vida (pregunta 3.1), se constataron dos correlaciones positivas, una entre el total de categorías y las percepciones de salud y calidad de vida y otra entre el total de categorías y los sentidos y la esperanza/optimismo. Se produce una correlación negativa entre la edad y el total de categorías que, tiende a ser menor con el transcurso de la edad. En la pregunta 3.2, existen tres correlaciones positivas estadísticamente significativas, entre el total de categorías extraídas de la dimensión calidad de vida y la percepción de calidad de vida, de la felicidad y de la esperanza/optimismo.

En la pregunta 3.3, también se constataron dos correlaciones positivas entre el total de categorías y la percepción de la calidad y de la subescala vida independiente. Se produjo

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

una correlación negativa entre el total de categorías y la edad. En el tema de la felicidad, solamente se constataron correlaciones positivas estadísticamente significativas en la pregunta 4.3, pues el total de categorías tiende a ser mayor en la medida en que la percepción de la calidad de vida y la orientación vital también lo son. Para el tema de la satisfacción con la vida (pregunta 5.1), fue posible encontrar una correlación positiva entre el total de categorías y el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida. En la pregunta 5.2, se constata que existe una correlación positiva entre el total de categorías y la orientación vital. Para el tema del optimismo, solamente en la pregunta 6.2, se encuentra una correlación positiva entre el total de categorías y la percepción de la calidad de vida y los niveles de espiritualidad. En la pregunta 6.3, se encontró una correlación positiva entre el total de categorías del optimismo y la percepción de la felicidad y de la subescala de esperanza/optimismo y de la orientación vital y una correlación negativa entre el total de categorías y la percepción de la enfermedad, del estrés y la subescala de los sentidos.

- En lo que se refiere a los modelos de predicción, concretamente al modelo de análisis discriminante y de regresión logística binaria, procedimientos estadísticos para verificar y descubrir las características que distinguen a los miembros de un grupo de los de otro, de forma que, conocidas las características de un nuevo individuo se pueda prever a qué grupo pertenece (Reis, 2001), se encontraron algunos datos estadísticamente significativos. Así, en lo que se refiere a los análisis discriminantes, entre las veintiséis categorías constitutivas de las siete dimensiones y el total de las categorías, edad, calidad de vida, satisfacción con la vida, espiritualidad, orientación vital y percepciones (salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés), fue posible concluir de un modo general que: cuando se correlaciona la variable dependiente con las variables independientes, en veinticuatro análisis realizados, la variable total de categorías entra en la función; de los veintiséis análisis realizados, veintiuno sugieren que la función consigue separar los participantes en grupos, y tres sugieren que la función no consigue separar los participantes en grupos y que solamente en la categoría comportamental - dimensión salud (pregunta 1.2) y en la categoría comportamental - dimensión salud (pregunta 1.3) los resultados sugieren que ninguna de las variables independientes consideradas tiene un ajuste estadísticamente significativo a la función. Con relación a las variables

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

independientes consideradas con un ajuste a la función, se constató que para el tema de la salud, pregunta 1.1, las variables predictoras fueron la percepción del optimismo y el total de categorías de la salud, aunque en la pregunta 1.2 y 1.3 no haya sido posible encontrar datos estadísticamente significativos. Para el tema de la enfermedad, en la pregunta 2.1, las variables predictoras fueron el total de categorías de la enfermedad y la calidad de vida; en la pregunta 2.2, fueron el total de categorías de la enfermedad y la percepción del optimismo; y, en la pregunta 2.3, fueron el total de categorías de la enfermedad y la edad. Para la calidad de vida, pregunta 3.1, surgen como variables predictoras el total de categorías de la calidad de vida y la calidad de vida, en la pregunta 3.2 el total de categorías de la calidad de vida, la percepción de la satisfacción con la vida, de la calidad de vida, de la enfermedad, de la satisfacción con la vida y la percepción de la enfermedad y, por último, en la pregunta 3.3. fue posible obtener como variables predictoras el total de categorías de la calidad de vida y la edad. En el tema de la felicidad surgen como variables predictoras el total de categorías de la felicidad en todas las preguntas y la orientación vital en la pregunta 4.2. Para el tema de la satisfacción con la vida, pregunta 5.1, las únicas variables predictoras son el total de categorías de la satisfacción con la vida y la orientación vital, en la pregunta 5.2 nuevamente el total de categorías de la satisfacción con la vida y en la pregunta 5.3 total de categorías de la satisfacción con la vida, la calidad de vida y la percepción de la enfermedad. Para el optimismo, pregunta 6.1, exceptuando la calidad de vida, todas las otras variables son predictoras del optimismo, en la pregunta 6.2, exceptuando la calidad de vida, nuevamente todas las otras variables son predictoras y en la pregunta 6.3, exceptuando la calidad de vida y la satisfacción con la vida todas las otras variables se mostraron predictoras. En el estrés, en la pregunta 7.1 surgen como variables predictoras el total de categorías del estrés y la percepción del estrés, en la pregunta 7.2, el total de categorías del estrés, la percepción del estrés y la espiritualidad y en la pregunta 7.3 el total de categorías del estrés, la percepción del estrés, la percepción de la calidad de vida, de la enfermedad, de la felicidad y la percepción de la satisfacción con la vida. Cabe señalar que en todos los análisis, la variable independiente que surge más veces como predictora es el total de categorías.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- En lo que se refiere al modelo de la regresión logística binaria, los resultados se revelaron muy frágiles y poco conclusivos, tal como en los análisis discriminantes.

Las regresiones logísticas binarias se realizaron entre las veintiséis categorías más expresivas y las percepciones de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés, tal como todos los otros análisis. De los veintiséis análisis realizados, en quince de ellos no fue posible encontrar un modelo final estadísticamente significativo. Es decir, de las siete percepciones consideradas, ninguna parece ser capaz de prever si un individuo podrá o no mencionar la citada categoría analizada. Sin embargo, hubo modelos que fueron estadísticamente significativos y retuvieron algunas percepciones (máximo 3), aunque la probabilidad de que los individuos mencionasen esta categoría fuese muy limitada. De un modo general, el análisis del pseudocoefficiente de determinación de Nagelkerke realizado en los diferentes tests, permitió concluir que la magnitud de efecto del modelo en análisis, en general, era débil. Destacan, de este modo, los siguientes resultados: para el tema de la salud, pregunta 1.1, las variables predictoras que se retuvieron fueron las percepciones de enfermedad y optimismo, en la pregunta 1.2 y 1.3, no se retuvo ningún modelo estadísticamente significativo; para el tema de la enfermedad, pregunta 2.,1 destacaron como variables predictoras la calidad de vida y la percepción del estrés, en la pregunta 2.2 el total de categorías de la enfermedad y la percepción del optimismo y en la pregunta 2.3 el total de categorías de la enfermedad y la edad; en el tema de la calidad de vida, preguntas 3.1. y 3.3, no fue posible encontrar ningún modelo final estadísticamente significativo, aunque en la pregunta 3.2 las variables predictoras hayan sido la percepción de la enfermedad, de la satisfacción con la vida y la percepción de la salud; en el tema de la felicidad, en ninguna de las preguntas fue posible encontrar un modelo final estadísticamente significativo; en la satisfacción con la vida, solamente fue posible encontrar un modelo estadísticamente significativo para la pregunta 5.3, siendo la variable predictora encontrada, la percepción de la enfermedad. Para el tema del optimismo, en ambas preguntas, la variable predictora que se retuvo fue la percepción del optimismo; en el último tema, el estrés solamente en la pregunta 7.3 fue posible encontrar como variables predictoras la percepción del optimismo y de la felicidad.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- En lo que se refiere a los datos procedentes de las percepciones (parte cuantitativa del estudio), fue posible comprobar cómo percibían los encuestados su estado de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés. En el tema de la salud, cuando se les pregunta sobre la percepción que tienen de su salud, aproximadamente la mitad, un 48,0% de los individuos tiene una opinión neutra (ni buena, ni mala), siendo la opinión "buena" la segunda más representada con un 37,3% de las respuestas. A su vez, la categoría "muy mala" es claramente la menos representativa con un 2,3%. Cuando se correlacionan con las variables sociodemográficas, se constata que los hombres tienden a considerarse con más salud que las mujeres, que existe una débil tendencia a que la percepción de la salud sea menor en la medida en que la edad es mayor, que existe una tendencia aunque débil también a que la percepción de salud sea mayor en la medida en que el grado de escolaridad es mayor y, por último, que los encuestados integrados en la escuela de adultos tienden a considerarse con más salud que los que no se encuentran integrados en esa institución, datos corroborados por los estudios de Abellán (2003) y de Lebrão (2005).

En cuanto a la percepción de la enfermedad, la mayoría de los encuestados, un 62,3%, se considera poco enfermo, siendo la opinión "nada" enfermo la segunda más representada con un 22,3%. A su vez, cuando se analizaron las respuestas referentes a la percepción de enfermedad, teniendo en cuenta algunas variables demográficas, se concluye que existe una tendencia débil a que la percepción de enfermedad sea mayor en la medida en que la edad es mayor, que existe una tendencia débil a que la percepción de enfermedad sea menor en la medida en que el grado de escolaridad es mayor y que los encuestados integrados en la escuela de adultos tienden a considerarse menos enfermos que los que no se encuentran integrados en esta institución. Las otras variables no se consideran estadísticamente significativas, datos difundidos en los estudios de Abellán (2003) y de Fonseca (2004).

Para la calidad de vida, los encuestados la califican tanto como "ni buena, ni mala" con un 46,0% o como "buena" con una expresividad del 45,0%. Teniendo en cuenta la percepción de la calidad de vida y las variables demográficas, se constató que existe una tendencia débil a que la percepción de la calidad de vida sea menor en la medida en que la edad es mayor; en comparación con los individuos que se encuentran solteros/divorciados o

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

viudos, aquellos que están casados o viviendo como pareja de hecho se consideran con una mayor calidad de vida. Asimismo, existe una tendencia, aunque débil, a que la percepción de la calidad de vida sea mayor en la medida en que el grado de escolaridad es mayor. El grupo de individuos pensionistas percibe su calidad de vida como más elevada que los que no son pensionistas, así como aquellos individuos que viven con el cónyuge o con el cónyuge y los hijos tienden a tener una calidad de vida superior con relación a los que viven solos. Los encuestados que asisten a la escuela de adultos también tienden a considerarse con más calidad de vida que los restantes. Datos corroborados por (Castellón & Romero, 2004; Ribeiro & Paul, 2011; Rubio et al., 2001).

En cuanto a la percepción de la felicidad, los datos demuestran que el 46,0% de los encuestados se consideran bastante felices, un 27,7% poco felices y un 21,7% muy felices. Cuando correlacionadas con las variables demográficas, es posible concluir que los hombres tienden a considerarse más felices que las mujeres; que existe una tendencia débil a que la percepción de la felicidad sea menor en la medida en que la edad es mayor y que, en comparación con los individuos que se encuentran solteros/divorciados o viudos, los que se encuentran casados o viviendo como pareja de hecho se consideran más felices. Asimismo, existe una tendencia débil a que la percepción de felicidad sea mayor en la medida en que el grado de escolaridad es mayor. El grupo de individuos pensionistas percibe su felicidad como mayor que los que no son pensionistas, así como los encuestados que viven con su pareja o con ésta y los hijos se consideran más felices que los que viven solos y, finalmente, los que asisten a la escuela de adultos tienden a considerarse más felices que los restantes. Únicamente no se encontraron valores estadísticamente significativos cuando se ha utilizado la variable demográfica "jubilación". Estos datos son corroborados por Vianna (2005).

Con relación a la satisfacción con la vida, un 47,3% de los encuestados se consideran bastante satisfechos, existiendo, no obstante, un 27,0% que manifestaba estar poco satisfecho y un 20,7% que se consideraba muy satisfecho. La categoría menos representada corresponde al muy satisfecho, con un 2,3% de los encuestados. Cuando se compara la percepción de la satisfacción con la vida y en función de las variables demográficas, se constata que, comparativamente con los individuos que se encuentran solteros/divorciados o viudos, aquellos que se encuentran casados o viviendo en unión de

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

hecho se consideran más satisfechos con la vida, que existe una tendencia débil a que la percepción de la satisfacción con la vida sea mayor en la medida en que el grado de escolaridad es mayor; los encuestados que viven con la pareja o con la pareja y los hijos perciben una satisfacción con la vida superior con respecto a los que viven solos, y los que asisten a la escuela de adultos también tienden a considerarse más satisfechos con la vida que los restantes, datos semejantes a los estudios de Luísa (2009) y de Paúl et al. (2005).

En lo que se refiere a la percepción del optimismo, los encuestados, más de la mitad, el 54,3% se consideran bastante o muy optimistas, existiendo, no obstante, un 23,7% que se consideran poco optimistas y un 7,7% que se consideraban como nada optimistas. Al cruzarse la percepción de optimismo con las variables demográficas, únicamente se encontraron resultados estadísticamente significativos con relación a la variable edad, pues existe una tendencia débil a que la percepción de optimismo sea mayor a medida en que la edad también es mayor, tal como se recoge en los estudios de Azevedo, 2009; Luísa, 2009 y Mesquita, 2013.

Por último, en lo que respecta a la percepción del estrés, es posible concluir que más de la mitad de los encuestados, un 51,7%, se considera poco estresado, existiendo un 19,0% que se consideraba bastante estresado y un 6,3% muy estresado. Hay que observar también, que un 14,0% de los encuestados mencionaron que no se sentía nada estresado. Cuando se comparan las variables sociodemográficas con la percepción del estrés, los resultados estadísticamente significativos surgen con respecto al grado de escolaridad y a la condición de pensionista. De este modo, se apreció una tendencia débil a que la percepción del estrés es menor en la medida en que la edad es mayor, así como el grupo de individuos pensionistas se considera menos estresado que los no pensionistas, datos corroborados por Araújo (2001) y Neri (2003).

Por último, al elaborar un estudio correlacional entre las percepciones de salud, enfermedad, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida, optimismo y estrés, se constató que: existe una correlación positiva fuerte entre la satisfacción con la vida y la felicidad pues, a medida que la felicidad es mayor, la satisfacción con la vida también es mayor; existe una correlación positiva moderada entre la satisfacción con la vida y la calidad de vida; existe una correlación positiva moderada entre la calidad de vida y la felicidad; existe una correlación negativa moderada entre la enfermedad y la salud, pues, a

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

medida que la percepción de enfermedad es más acentuada la percepción de salud es menor; y que existe una correlación positiva moderada entre la calidad de vida y la salud, a medida que la calidad de vida es mayor la percepción de salud es también mayor. Todas las variables correlacionadas se influyen mutuamente.

Este conjunto de datos está corroborado por un conjunto de estudios de diferentes autores, como por ejemplo de Abellán, 2003; Cafra, 1997; Castellón et al., 2011; Ferraz & Peixoto, 1993; Mesquita, 2013 y Vianna, 2005.

- Los resultados derivados del análisis de los instrumentos de calidad de vida, satisfacción con la vida, espiritualidad y orientación vital permiten concluir que, al analizar comparativamente las cinco dimensiones que componen el instrumento de calidad de vida, la denominada enfermedad es la que presenta la media más baja y la dispersión más elevada, seguida del bienestar psicológico. Por otro lado, las dimensiones con valores medios más elevados son las correspondientes a la vida independiente y las relaciones sociales y sentidos. Con respecto al total de la escala, esta presenta una media de 2,47 ( $DE = 0,30$ ), valor que parece ser relativamente elevado. Los resultados obtenidos a través de la escala de satisfacción con la vida revelan que los valores encontrados cubren toda la amplitud de la escala (5 a 25). La media fue del 17,26, siendo el desvío estándar de 4,55. Cuando se analizan los resultados del instrumento de espiritualidad y teniendo en cuenta las dos dimensiones que lo integran, se constata que la referente a la esperanza y optimismo tienen una media un poco más baja que la relativa a las creencias. Con respecto al total de la escala, su media es de 2,53 ( $DE = 0,69$ ), siendo este un valor mediano. Los resultados obtenidos a través del test de orientación vital revelan que el valor más pequeño observado fue de 6 (valor mínimo posible = 0), mientras que el más elevado fue de 23 (valor máximo posible = 24).

La media obtenida fue de 14,03, siendo el desvío estándar de 2,87. Por último, y teniendo en cuenta los datos del estudio correlacional entre los varios instrumentos se concluyó que existe: una correlación positiva de magnitud débil entre la calidad de vida y la satisfacción con la vida, es decir, a medida que la calidad de vida es mayor la satisfacción con la vida también es mayor; una correlación positiva, también de magnitud débil, entre la calidad de vida y la orientación vital; una correlación positiva débil entre la satisfacción con

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

la vida y la espiritualidad; una correlación positiva débil entre la satisfacción con la vida y la orientación vital, y que ha una correlación positiva débil entre la espiritualidad y la orientación vital. Hay que señalar que todas las variables correlacionadas se influyen mutuamente. Estos datos también se confirman por los estudios de Barros, 2008; Luísa, 2009 y Mesquita, 2013.

Cuando se analizan los resultados de forma conjunta, se constata que son muy cercanos y complementarios. Destaca, por ejemplo, el resultado final de la escala de calidad de vida, que presenta un valor relativamente elevado y la percepción de los individuos, pues un 45% consideran su calidad de vida como buena. La calidad de vida para los ancianos encuestados se traduce en tener salud, dado que esta ha sido la categoría más expresiva, constituyendo un dato confirmado, pues un 48% revela que su salud es “ni buena ni mala” y un 37,5% afirman que es “buena”. Se concluye de esta forma que para que exista calidad de vida es necesario tener salud. Asimismo, los resultados de la escala de satisfacción con la vida se revelaron positivos, pues ésta presentó una media global de 17,26. Estos datos se confirmaron por la percepción que mencionaron los ancianos, ya que un 47,3% se considera bastante satisfecho con la vida y un 20,7% muy satisfecho. Estos datos también parecen interesantes si se piensa que la satisfacción con la vida, según las categorías señaladas por los encuestados, pasa por preguntas vinculadas con la salud y actitudes comportamentales. Por último, el Test de Orientación Vital presenta una media de 14,03, valor moderado que se refleja en la percepción que los individuos presentan de su optimismo, pues el 31,3% se considera bastante optimista y un 23,0% muy optimista.

Otro dato interesante será verificar que, para las preguntas 1.1., 2.1 y 7.1, la categoría más destacada fue la categoría psicológica, lo que lleva a concluir que, según los ancianos en estudio, la salud, la enfermedad y el estrés se definen por preguntas vinculadas al componente psicológico, en el caso de la enfermedad y del estrés por componentes negativos (estar triste, falta de alegría, falta de ganas de actuar, etc.) y en la salud por preguntas positivas, (como sentirse feliz, tener ganas de vivir, tener una vida tranquila, etc). La calidad de vida y la satisfacción con la vida se definen por la categoría salud, dado que existe una proximidad entre ambas variables, corroboradas por la existencia de una correlación positiva moderada entre la satisfacción con la vida y la calidad de vida,

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

teniendo en cuenta el análisis de las percepciones. Por último, cabe destacar el hecho de que la categoría comportamental se señale siete veces y que esté siempre asociada a las preguntas operacionales, de intervención, conducta individual o colectiva (lo que se puede hacer; lo que hacen las personas; lo que se suele hacer). Los individuos tienen conciencia, según el análisis de las categorías y de los temas que, su postura frente a la vida y a las situaciones en general, les podrá favorecer y, en algunos casos, si tienen comportamientos nocivos, les perjudicarán. También tendrá que considerarse que existen conceptos muy cercanos conceptualmente y que, también para los encuestados, cuando se les pregunta por los mismos los definen así, concretamente el concepto de calidad de vida y satisfacción con la vida, donde la categoría salud destaca igualmente.

No obstante, también hay datos que se encuentran en una línea de orientación opuesta, es decir, se analizan en la pregunta 6.1 - *De forma breve y concisa, díganos qué es el optimismo o ser optimista*”, la categoría más expresiva fue la categoría no sabe con un 27,7% de las respuestas, sin embargo cuando se les pregunta con relación a su percepción, en qué medida son optimistas, el 54,3% se consideran bastante o muy optimistas. Estos datos se vuelven inquietantes, pues parece que existe una falta de conocimiento por parte de los ancianos sobre el tema en cuestión.

Para terminar, basta con señalar que las conclusiones mencionadas se asumen como las más expresivas y características derivadas de la investigación efectuada.

## **Referências**

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Mult.Gerontol*, 13, 340-342.
- Andrade, F. (2002). *Uma experiência de solidariedade entre gerações – contributos para formação pessoal e social dos alunos de uma escola secundária* (1ª edição). Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Andrade, O. (2003). *Representações sociais de saúde e de doença na velhice*. Maringá, 25 (2), 207-213.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). *Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos*. *Millenium*, 40: 185-199.
- Andrews, F. M. (Ed.) (1986). *Research on the quality of life*. Institute for Social Research, University of Michigan, Michigan.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social Indicators of Well-being: American's perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Araújo, M. (2001). *Velhice e stress: desafios contemporâneos*. (Curso de Especialização em Gerontologia). Brasil: Universidade Federal de Paraíba.
- Arroteia, J. & Cardoso, A. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: Responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24.
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *Journal of Gerontology*, 52B, 15-27.
- Argyle, M. & Furnham, A. (1983). Sources of satisfaction and conflict in lay-term relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 481-493.
- Azar, F. & Andreu, M. (2005). Calidad de vida de las personas mayores. In Hermandis, S. & Martínez, M. (Directs.). *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall, SA.
- Ball, M., Whittington, J., Perkins, M. & Patterson, V. (2000). Quality of life in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 19. 204-325.
- Baltes, M. (1995). Dependency in old age: gains and losses. *Psychological Science*, 4, 14-19.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Canada: Cambridge University Press, 1-34.
- Baltes, M. & Carstensen, L. (1996). The process of successful again. *Ageing e Society*, 16, 397-422.
- Baltes, P. & Mayer, K. (Eds.). (1999). *The berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge: University Press.
- Baltes, P.B., Staundinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annual Reviews*, 50, 471-507.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age*. Acedido a 29 de Abril, 2011, do website: <http://www.valenciaforum.com>.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Barros, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: ASA Edições.
- Barros, J. (2005). Motivação intrínseca/extrínseca na vivência religiosa: uma escala revisada. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9(2), 453-475.
- Barros, J. (2007). Espiritualidade e religião – tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 42, 133-145.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do idoso. Temas complementares*. Porto: Livpsic Edições de Psicologia.
- Batista, F. (2009). *O Otimismo à luz da psicologia positiva*. Revisão bibliográfica. Universidade Católica Portuguesa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berger, L. & Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. & Schroots, J. (2001). The history of geropsychology. In Birren & Schain (Eds.). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic press.
- Bhattacharjee, A., Bolton, L. & Reed, A. (n.d.). *License to lapse: Lay theories and healthy Lifestyle Behavior*.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Black, T. & Hair, A. (1998). *Análise multivariada de dados*. São Paulo: Armed Editora.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago.
- Brady, N. (n.d.). *Well-Being, romantic relationships, and lay theories*. University of British Columbia Okanagan.
- Benveniste, J., Lecouteur, A. & Hepworth, J. (1999). Lay theories of anorexia nervosa, a discourse analytic study. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 59–69.
- Brewer, E.D.C. (1979). Life stages and spiritual wellbeing. In D.O. Moberg (Ed.). *Spiritual Well-Being, Sociological Perspective*. Washington, DC: University Press.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease specific quality of life Measurement Scales*. Open University Press, Maidenhead, Berkshire.
- Bowling, A. (2005). *Aging well. Quality of life in old age*. Open University Press, Maidenhead, Berkshire.
- Bowling, A. & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27, 827–848.
- Brown, J., Bowling, A. & Flynn, T. (2004). *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. University of Sheffield: European Forum on Population Ageing Research.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 31, 117–124.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- Campbell, A. (1983). Informal support networks among the elderly. *Research on Aging*, 5 (1) 77-100.
- Capra, F. (1997). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Carver, C., Scheier, M. & Miller, F. (2009). Optimism. In C. Snyder & Lopez. (Eds.). *Oxford Handbook of Positive Psychology*, 303-311.
- Caspi, A. & Elder, G. (1986). Life satisfaction in the old age: liking social psychology and history. *Psychology and Aging*, 1, 18-26.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Castellón, A., Pino, S. & Aleixandre, M. (2001). Calidad de vida y salud. *Revista Mult. Gerontol*, 11, 12-19.
- Castellón, A. & Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Mult. Gerontol*, 14, 131-137.
- Castro, R. (1995). *Etude de la participation des recepteurs centraux de la serotonine du type 5-HT1B dans les reactions cerebrales au stress et dans les mecanismes d'action des antidepressifs*. (Tese de Doutorado). Universidade Pierre et Marie Curie, Paris.
- Chekola, M.G. (1975). *The Concept of happiness*. (Doctoral dissertation). University of Michigan.
- Çirakoglu, O., Kokdemir, D., & Demirutku, K. (2003). Lay theories of causes and cures for depression in a Turkish University sample. *Social Behavior and Personality*, 31(8), 795-806.
- Clemente, F. & Sauer, J. (1976). Life satisfaction in the United States. *Social Forces*, 54, 621–631.
- Crandall, C. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. In T. Heatherton, R. & Helb, M. & Hull, J. (Eds.). *The Social Psychology of Stigma*. New York.
- Cole, T. & Bradac, J (sd). *A lay theory of relational satisfaction with best friends*. University of California at Santa Barbara.
- Corteletti, I., Casara, M. & Herédia, V. (Orgs.). (n.d.). *Idoso asilado: Um estudo gerontológico*. Edipucrs.
- Costa, P. & McCrae, R. (1980). Influence of extroversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and Unhappy People'. *Journal of Personality and Social Psychology* 38, 668–678.
- Costa, P. & McCrae, R. (1991). Personality continuity and the changes of adult life. In storandt, M. & Vandebos, G. (Eds.). *The adults years: continuity and change*. Washington.
- Csikszentmihalyi, M.(1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy. *American Psychologist*, 54, 821–827.
- Cupertino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva dos indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81-86.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and proposal for a national index. *American Psychologist*, 55.
- Diener, E. & Emmons, R.A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 38, 668–678.
- Diener, E., Emmons, A., Larsen, J. & Griffin. (1985). The satisfaction with life scale: *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dweck, S., Chiu., C. & Hong, Y. (1995), “Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A World from Two Perspectives”. *Psychological Inquiry*, 6, 267–85.
- Elkins, D.N., Hedstrom, L.J., Hughes, L.L., Leaf, J.A. & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 5–18.
- Emmons, A. & Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin* 11, 89–97.
- Erikson, H. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Estes, D. & McMahan, E. (2011). Age-related differences in lay conceptions Of well-being and experienced well-being. *Journal Happiness Stud* (2012) 13:79–101.
- Eysenck, H.J. (1983). *I do: your guide to a happy marriage*. London.
- Eysenck, M. (1990). *Happiness, facts and myths*. London.
- Faria, M. (1999). Teste de orientação de vida (Otimismo disposicional) LOT –R In Soares, A., Araújo, S. & Caíres, S. (Orgs.). *Avaliação Psicológica, Formas e Contextos*. Braga: APPORT. VI, 180-188.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales. *Intervención psicosocial*, 6, 21-37.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Presentación. In Fernández-Ballesteros (Ed.), *Viver com vitalidad - Envejecer bien. Qué es y como lograrlo*, I, Madrid: Ediciones Pirámide.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Fernández-Ballesteros, R. & Maciá, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención psicosocial*, 5, 77-94.
- Fernández, J. & Martínez (2000). Análisis discriminante. In Martínez, T. (Coord.). *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fernández, G., Pérez, F., Garcia, A. & Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 43-46.
- Ferraz, A. & Peixoto, M. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista Esc. Enf. USP*, 31, 316-318.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Filhó, J. & Sarmiento S. (2004). *Envelhecer bem é possível – cuidando de nossos idosos na família e na comunidade*. São Paulo: Edições Loyola.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2006). “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. *Psychologica*, 42, 45-70.
- Fonseca, Paúl, Teles, Martins, Nunes & Caldas. (2009). *Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (IAQdV): Estudo de Validação*. Universidade Católica Portuguesa.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova Iorque. Spinger Publishers Co.
- Fontes, L. (1997). O papel do médico de família na avaliação e acompanhamento do doente idoso. *Geriatrics*. Ano X. Vol.X. nº97.
- Frosch, L., Kimmel, S. & Volpp, K. (2008). “What role do lay beliefs about hypertension etiology play in perceptions of medication effectiveness?”. *Health Psychology*, 27 (3), 320–26.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Furnham, A. (1988). *Lay theories: everyday understandings of problems in the social sciences*. New York: Pergamon Press.
- Furnham, A. (1995). Lay beliefs about phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 518–525.
- Furnham, A. & Anthony, E. (2010). Bipolar disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3): 255–269.
- Furnham, A. & Bower, P. (1992). A comparison of academic and lay theories of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 161: 201-210.
- Furnham, A. & Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227–246.
- Furnham, A. & Henderson, M. (1983). Lay theories of delinquency. *European Journal of Social Psychology*, 13, 107–120.
- Furnham, A. & Hume-Wright, A. (1992). Lay theories of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 20–37.
- Furnham, A. & Kuyken, W. (1991). Lay theories of depression. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6(2), 329–342.
- Furnham, A.; Lester, D. & Knight, M. (1999). *Lay Theories of suicide*. Center for the Study of Suicide, Blackwood, NJ, USA.
- Furnham, A., & Lowick, V. (1984). Lay theories of the causes of alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 319–322
- Furnham, A., Pereira, E. & Rawles, R. (2001). Lay theories of psychotherapy: perceptions of the efficacy of different ‘cures’ for specific disorders. *Psychology, Health and Medicine* 6, (1), 77-84.
- Furnham, A. & Taylor, L. (1990). Lay theories of homosexuality: Aetiological behaviours and “cures”. *British Journal of Social Psychology*, 29, 135–147.
- Furnham, A. & Thomson, L. (1996). Lay theories of heroin addiction. *Social Science and Medicine*, 43, 29–40.
- Furnham, A. & Weir, C. (1996). Lay theories of child development. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*. 157, (2) 211 – 226.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- García Martín, A. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bien-estar subjetivo: un análisis conceptual. *Educación física y deportes. Revista digital*, 8, 489.
- Goldstein, L. (1995). *Estresse, enfrentamento e satisfação com a vida entre idosos: um estudo de envelhecimento bem-sucedido*. (Tese de Doutorado). Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Grinberg, A. & Grinberg, B. (1999). *A arte de envelhecer com sabedoria*. Livraria Nobel SA. Acedido no dia 10 de Janeiro de 2013 no website <http://books.google.pt/books?id=2zGplFvCcYMC&pg=PA93&lpg=PA94&dq=Otimismo+em+peessoas+idosas&hl=ptPT#v=onepage&q=Otimismo%20em%20peessoas%20idosas&f=false>.
- Hébert-Lessard, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York: Wiley.
- Higgs, H, Wiggins, R. & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: the importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37, 239–52.
- Highfield, M. & Cason, C. (1983). Spiritual needs of patients: are they recognized? *Cancer Nursing*, 6, 187–192.
- Hong, Y.-Y., Levy, S.R. & Chiu, C.-Y. (2001). The contribution of the lay theories Approach to the study of groups. *Personality and Social Psychology Review*, 5, (2), 98-106.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L. & Stollenwerk, R. (1985). Spiritual well-being in older adults: harmonious interconnectedness. *Journal of Religion and Health* 24(2), 147–153.
- IMSERSO (2002). *Informe 2002. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estimativas provisórias de população residente – Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos de 2001 – resultados definitivos*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos de 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: INE.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Igou, E. (2003). *Lay theories in affective forecasting: the progression of affect*. Department of Psychology, New York University.
- Inouye, K. & Pedrazzani, E. (2007). Nivel de instrucción, socioeconómico y evaluación de algunas dimensiones de la calidad de vida de octogenários. *Revista Latinoamericana, n.15*.
- Jorm, F. (2000). “Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders,” *British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton
- Kruzich, Clinton & Kleber (1992). Personal and environmental influences on nursing home satisfaction. *The gerontologist*, 32. 342-350.
- Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press and adaptation of older people. In Lawton, M. P., Windley, P. G. and Byerts, T. O. (Eds.). *Aging and environment. Theoretical approaches*. New York.
- Lawton, P. (1983). The varieties of wellbeing. *Experimental Aging Research*, 9, 65-72.
- Lawton, M. P. (1983a). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23, 349–57.
- Lawton, M. P. (1983b). The varieties of wellbeing. *Experimental Aging Research*, 9, 65–72.
- Lawton, M. P. (1991). *A multidimensional view of quality of life in frail elders*, In Birren.
- Lawton, M. P. (1996). Quality of life and affect in later life. In Magai, C. and McFadden, S. H. (Eds.). *Handbook of emotion, human development, and aging*. Academic Press, San Diego, CA. 327–48.
- Lam, C. (2010). Chinese lay theory and mental illness stigma: implications for research and practices. *Journal of Rehabilitation*, 1.
- Laranjeiro, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Univ. Psychol*, 7.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology* 33, 109–125.
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Leal, I. (2010). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Lisboa: Placebo Editora, Lda.
- Leandro, P., Pelechano, V. & García, L. (2008). Concepción lega de sábio, inteligente y listo en adolescentes. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), 495-508.
- Lebrão, M. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 8 (2), 127-41.
- Levy, S.R., West, T.L. & Ramirez, L. (2005). Lay theories and intergroup relations: A social-developmental perspective. *European Review of Social Psychology*, 16, 189-220.
- Levy, S.R., Chiu, C. & Hong, Y. (2006). Lay theories and intergroup relations. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9, (1), 5–24.
- Levin, J. (2001). *Deus, fé e saúde. Explorando a conexão espiritualidade cura*. São Paulo: Editora Pensamento Cultrix.
- Lima, A. (2001). A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UNTI/UERJ. In Veras, P. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UNATI – EURJ.
- Lipp, M. et al. (1993). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone.
- Luísa, C. (2009). *Qualidade de vida em pessoas idosas – relação entre a auto-estima, a satisfação com a vida, o optimismo e o suporte social*. (Tese de Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade de Huelva.
- Lubben, J.; Rowe, J., & Deutchman, D. (Eds.). The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. *Academic Press*, San Diego, CA, 4–27.
- Luz, M. & Amatuzzi, M. (2008). Vivências de felicidade em pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 303-307.
- Manber, R., Andrea S. Chambers, K. Hitt, M., Pedro Delgado, & John, A. (2003). “Patients’ Perception of their depressive illness”. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 335–43.
- Matos, A. & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento de uma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21, 243-.253.
- Macsinga, I. (2011) Romanian adolescents’ lay theory on Mental illness. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 11, No. 2, 237-252.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mathias, F. (2001). *A saúde do idoso em Maringá: análise do perfil de sua morbimortalidade*. (Tese de Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Martínez-Vizcaíno, V. & Lozano, A. (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca. Ediciones de la universidad de Castilla-la Mancha.
- Mccurdy, P. (2011). Theorizing “lay theories of media: A case study of the dissent! *International Journal of Communication* 5, 619–638.
- McFadden, S. (2005). Points of connection: Gerontology and the psychology of religion. In R. Paloutzian & Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press.
- Meléndez, J.C., Navarro, E., Olivier, A. & Tomás, J. M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sóciodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95, 29-42.
- Mesquita, Z. (2013). *Institucionalização, satisfação e qualidade de vida do idoso*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve.
- Minois, G. (1999). *História da velhice no Ocidente*. Lisboa: Teorema.
- Molden, Daniel C. & Carol S. Dweck (2006). “Finding “Meaning” in psychology: A lay theories approach to self-regulation, social perception and social development”. *American Psychologist*, 61, 192–203.
- Moreno, M. (1999). *Avaliação dos sintomas do stress no idoso*. (Trabalho de conclusão de curso - graduação em psicologia) – Centro Universitário de João Pessoa.
- Moura, C. (2006). *Século XXI, século do envelhecimento* (1ª edição). Lisboa: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Mueller, P., Plevak, D., & Rummans, T. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clinics Proceedings*, 76, 1225-1235.
- Muldoon, M. & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of Religion and Health*, 34(4), 329–349.
- Nacarato, A. (1995). *Stress no idoso — efeitos diferenciais da ocupação profissional*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da PUC. Campinas.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Neri, L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus, 1993. OPS – ORGANIZACIÓN.
- Neri, L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In Neri, L. (Ed.). *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas: S P Papirus.
- Neto, F. & Monteiro, H. (2008). *Universidades de terceira idade – Da solidão à motivação*. Porto: LIVPSIC.
- Neto, F., Barros, J. & Barros (1990). Satisfação com a vida. In Almeida, L., Santiago, R., Silva, P., Caetano, O. & Marques, J. (Eds.). *Acção educativa. Análise psico-social*. Leiria: ESEL/APPORT, 105-107.
- Neugarten, B. & Tobin, S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*, 16, 134-143.
- Nisbett, R. & Wilson, T. (1977). “Telling more than we can know: verbal reports on mental processes”. *Psychological Review*, 84 (3), 231–59.
- Nordby, H. (2008). Medical explanations and lay conceptions of disease and illness in doctor–patient interaction. *Theor Med Bioeth*, 29, 357–370
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres de idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic Editora.
- Pais- Ribeiro, J. & Pinto, C. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pais-Ribeiro J. & Pombeiro T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In Pais-Ribeiro, J. & Leal I. (Eds.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.757-69.
- Pais-Ribeiro, J. & Pedro, L. (2006). Contribuição para análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação para a vida – revista) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Ribeiro & S. Jesus (Eds.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia: Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA Edições.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos. O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida, idosos, família e meio ambiente*. Porto: Almedina.
- Paúl, C. (2002). *Bem-estar e satisfação de vida em idosos: uma questão para a educação Social*. Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords.). (2005). *Envelhecer em Portugal* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Coords.). *Envelhecer em Portugal*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Passareli, P. M. & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estud. psicol. (Campinas)* 24 (4), 513-517. Acedido no dia 14 de Janeiro de 2013 no website. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X200700040001>.
- Pelechano, V. (2010). Unas notas acerca de la psicología lega y modelos asimilados. *Análisis y modificación de conducta*, 36,(135).
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família, Contextos e Trajectórias* (2ª edição). Lisboa: Quarteto.
- Pinto, A. & Silva, A. (2005). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal of Gerontology. B. Social Sciences*, 56, 195-231.
- Popay, J. & Williams, G. (1996). Public health research and lay knowledge. *Social Science and Medicine*, 42 (5), 759–68.
- Portela, C. & Pires, C. (2007). *Psicologia diferencial: os vários temas deste ramo da psicologia*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Queiroz, M.S. (1991). *Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e paciente do SUDS*. Campinas: Editora Unicamp.
- Queiroz, J. & Trinca, F. (1983). Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista Brasileira. Enf.*, 36, 95-106.
- Quivy, R. & Champenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Raghunathan, R., Rebecca, N. & Wayne D. Hoyer (2006). The unhealthy tasty intuition and its effects on taste inferences, enjoyment, and choice of food products. *Journal of Marketing*, 70, 170–84.
- Ramírez, L. & Levy, S. (2010). Sentido común y conflicto: impacto de las teorías legas sobre relaciones intergrupales. *Universitas Psicológica*, 9 (2), 331-343.
- Ramos, M. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, n.7.
- Reis, J. & Fradique, F. (2004). Significações leigas de saúde e de doença em adultos. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 475-485.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Rosenberg, M. (1986). Self-esteem research. A phenomenological corrective. *School Desegregation Research: New Directions in Situational Analysis*, Plenum Pub. Corp., 175-203.
- Rubio, R., Aleixandre, M. & Cabezas, J. (2001). Calidad de vida y diferencias en función del sexo. *Revista Mult. Gerontol*, 11,173-180.
- Russell, G., Kelly, S. & Golding, J. (2009). A qualitative analysis of lay beliefs about the aetiology and prevalence of autistic spectrum disorders. *Child: care, health and development*, 36, (3): 431–436.
- Santos, A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. (Tese de licenciatura). Universidade Fernando Pessoa.
- Sarvima, A. & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025–33.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063- 1078.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Scheier, M., Carver, C. & Br, M. (2001). Optimism, pessimism, and psychological wellbeing. In E. Chang (Ed.). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Seifert, L. (2002). Toward a psychology of religion, spirituality, meaning-search, and aging: Past research and a practical application. *Journal of Adult Development*, 9 (1), 61-70.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: using the new positive psychology to realize your potencial for lasting fulfilment*. Nova York: The Free Press.
- Seligman, M. (2000). Optimism, Pessimism and Morality. *Mayo Clinic Proceedigns*. V. 75(2), 133-134.
- Simões, A. (1992). *Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS)*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI (3), 503-515.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice, um novo público a educar* (1ª edição). Porto: AMBAR.
- Sommers, S. & Norton, M. (2006). *Lay theories about white racists: what constitutes racism (and what doesn't)*. London: SAGE Publications.
- Subas, F. & Hayran, O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41.
- Tamer, N.L. & Petriz, G. (2005). A qualidade de vida dos idosos. In Osório, A. R. & Pinto, F. C. (Coords.). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget, 181-201
- Teixeira, M., Schulze, C. & Camargo, B. (2002). Representações sociais sobre saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359.
- Thoresen, C. (1999). Spirituality and health. Is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.
- Vaughan, F., Wittine, B. & Walsh, R. (1998). Psychology transpersonal and the religious person. In E.P. Shafranske (Ed.). *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 483–509.
- Vaz, C. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. (Tese de Mestrado). Lisboa. Universidade Aberta.
- Vianna, F. (2005). *A representação da felicidade no mundo ocidental*. (Tese apresentada no programa de pós-graduação). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

*“Teorías leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- Villar, F., Triadó, C., Resano, C. & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Mult. Gerontol*, 13, 152-162
- Vizcaíno, G. (2000). Regresión logística. In Martínez, T. *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Walker, R.L., Lester, D. & Joe, S. (2006). Lay Theories of Suicide: An examination of culturally relevant suicide beliefs and attributions among african americans and european americans, *Journal of Black Psychology*, 32 (3), 320-334.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*.  
Bóston. Little, Brown.
- Wegener, D. T., & Petty, R. E. (1998). The naive scientist revisited: Naive theories and social judgment. *Social Cognition*, 16, 1-7.
- Zirmerman, I. (2000). *Velhice - Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

## **Anexos**

**Anexo I – Índice de figuras**

<b>Figura 1.</b> Evolução da população residente em Portugal, 1981- 2011.....	32
<b>Figura 2.</b> Estrutura da população residente por grupos etários, por NUTS II, em 2011.....	34
<b>Figura 3.</b> Índice de envelhecimento, por NUTS II, em 2011.....	36
<b>Figura 4.</b> Diagrama de barras do estado civil dos inquiridos.....	92
<b>Figura 5.</b> Diagrama de barras da escolaridade dos inquiridos. ....	93
<b>Figura 6.</b> Diagrama de barras da(s) pessoa(s) com quem os inquiridos residem. ....	93
<b>Figura 7.</b> Diagrama de barras do local de residência dos inquiridos.....	94
<b>Figura 8.</b> Diagrama de barras do contexto onde os inquiridos se encontram inseridos.....	94
<b>Figura 9.</b> Diagrama de barras da perceção de saúde dos inquiridos.....	254
<b>Figura 10.</b> Diagrama de barras da perceção de doença dos inquiridos.....	255
<b>Figura 11.</b> Diagrama de barras da perceção de qualidade de vida dos inquiridos.....	256
<b>Figura 12.</b> Diagrama de barras da perceção de felicidade dos inquiridos.....	257
<b>Figura 13.</b> Diagrama de barras da perceção de satisfação com a vida dos inquiridos.....	258
<b>Figura 14.</b> Diagrama de barras da perceção de otimismo dos inquiridos.....	259
<b>Figura 15.</b> Diagrama de barras da perceção de stress dos inquiridos.....	260
<b>Figura 16.</b> Diagrama de linha das médias do instrumento de avaliação de qualidade de vida.....	263
<b>Figura 17.</b> Histograma da escala de satisfação com a vida.....	264
<b>Figura 18.</b> Diagrama de linha das médias da escala de espiritualidade.....	264
<b>Figura 19.</b> Histograma do teste de orientação vital.....	265

**Anexo II – Índice de tabelas**

<b>Tabela 1.</b> População residente e taxa de variação, por Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS) II, 1991, 2001 e 2011.....	33
<b>Tabela 2.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 1.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a saúde ou ser saudável?”.....	104
<b>Tabela 3.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 1.2 - “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?” .....	105
<b>Tabela 4.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 1.3 - “O que faz para se manter saudável?” .....	106
<b>Tabela 5.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 2.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?” .....	107
<b>Tabela 6.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 2.2 - “O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?”.....	108
<b>Tabela 7.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 2.3 - “O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?”.....	109
<b>Tabela 8.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 3.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida?” .....	110
<b>Tabela 9.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 3.2 - “Quais as coisas que são mais importantes para termos uma boa qualidade de vida?”.....	111
<b>Tabela 10.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 3.3 - “Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?”.....	112
<b>Tabela 11.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 4.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?” .....	113
<b>Tabela 12.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 4.2 - “Quais as coisas importantes para se sentir feliz?”.....	114
<b>Tabela 13.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 4.3- “Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?” .....	115
<b>Tabela 14.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 5.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?”.....	116

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 15.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 5.2- “Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?”.....	117
<b>Tabela 16.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 5.3 - “Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida? .....	118
<b>Tabela 17.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 6.1- “De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?” .....	119
<b>Tabela 18.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 6.2- “Quais são as coisas importantes para ser optimista?” .....	120
<b>Tabela 19.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 6.3- “Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?” .....	121
<b>Tabela 20.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 7.1 - “De forma breve e concisa, diga-nos o que é o stress ou ser stressado?” .....	122
<b>Tabela 21.</b> Análise descritiva da categorização referente à questão 7.2- “Quais as coisas que influenciam o facto de uma pessoa esteja ou se sinta stressada?” .....	123
<b>Tabela 22.</b> Análise descritiva da categorização “referente à questão 7.3- “Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado?” .....	124
<b>Tabela 23.</b> Categorias mais expressivas (com um valor igual ou superior a 30% e nas situações em que esse número não foi atingido foi tido em conta o valor mais elevado) por dimensão/questão.....	126
<b>Tabela 24.</b> Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Características Sociodemográficas .....	128
<b>Tabela 25.</b> Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Características Sociodemográficas .....	129
<b>Tabela 26.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.1), por Idade, Perceções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital .....	130
<b>Tabela 27.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Características Sociodemográficas .....	131

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 28.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital .....	132
<b>Tabela 29.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Características Sociodemográficas .....	133
<b>Tabela 30.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Saúde (Questão 1.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital .....	134
<b>Tabela 31.</b> Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Características Sociodemográficas .....	135
<b>Tabela 32.</b> Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Características Sociodemográficas.....	136
<b>Tabela 33.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.1), por Idade Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital .....	137
<b>Tabela 34.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Características Sociodemográficas.....	138
<b>Tabela 35.</b> Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Características Sociodemográficas.....	139
<b>Tabela 36.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	140
<b>Tabela 37.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Características Sociodemográficas.....	141
<b>Tabela 38.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Doença (Questão 2.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital .....	142
<b>Tabela 39.</b> Categoria Saúde – Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Características Sociodemográficas.....	143

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 40.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	144
<b>Tabela 41.</b> Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Características Sociodemográficas.....	145
<b>Tabela 42.</b> Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) – por Características Sociodemográficas.....	146
<b>Tabela 43.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	147
<b>Tabela 44.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Características Sociodemográficas.....	148
<b>Tabela 45.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	149
<b>Tabela 46.</b> Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Características Sociodemográficas.....	150
<b>Tabela 47.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	151
<b>Tabela 48.</b> Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Características Sociodemográficas.....	152
<b>Tabela 49.</b> Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Características Sociodemográficas.....	153
<b>Tabela 50.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital. ....	154
<b>Tabela 51.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Características Sociodemográficas.....	155

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 52.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Felicidade (Questão 4.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	156
<b>Tabela 53.</b> Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Características Sociodemográficas.....	157
<b>Tabela 54.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1),por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	158
<b>Tabela 55.</b> Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Características Sociodemográficas.....	159
<b>Tabela 56.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	160
<b>Tabela 57.</b> Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Características Sociodemográficas.....	161
<b>Tabela 58.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	162
<b>Tabela 59.</b> Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Características Sociodemográficas.....	163
<b>Tabela 60.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	164
<b>Tabela 61.</b> Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Características Sociodemográficas.....	165
<b>Tabela 62.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	166
<b>Tabela 63.</b> Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Características Sociodemográficas.....	168

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 64.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Otimismo (Questão 6.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	169
<b>Tabela 65.</b> Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Características Sociodemográficas.....	170
<b>Tabela 66.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.1), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	171
<b>Tabela 67.</b> Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Características Sociodemográficas.....	172
<b>Tabela 68.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.2), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	173
<b>Tabela 69.</b> Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Características Sociodemográficas.....	174
<b>Tabela 70.</b> Estudo Correlacional: Total de Categorias da Dimensão Stress (Questão 7.3), por Idade, Percepções, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação Vital.....	175
<b>Tabela 71.</b> Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	179
<b>Tabela 72.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	180
<b>Tabela 73.</b> Análise Discriminante: Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções.....	181
<b>Tabela 74.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	182
<b>Tabela 75.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	183

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 76.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	184
<b>Tabela 77.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	185
<b>Tabela 78.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	186
<b>Tabela 79.</b> Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	187
<b>Tabela 80.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	188
<b>Tabela 81.</b> Análise Discriminante: Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	189
<b>Tabela 82.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	190
<b>Tabela 83.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	191
<b>Tabela 84.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	192
<b>Tabela 85.</b> Análise Discriminante: Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	193
<b>Tabela 86.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	194
<b>Tabela 87.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	195

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 88.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	196
<b>Tabela 89.</b> Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	197
<b>Tabela 90.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	198
<b>Tabela 91.</b> Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	199
<b>Tabela 92.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	200
<b>Tabela 93.</b> Análise Discriminante: Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	201
<b>Tabela 94.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	202
<b>Tabela 95.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	203
<b>Tabela 96.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	204
<b>Tabela 97.</b> Análise Discriminante: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções.....	205
<b>Tabela 98.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	206
<b>Tabela 99.</b> Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	207

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 100.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	208
<b>Tabela 101.</b> Análise Discriminante: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	209
<b>Tabela 102.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	210
<b>Tabela 103.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	211
<b>Tabela 104.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	212
<b>Tabela 105.</b> Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	213
<b>Tabela 106.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	214
<b>Tabela 107.</b> Análise Discriminante: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	215
<b>Tabela 108.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	216
<b>Tabela 109.</b> Análise Discriminante: Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	217
<b>Tabela 110.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	218
<b>Tabela 111.</b> Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	219

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 112.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	220
<b>Tabela 113.</b> Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	221
<b>Tabela 114.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	222
<b>Tabela 115.</b> Análise Discriminante: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	223
<b>Tabela 116.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	224
<b>Tabela 117.</b> Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	225
<b>Tabela 118.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	226
<b>Tabela 119.</b> Análise Discriminante: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	227
<b>Tabela 120.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	228
<b>Tabela 121.</b> Análise Discriminante: Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Total das Categorias de Saúde, Idade, Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade, Orientação Vital e Percepções .....	229
<b>Tabela 122.</b> Resultados da classificação, utilizando o método de introduzir todas as variáveis de classificação juntas.....	230
<b>Tabela 123.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Psicológica - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	233

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 124.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Ausência - Dimensão Saúde (Questão 1.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	234
<b>Tabela 125.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	235
<b>Tabela 126.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Saúde (Questão 1.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	235
<b>Tabela 127.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Psicológica - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	236
<b>Tabela 128.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Física - Dimensão Doença (Questão 2.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	237
<b>Tabela 129.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	238
<b>Tabela 130.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Dependências - Dimensão Doença (Questão 2.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	239
<b>Tabela 131.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Doença (Questão 2.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	239
<b>Tabela 132.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	240
<b>Tabela 133.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Saúde - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	241

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 134.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Ausência - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	242
<b>Tabela 135.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Qualidade de Vida (Questão 3.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	243
<b>Tabela 136.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	244
<b>Tabela 137.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Saúde - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	244
<b>Tabela 138.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Social - Dimensão Felicidade (Questão 4.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	245
<b>Tabela 139.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Felicidade (Questão 4.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	246
<b>Tabela 140.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	247
<b>Tabela 141.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Saúde - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	247
<b>Tabela 142.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Comportamental - Dimensão Satisfação com a Vida (Questão 5.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	248
<b>Tabela 143.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	249

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 144.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	250
<b>Tabela 145.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Não Sabe - Dimensão Otimismo (Questão 6.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	251
<b>Tabela 146.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.1) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	252
<b>Tabela 147.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Psicológica - Dimensão Stress (Questão 7.2) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress.....	252
<b>Tabela 148.</b> Regressão Logística Binária: Categoria Residual - Dimensão Stress (Questão 7.3) - por Percepções de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Otimismo e Stress .....	253
<b>Tabela 149.</b> Estudo Correlacional: Percepção de Saúde, Doença, Qualidade de Vida, Felicidade, Satisfação com a Vida, Optimismo e Stress.....	262
<b>Tabela 150.</b> Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital.....	267
<b>Tabela 151.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Género.....	269
<b>Tabela 152.</b> Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Idade.....	270
<b>Tabela 153.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Estado Civil.....	272
<b>Tabela 154.</b> Estudo Correlacional: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Escolaridade.....	274
<b>Tabela 155.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Situação Profissional.....	275
<b>Tabela 156.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Pensionista.....	276

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>Tabela 157.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Pessoas com quem Habita.....	278
<b>Tabela 158.</b> Estudo Comparativo: Qualidade de Vida, Satisfação com a Vida, Espiritualidade e Orientação vital por Contexto onde se Encontra Inserido.....	280

### **Anexo III – Consentimento informado**

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Com o presente estudo pretende-se analisar as teorias leigas que as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos têm sobre saúde e doença e conceitos relacionados, como o conceito de felicidade, satisfação com a vida, qualidade de vida, otimismo e stress.

Assim, para se seja possível a sua concretização apresentamos um conjunto de questões, que agradecemos desde já que preencha com a maior sinceridade.

Certifique-se que respondeu a todas as perguntas. Não existem respostas corretas ou incorretas, apenas se pretende conhecer as suas características em relação ao tema.

Antes de iniciar o preenchimento dos instrumentos caso tenha algumas dúvidas poderá sempre colocá-las livremente.

Durante a sua participação e caso o entenda, pode desistir a qualquer momento, devendo somente assinalar o motivo na última página.

Todos os dados serão tratados confidencialmente e usados apenas para fins de investigação.

Se entender, assine como concorda participar no referenciado estudo.

Assinatura:

Data:

**Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!**

## Anexo IV - Questionário de Dados Demográficos

### I - QUESTIONÁRIO DE DADOS DEMOGRÁFICOS

O presente questionário é composto por várias questões de caracterização pessoal. Assinale com um (X) ou preencha, conforme as questões, a resposta que melhor se adequa a sua situação.

#### 1-SEXO:

1.1-	Homem	
1.2-	Mulher	

#### 2- IDADE:

\_\_\_\_\_

#### 3- ESTADO CIVIL:

3.1-	Solteiro(a)	
3.2-	Casado(a)	
3.3-	Divorciado(a)	
3.4-	Viúvo(a)	
3.5-	União de facto	

#### 4- ESCOLARIDADE:

4.1-	Sem escolaridade	
4.2-	Sabe ler e escrever	
4.3-	1º Ciclo (Ensino Primário)	
4.4-	2º Ciclo (6ºano de Escolaridade)	
4.5-	3º Ciclo (9º ano de escolaridade)	
4.6-	12º ano de escolaridade	
4.7-	Bacharelato	
4.8-	Licenciatura	
4.9-	Outro Qual? _____	

#### 5- PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

#### 6- REFORMADO:

6.1	Sim	
6.2	Não	

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

**7- PENSIONISTA:**

7.1	Sim	
7.2	Não	

**8- COM QUEM VIVE:**

8.1-	Cônjuge	
8.2-	Filhos	
8.3-	Filhos e Cônjuge	
8.4-	Sozinho(a)	
8.5	Com outros Familiares	
8.6	Outros Qual? _____	

**9. ONDE VIVE?**

---

**10. Assinale com um (X) o contexto onde se encontra inserido:**

- . Universidade de Terceira Idade
- . Centro de Dia
- . Associação de Desenvolvimento Local
- . Comunidade
- . Casa do Avô
- . Santa Casa da Misericórdia
- . Grupo de Desporto
- . Centro Comunitário
- . Outro  
Qual? \_\_\_\_\_

**11 Assine com (X) a forma de preenchimento do Instrumento:**

- . Auto - Preenchimento
- . Preenchimento por outrém

**Anexo V- Perguntas sobre saúde-doença e conceitos relacionados**

**PERGUNTAS SOBRE SAUDE-DOENÇA E CONCEITOS RELACIONADOS**

**SAÚDE**

1. De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «saúde» ou «ser saudável».

---

---

---

---

1.1. Em geral, como considera que é a sua saúde?

Muito Má      Má      Nem Boa Nem Má      Boa      Muito Boa

1.2. O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?

---

---

---

---

1.3. O que é que faz para se manter saudável?

---

---

---

---

**DOENÇA**

2. De forma breve e concisa, diga-nos o que é «doença» ou «estar doente».

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

---

---

---

---

**2.1.** Em geral sente-se doente?

Nada          Pouco          Bastante          Muito          MUITÍSSIMO

**2.2.** O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?

---

---

---

---

**2.3.** O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde?

---

---

---

---

**QUALIDADE DE VIDA**

**3.** De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «*ter qualidade de vida*».

---

---

---

---

**3.1.** Em geral como classifica a sua qualidade de vida?

Muito Má          Má          Nem Boa Nem Má          Boa          Muito Boa

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3.2. Quais as coisas que são importantes para termos uma boa qualidade de vida?

---

---

---

---

3.3. Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?

---

---

---

---

**FELICIDADE**

4. De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «felicidade» ou «ser feliz».

---

---

---

---

4.1. Em geral, o quanto se sente ou considera feliz?

Nada          Pouco          Bastante          Muito          MUITÍSSIMO

4.2. Quais são as coisas importantes para se sentir feliz?

---

---

---

---

4.3. Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?

---

---

---

---

### **SATISFAÇÃO VITAL**

5. De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «satisfação vital» ou «estar satisfeito com a vida».

---

---

---

---

5.1. Em geral, o quanto se sente ou se considera satisfeito com a vida?

Nada          Pouco          Bastante          Muito          MUITÍSSIMO

5.2. Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?

---

---

---

---

5.3. Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?

---

---

---

---

### **OTIMISMO**

6. De forma breve e concisa, diga-nos o que é o «otimismo» ou «ser otimista».

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

---

---

---

---

**6.1.** Em geral, o quanto se sente ou se considera otimista?

Nada          Pouco          Bastante          Muito          MUITÍSSIMO

**6.2.** Quais são as coisas importantes para ser otimista?

---

---

---

---

**6.3.** Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?

---

---

---

---

---

**STRESS**

**7.** De forma breve e concisa, diga-nos o que é o «stress» ou «ser stressado».

---

---

---

---

**7.1.** Em geral, quanto stress pensa ou considera que tem?

Nenhum          Pouco          Bastante          Muito          MUITÍSSIMO

**7.2.** Quais as coisas que influenciam o facto de que uma pessoa estar ou se sentir stressada?

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

---

---

---

---

**7.3.**Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado?

---

---

---

---

**Anexo VI – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**  
Fonseca, Paúl & Teles (2009)

---

**INSTRUÇÕES**

Por favor, em cada questão coloque um círculo à volta da alternativa (A. B. C. ou D.) que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês.

---

**DOENÇA**

**1 Em relação ao uso de medicamentos receitados:**

- A. Normalmente não tomo medicamentos.
- B. Tomo um ou dois medicamentos regularmente.
- C. Necessito de tomar três ou quatro medicamentos regularmente.
- D. Necessito de tomar cinco ou mais medicamentos regularmente.

**2 Necessito de tratamento médico regular (por um médico ou outro profissional de saúde)?**

- A. Não necessito de tratamento médico regular.
  - B. Às vezes vou ao médico, mas não necessito de tratamento médico regular.
  - C. Necessito de tratamento médico regular.
  - D. A minha vida depende de tratamento médico regular.
- 

**VIDA INDEPENDENTE**

**3 Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?**

*(Por exemplo, andarilho, cadeira de rodas, prótese, etc.)*

- A. Não preciso de ajudas ortopédicas.
- B. Às vezes preciso de ajudas ortopédicas.
- C. Preciso regularmente de ajudas ortopédicas.
- D. Sou obrigado a usar ajudas ortopédicas.

**4 Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?**

- A. Não necessito de ajuda nenhuma.
- B. Necessito às vezes de ajuda em tarefas de cuidados pessoais.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis de cuidados pessoais.
- D. Necessito diariamente de ajuda na maior parte das tarefas de cuidados pessoais.

**5 Quando realizo tarefas domésticas:**

*(Por exemplo, preparar refeições, arrumar roupas, fazer pequenos arranjos.)*

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

- A. Não necessito de qualquer ajuda.
- B. Às vezes necessito de ajuda.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis.
- D. Necessito de ajuda diária na maior parte ou em todas as tarefas.

**6 Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:**

- A. Movimento-me em casa e na rua sozinho(a) sem qualquer dificuldade.
- B. Tenho dificuldade em movimentar-me sozinho(a) tanto em casa como na rua.
- C. Não sou capaz de me movimentar na rua mas consigo movimentar-me em casa, embora com alguma dificuldade.
- D. Não sou capaz de me movimentar nem na rua nem em casa.

**RELAÇÕES SOCIAIS**

**7 As minhas relações (com os meus amigos, companheiro(a) ou familiares) normalmente:**

- A. São quase sempre muito próximas e afectivas.
- B. São às vezes próximas e afectivas.
- C. Só raramente são próximas e afectivas.
- D. Não mantenho qualquer relação próxima e afectiva.

**8 Pensando sobre a minha relação com outras pessoas:**

- A. Tenho amigos e nunca ou raramente me sinto só.
- B. Embora tenha amigos, por vezes sinto-me só.
- C. Tenho alguns amigos mas sinto-me muitas vezes só.
- D. Estou socialmente isolado e sinto-me só.

**9 Pensando sobre a minha saúde e a minha relação com a família:**

- A. A minha relação com a família não é afectada pela minha saúde.
- B. Alguns aspectos da minha relação com a família são afectados por causa da minha saúde.
- C. Muitos aspectos da minha relação com a família são afectados por causa da minha saúde.
- D. Não consigo relacionar-me adequadamente com a minha família por causa da minha saúde.

---

**SENTIDOS**

**10 Pensando sobre a minha visão, já incluindo o uso de óculos ou lentes de contacto quando necessários:**

- A. Vejo normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em focar objectos ou não os vejo nitidamente (por exemplo, letra pequena, um jornal, objectos à distância).
- C. Tenho muita dificuldade em ver; a minha visão está enevoada (por exemplo, consigo ver só o suficiente para me desembaraçar).
- D. Só vejo objectos como formas gerais ou sou cego (por exemplo, necessito de um guia para me movimentar).

*"Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas"*

**11 Pensando sobre a minha audição, incluindo o uso de aparelho auditivo se necessário:**

- A. Oiço normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em ouvir ou não oiço com clareza (por exemplo, peço às pessoas que falem mais alto, aumento o volume da TV ou do rádio).
- C. Tenho dificuldade em ouvir com clareza (por exemplo, por vezes não entendo o que foi dito, não costumo participar em conversas porque não consigo ouvir o que está a ser dito).
- D. De facto, oiço muito mal (por exemplo, não consigo entender pessoas a falar em voz alta e directamente para mim).

**12 Quando comunico com outros:**

*(Por exemplo, falando, ouvindo, escrevendo ou utilizando sinais.)*

- A. Não tenho dificuldade em falar com outros ou em compreender o que me dizem.
- B. Tenho alguma dificuldade em me fazer entender por pessoas que não me conhecem, mas não tenho qualquer problema em compreender o que me dizem.
- C. Só me compreende quem me conhece bem; tenho muitos problemas em compreender o que me dizem.
- D. Não consigo comunicar adequadamente com outros.

**BEM-ESTAR PSICOLÓGICO**

**13 Pensando sobre a forma como durmo:**

- A. Sou capaz de dormir sem dificuldade a maior parte das vezes.
- B. O meu sono é interrompido algumas vezes mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- C. O meu sono é interrompido a maior parte das noites mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- D. Tenho problemas de sono (durmo apenas curtos períodos; permaneço acordado a maior parte da noite).

**14 Pensando sobre a forma como me sinto em termos gerais:**

- A. Não me sinto ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- B. Sinto-me ligeiramente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- C. Sinto-me moderadamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- D. Sinto-me extremamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).

**15 Quanta dor ou desconforto é que sinto?**

- A. Nenhuma.
- B. Sinto dor moderada.
- C. Sinto dor severa.
- D. Sinto dor insuportável.

**Anexo VII – Escala de Satisfação com a Vida**

**ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA**

(Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985 adaptada por Simões, 1992)

(Assinale com um X a resposta que melhor se adequa a sua situação).

Itens	Possibilidades de Resposta				
	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo Muito
1. A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que ela fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito com a minha vida.					
4. Até agora tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.					
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

**Anexo VIII - Espiritualidade**

**ESPIRITUALIDADE**  
(Pais-Ribeiro & Pinto, 2007)

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade/crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com um **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	<b>Não Concordo</b>	<b>Concordo um pouco</b>	<b>Concordo bastante</b>	<b>Plenamente de acordo</b>
1- As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido a minha vida	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2- A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3- Vejo o futuro com esperança	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Anexo IX – Teste de Orientação Vital**

**TESTE DE ORIENTAÇÃO VITAL**

Revised Life Orientation Test (Scheier, Carver & Bridges, 1994 adaptado por Laranjeira, 2008)

(Assinale com um X a resposta que melhor se adequa a sua situação)

Itens	Possibilidades de Resposta				
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Em tempos de incerteza, normalmente espero o melhor.					
2. É fácil para mim relaxar.					
3. Quando existe a possibilidade de me suceder algo de mal, normalmente acontece.					
4. Sou sempre otimista quanto ao meu futuro.					
5. Gosto muito de estar com os meus amigos.					
6. É muito importante manter-me ocupado.					
7. Normalmente, a minha expectativa é que as coisas não aconteçam como gostaria.					
8. Não me zango com facilidade.					
9. Raramente conto que coisas boas me aconteçam.					
10. Em geral, espero que me aconteçam mais coisas boas do que más.					

**Anexo X- Carta modelo entregue as instituições**

Faro, 05 de Maio de 2010

Exm. Sr. Presidente da CimFaro

Dr. Hélder do Carmo

Chamo-me Cláudia Luísa, sou docente na Universidade do Algarve, e neste momento encontro-me a realizar o meu doutoramento na Universidade de Huelva, na Faculdade de Psicologia. O principal objectivo do estudo passa por conhecer as teorias leigas de pessoas idosas sobre o conceito de saúde e doença e de outros conceitos relacionados, como por exemplo qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade, entre outros.

Neste momento encontro-me na fase de recolha de dados, vindo neste sentido solicitar a colaboração da instituição que V. Ex<sup>a</sup> dirige, para aplicar os instrumentos aos utentes com idade igual ou superior a 60 anos que se queiram disponibilizar para o efeito.

Desde já agradeço a vossa disponibilidade, aguardando uma resposta para os seguintes contactos: Telemóvel: 96 6563275 ou email: [claudiac Luisa@hotmail.com](mailto:claudiac Luisa@hotmail.com)

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Luísa

**Anexo XI – Categorização por temas**

<b>1. De forma breve e concisa, diga-nos o que é a «saúde» ou «ser saudável».</b>				
	<b>Resposta</b>	<b>Num.</b>	<b>Perc. Total</b>	<b>Perc. resp.</b>
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Estar bom			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem física ou fisiologicamente			
3.2	Boa condição física			
3.3	Ter energia			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Auto imagem positiva			
4.3	Feliz			
4.4	Energia psicológica: poder enfrentar os problemas			
4.5	Qualidade de vida			
4.6	O mais importante de tudo, o maior, o melhor, o fundamental, coisa boa, o melhor bem			
4.7	Vida tranquila			
4.8	Vontade de viver			
<b>V</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
5.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais (Ex: cinema, ler, ir ao baile, pintura, etc...)			
5.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
5.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
5.4.	Cuidar-se, (não se especifica)			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

5.5	Estar activo			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Satisfação familiar e amigos			
<b>VII</b>	<b>CONSEQUENCIAS</b>			
7.1	Resistência a doença			
7.2	Longevidade			
7.3	Benefícios (não se especifica)			
<b>VIII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
8.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
8.2	Não ter restrições			
8.3	Não ter problemas, preocupações ou inapetência psicológica			
8.4	Não se passar nada, não ter queixas (sem especificar)			
8.5	Não cansar-se			
8.6	Não preocupar-se com a saúde			
<b>IX</b>	<b>NÃO SABE</b>			
9.1	Não sabe			
<b>X</b>	<b>RESIDUAL</b>			
10.1	Outras (ex: não tê-la é não viver)			

**1.2- O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>HABITOS ALIMENTARES CORRECTOS</b>			
1.1	Comer bem			
1.2	Alimentação regrada			
1.3	Alimentação saudável			
1.4	Comida variada			
<b>II</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
2.1	Descanso			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3.1	Positivismo			
3.2	Qualidade de vida			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais (Ex: cinema, ler, ir ao baile, pintura, etc...)			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
4.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
4.4.	Cuidar-se, vida saudável (não se especifica)			
4.5	Estar activo			
4.6	Vida calma			
<b>V</b>	<b>SOCIAL</b>			
5.1	Sair/passear com ao amigos/as			
5.2	Divertir com ao amigos/as			
5.3	Ter bons amigos e familiares			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex: não tê-la é não viver)			

### 1.3 – O que faz para se manter saudável?

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>HABITOS ALIMENTARES CORRECTOS</b>			
1.1	Comer bem			
1.2	Alimentação regrada			
1.3	Alimentação saudável			
1.4	Comida variada			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>II</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
2.1	Descanso			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
3.1	Positivismo			
3.2	Qualidade de vida			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais (Ex: cinema, ler, ir ao baile, pintura, etc...)			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
4.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
4.4.	Cuidar-se, vida saudável (não se especifica)			
4.5	Estar ativo			
4.6	Vida calma			
<b>V</b>	<b>SOCIAL</b>			
5.1	Sair/passear com ao amigos/as			
5.2	Divertir com ao amigos/as			
5.3	Ter bons amigos e familiares			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex: não tê-la é não viver)			

**2- De forma breve e concisa, diga-nos o que é a doença ou estar doente?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>ESTAR DOENTE</b>			
1.1	Estar doente			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>II</b>	<b>SENTIR-SE MAL/SOFRIMENTO (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se mal			
2.2	Mau estar			
2.3	Incomodo			
2.4	Sufrimento (não se especifica nada mais)			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Sentir-se mal fisicamente			
3.2	Cansaço			
3.3	Falta de energia			
3.4	Dor física			
3.5	Doenças várias (artroses, varizes, tensão arterial, gripes, etc...)			
3.6	Mau funcionamento do organismo			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se mal psicologicamente, emocional ou mentalmente.			
4.2	Preocupar-se com a saúde			
4.3	Falta de alegria			
4.4	Estar triste			
4.5	Não me sentir bem comigo próprio			
4.6	Perder qualidade de vida			
4.7	Falta de vontade para agir/inativo			
4.8	Vida agitada. (é uma coisa má, pior coisa que há, uma tristeza, um inferno, dolorosa, horrível, má, complicado)			
<b>V</b>	<b>COMPORTAMENTAL/FUNIONAMENTO</b>			
5.1	Estar incapacitado para fazer atividades diárias/regulares			
5.2	Tomar medicamentos (não especificada quais)			
5.3	Limitações (não especifica)			
<b>VI</b>	<b>AUSENCIA</b>			
6.1	Não ter saúde			
<b>VII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
7.1	Não sabe			
<b>VIII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
8.1	Outras (ex: contrário da 1º pergunta)			

## 2.2. O que é que costumam fazer as pessoas que não são boas para a saúde?

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>ALIMENTAÇÃO INCORRECTA</b>			
1.1	Comer mal (Ex: doces, fritos, gorduras, etc..)			
1.2	Maus hábitos alimentares			
1.3	Excessos alimentares			
1.4	Má nutrição			
1.5	Alimentação desequilibrada			
1.6	Beber pouca água			
<b>II</b>	<b>DEPENDENCIAS</b>			
2.1	Consumo de álcool			
2.2	Consumo de tabaco			
2.3	Consumo de drogas			
2.4	Consumo excessivo de café			
<b>III</b>	<b>SOCIAL</b>			
3.1	Isolamento/Solidão			
3.2	Falta de convivência			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Fazer esforços/trabalhar muito			
4.2	Dormir mal			
4.3	Expor-se às mudanças de temperatura/alterações climáticas			
4.4	Falta de exercício físico/ sedentarismo			
4.5	Falta de atividade/inatividade			
<b>V</b>	<b>PSICOLOGICA</b>			
5.1	Falta de interesse pela vida			
5.2	Ausência de estímulos positivos (não especifica nada mais)			
5.3	Depressão			
5.4	Irritação/nervosismo			
5.5	Angústia			
<b>VI</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
6.1	Cansaço			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

6.2	Falta de descanso			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não ter saúde			
7.2	Não ser feliz			
7.3	Não ter uma vida saudável			
7.4	Não ir ao médico			
7.5	Não tomar os medicamentos			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: não entendo a pergunta, não aceitar os conselhos)			

**2.3. O que costuma fazer que não é bom para a sua saúde?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>ALIMENTAÇÃO INCORRECTA</b>			
1.1	Comer mal (Ex: doces, fritos, gorduras, etc..)			
1.2	Maus habitos alimentares			
1.3	Excessos alimentares			
1.4	Má nutrição			
1.5	Alimentação desequilibrada			
1.6	Beber pouca água			
<b>II</b>	<b>DEPENDENCIAS</b>			
2.1	Consumo de álcool			
2.2	Consumo de tabaco			
2.3	Consumo de drogas			
2.4	Consumo excessivo de café			
<b>III</b>	<b>SOCIAL</b>			
3.1	Isolamento/Solidão			
3.2	Falta de convivência			
<b>IV</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

4.1	Fazer esforços/trabalhar muito			
4.2	Dormir mal			
4.3	Expor-se às mudanças de temperatura/alterações climatéricas			
4.4	Falta de exercício físico/sedentarismo			
4.5	Falta de atividade/inatividade			
<b>V</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
5.1	Cansaço			
5.2	Falta de descanso			
<b>VI</b>	<b>PSICOLOGICA</b>			
6.1	Falta de interesse			
6.2	Ausência de estímulos (não especifica nada mais)			
6.3	Depressão			
6.4	Irritação/stress			
6.5	Angústia/nervosismo			
6.6	Levo uma vida equilibrada			
6.7	Falta de interesse pela vida			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não fumar			
7.2	Não beber			
7.3	Evitar comportamentos incorretos			
7.4	Não tomar os medicamentos			
7.5	Não ir ao médico			
7.6	Não ser feliz			
7.7	Não ter uma vida saudável			
7.8	Não faço nada de mal			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: não entendo a pergunta, não aceitar os conselhos)			

**3. De forma breve e concisa, diga-nos o que é ter qualidade de vida.**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem.			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Boa condição física			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Sentir-se feliz			
4.3	Viver em paz			
4.4	Vida tranquila			
4.5	Otimista			
4.6	Mente sã			
4.7	Estar bem comigo e com os outros			
4.8	Sem stress			
<b>V</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
5.1	Dormir bem/descanso			
5.2	Exercício físico			
5.3	Realizar atividades diárias (jardinagem, limpar a casa, etc...)			
5.4	Sentir-se útil			
5.5	Ser ativo			
5.6	Alimentação saudável/comer bem			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL</b>			
6.1	Conviver com os amigos			
6.2	Sair/distrair-se com os amigos			
6.3	Boas relações com a família			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
7.2	Não ter falta de dinheiro			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

7.3	Não ter problemas, preocupações ou inapetência psicológica			
7.4	Não ter necessidades			
<b>VIII</b>	<b>CONSEQUENCIAS</b>			
8.1	Dinheiro			
8.2	Boas condições de habitação			
8.3	Viver num local calmo			
8.4	Boa vida/viver bem			
<b>IX</b>	<b>NÃO SABE</b>			
9.1	Não sabe			
<b>X</b>	<b>RESIDUAL</b>			
10.1	Outras (Ex: Respeito)			

**3.2 Quais as coisas que são importantes para termos uma boa qualidade de vida?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Estar bom			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Boa condição física			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Sentir-se feliz			
4.3	Viver em paz			
4.4	Vida tranquila			
4.5	Otimista			
4.6	Mente sã			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

4.7	Sentimentos positivos (amor, respeito, afeto, etc...)			
4.8	Sentir-me bem comigo próprio e com os outros)			
4.9	Viver com alegria			
<b>V</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
5.1	Exercício físico variado (caminhadas, hidroginástica, natação, etc...)			
5.2	Realizar atividades diárias (Ex: jardinagem, limpar a casa, ir a Uati, etc...)			
5.3	Boa alimentação			
5.4.	Ser ativo			
5.5	Dormir bem/descanso			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Conviver com os amigos			
6.2	Sair/distrair-se com os amigos			
6.3	Ter bons amigos e família			
6.4	Boa convivência			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não fumar			
7.2	Não ter beber álcool			
7.3	Não ter problemas, preocupações ou inapetência psicológica			
7.4	Não estar doente (incluindo não ter dores)			
7.5	Não ter vida sedentária			
7.6	Não trabalhar			
7.7.	Não ter falta de dinheiro			
<b>VII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>VIII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (Ex: não invejar o próximo)			

### 3.3. Quais as coisas que costuma fazer para tentar ter uma boa qualidade de vida?

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Estar bom			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Boa condição física			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Sentir-se feliz			
4.3	Viver em paz			
4.4	Vida tranquila/calma			
4.5	Otimista			
4.6	Ser alegre			
4.7	Sentimentos positivos (amor, carinho, afeto, respeito, compreensão, etc...)			
<b>V</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
5.1	Exercício físico variado (caminhadas, hidroginástica, natação, etc...)			
5.2	Realizar atividades diárias (Ex: jardinagem, limpar a casa, ir a Uati, ver TV, croché/renda, trabalhar, etc...)			
5.3	Ter hábitos saudáveis (comer bem, dormir bem, beber muita água)			
5.4	Vida ativa			
5.5	Ir ao médico e tomar os medicamentos			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Conviver com os amigos/família			
6.2	Sair/passear com os amigos			
6.3	Ter bons amigos e família			
6.4	Boa convivência com os familiares e			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

	amigos			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não me irrita			
7.2	Não faço esforços			
7.3	Não comer muito			
7.4	Não ter pensamentos negativos			
7.5	Não ter vida sedentária			
7.6	Evitar comer e beber coisas erradas (ex. sal, gorduras, doces, fritos, álcool, tabaco, etc... )			
7.7	Não ter falta de dinheiro			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (não faço nada)			

**4- De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz.**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem.			
2.2	Viver bem			
2.3	Bem-estar próprio e com os outros			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem física ou fisiologicamente			
3.2	Boa condição física.			
3.3	Ter energia			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente.			
4.2	Ter sentimentos positivos (amor, carinho, paz...)			
4.3	Satisfação de vida			
4.4	Feliz			
4.5	Otimismo			
4.6	Ter alegria			
4.7	Qualidade de vida			
4.8	Pensamentos positivos			
4.9	Amor próprio			
4.10	Autoestima			
4.11	Vida Tranquila			
4.12	Vontade de viver			
<b>V</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
5.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais (baile, sair, ir a Uati, tv, etc...)			
5.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações.			
5.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
5.4.	Atividade profissional satisfatória			
5.5	Estar ativo			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Ter uma boa família/bom ambiente familiar (filhos, netos, noras, genros, etc...)			
6.2	Vida conjugal positiva (não se especifica)			
6.3	Ter amigos			
6.4	Ajudar os outros			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
7.2	Não há felicidade plena			
7.3	Não ter problemas, preocupações ou dívidas			
7.4	Não haver inimigos			
7.5	Não haver tristeza			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

7.6	Não cansar-se			
<b>VIII</b>	<b>SATISFAÇÃO GLOBAL/VITAL</b>			
8.1	Plena satisfação			
8.2	Êxitos na vida			
8.3	Harmonia			
<b>IX</b>	<b>CONDIÇÕES EXTERNAS</b>			
9.1	Boa casa			
9.2	Dinheiro			
9.3	Reforma razoável			
<b>X</b>	<b>NÃO SABE</b>			
10.1	Não sabe			
<b>XI</b>	<b>RESIDUAL</b>			
11.1	Outras (ex: a felicidade de uns pode ser a felicidade dos outros)			

**4.2. Quais são as coisas importantes para se sentir feliz?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem.			
2.2	Viver bem			
2.3	Bem-estar			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLÓGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem física ou fisiologicamente			
3.2	Boa condição física			
3.3	Ter energia			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Ter sentimentos positivos (amor,			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

	carinho, paz...)			
4.3	Satisfação de vida			
4.4	Feliz			
4.5	Ter fé e esperança			
4.6	Qualidade de vida			
4.7	Espírito positivo			
4.8	Ter sucesso			
4.9	Praticar o bem/ajudar o próximo			
4.10	Vida Tranquila			
4.11	Vontade de viver			
<b>V</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
5.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais (baile, sair, ir a Uati, etc...)			
5.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
5.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
5.4.	Atividade profissional satisfatória			
5.5	Estar ativo			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Ter uma boa família/bom ambiente familiar (filhos, netos, noras, genros, etc...)			
6.2	Vida conjugal positiva (não especifica nada mais)			
6.3	Ter amigos			
6.4	Boa vizinhança			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
7.2	Não há felicidade plena			
7.3	Não ter problemas, preocupações ou dívidas			
7.4	Não haver inimigos			
7.5	Não haver tristeza			
7.6.	Não cansar-se			
7.7	Não haver privações			
7.8	Não haver problemas económicos			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>VIII</b>	<b>CONDIÇÕES EXTERNAS</b>			
8.1	Boa casa			
8.2	Dinheiro			
8.3	Reforma razoável			
<b>IX</b>	<b>NÃO SABE</b>			
9.1	Não sabe			
<b>X</b>	<b>RESIDUAL</b>			
10.1	Outras (ex: aceitar os outros como são)			

#### 4.3. Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Viver bem			
2.3	Bem-estar			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem física ou fisiologicamente			
3.2	Boa condição física			
3.3	Ter energia			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Ter sentimentos positivos (amor, carinho, paz...)			
4.3	Imagem positiva			
4.4	Ser otimista			
4.5	Espírito aberto			
4.6	Alegria de viver			
4.7	Vida tranquila			
<b>V</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
5.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

	habituais (baile, sair, ir a Uati, ver TV, passear, ler, etc...)			
5.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
5.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
5.4.	Ajudar os outros			
5.5	Tomo os medicamentos			
5.6	Falar com os meus filhos			
5.7	Estar ativo			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
6.1	Ter uma boa família/bom ambiente familiar (filhos, netos, noras, genros, etc...)			
6.2	Vida conjugal positiva (não especifica nada mais)			
6.3	Ter amigos/conviver			
6.4	Boa vizinhança			
6.5	Dar-me bem com o próximo			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não me irritar			
7.2	Não haver inimigos			
7.3	Esquecer as tristezas			
7.4	Não pensar nos problemas			
7.5	Evitar relacionamentos com as pessoas negativas			
7.6	Não cansar-se			
7.7	Não faço nada			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: meditação)			

**5. De forma breve e concisa, diga-nos o que é a satisfação vital ou estar satisfeito com a vida?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Estar vivo			
2.3	Vida correr bem/boa vida			
<b>III</b>	<b>FISICA/FISIOLOGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem física ou fisiologicamente			
<b>IV</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
4.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
4.2	Afetos positivos (amor, paz, carinho)			
4.3	Feliz			
4.4	Energia psicológica: poder enfrentar os problemas			
4.5	Qualidade de vida			
4.6	Ter alegria			
4.7	Vida tranquila			
4.8	Vontade de viver			
<b>V</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
5.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais			
5.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
5.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
5.4.	Cuidar-se, vida saudável (não se especifica)			
5.5	Estar ativo			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

5.6	Objetivos de vida alcançados/Estar bem na vida			
5.7	Projetos concretizados			
<b>VI</b>	<b>SOCIAL</b>			
6.1	Satisfação familiar e amigos			
<b>VII</b>	<b>AUSENCIA</b>			
7.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
7.2	Não ter restrições			
7.3	Não ter problemas, preocupações ou inapetência psicológica			
7.4	Não há satisfação global			
7.5	Não preocupar-se com a saúde			
<b>VIII</b>	<b>SATISFAÇÃO GLOBAL/VITAL</b>			
8.1	Satisfeito com a vida			
<b>IX</b>	<b>CONDIÇÕES EXTERNAS</b>			
9.1	Boa casa			
9.2	Dinheiro			
<b>X</b>	<b>NÃO SABE</b>			
10.1	Não sabe			
<b>XI</b>	<b>RESIDUAL</b>			
11.1	Outras (ex: é não querer a morte).			

**5.2 Que coisas são importantes para estar satisfeito com a vida?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem.			
2.2	Bem-estar			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
3.2	Afetos positivos (amor, paz, carinho, confiança, alegria, etc...)			
3.3	Feliz			
3.4	Vida tranquila			
3.5	Boa disposição			
3.6	Qualidade de vida			
3.7	Ser positivo			
3.8	Vontade de viver			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
4.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
4.4	Cuidar-se, vida saudável (não se especifica)			
4.5	Estar ativo			
<b>V</b>	<b>SOCIAL</b>			
5.1	Satisfação familiar e com amigos			
<b>VI</b>	<b>AUSENCIA</b>			
6.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			
6.2	Não ter restrições			
6.3	Não ter problemas, preocupações			
6.4	Não ter dificuldades			
6.5	Não preocupar-se com a saúde			
<b>VII</b>	<b>CONDIÇÕES EXTERNAS</b>			
7.1	Boa casa			
7.2	Dinheiro			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: não ficar em pânico).			

### 5.3. Que coisas costuma fazer para tentar estar satisfeito com a vida?

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Estar saudável/ sã			
1.2	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Bem-estar/viver bem			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
3.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente			
3.2	Afetos positivos (amor, paz, carinho)			
3.3	Feliz			
3.4	Vida tranquila			
3.5	Boa disposição			
3.6	Qualidade de vida			
3.7	Ser positivo			
3.8	Vontade de viver			
3.9	Ter alegria de viver			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
4.3	Hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc...)			
4.4.	Cuidar-se (não se especifica)			
4.5	Estar ativo			
<b>V</b>	<b>SOCIAL</b>			
5.1	Satisfação social (família/amigos)			
<b>VI</b>	<b>AUSENCIA</b>			
6.1	Não ter doenças ou sintomas (incluindo dor)			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

6.2	Não ter restrições			
6.3	Não ter problemas, preocupações			
6.4	Não ter dificuldades			
6.5	Não me isolar			
6.6	Não pensar muito			
6.7	Não preocupar-se com a saúde			
<b>VII</b>	<b>CONDIÇÕES EXTERNAS</b>			
7.1	Boa casa			
7.2	Dinheiro			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: meditar)			

**6. De forma breve e concisa, diga-nos o que é o otimismo ou ser otimista?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>VIVER DE FORMA POSITIVA (não específica de que forma)</b>			
1.1	Ser positivo			
1.2	Coisas positivas			
<b>II</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
2.1	Sentir-se bem psicologicamente, emocional ou mentalmente.			
2.2	Espírito positivo			
2.3	Afetos positivos (amor, paz, carinho)			
2.4	Feliz			
2.5	Acreditar nas coisas			
2.6	Vida Tranquila			
2.7	Qualidade de vida			
2.8	Ter fé e esperança			
2.9	Acreditar na vida			
2.10	Tudo corre bem			
2.11	Vontade de viver			
<b>III</b>	<b>AUSENCIA</b>			
3.1	Não ser pessimista			
3.2	Não pensar na doença			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3.3	Não ser negativo			
<b>IV</b>	<b>SATISFAÇÃO GLOBAL/VITAL</b>			
4.1	Estar satisfeito			
<b>V</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS FUTURAS</b>			
5.1	Vida melhor			
5.2	Esperança/acreditar no futuro			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex: separar as coisas boas das más).			

**6.2. Quais são as coisas importantes para ser otimista?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAÚDE</b>			
1.1	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem.			
2.2	Vida corer bem			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
3.1	Consciência tranquila			
3.2	Vida calma			
3.3	Feliz/alegria			
3.4	Boa disposição			
3.5	Encarar a vida			
3.6	Qualidade de vida			
3.7	Pensar positivo			
3.8	Acreditar/ter esperança			
3.9	Vontade de viver			
3.10	Ser otimista			
<b>IV</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

	obrigações			
4.3	Estar ativo			
4.4	Objetivos concretizados			
<b>V</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
5.1	Ter um bom marido			
5.2	Boa família/amigos			
<b>VI</b>	<b>AUSENCIA</b>			
6.1	Não pensar (não específica)			
6.2	Não pensar negativo			
<b>VII</b>	<b>CONSEQUENCIAS FUTURAS</b>			
7.1	Acreditar que tudo vai melhorar			
7.2	Dinheiro			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (ex: termos aquilo que perdemos).			

**6.3 Que coisas costuma fazer para tentar ser otimista?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>SAUDE</b>			
1.1	Ter saúde			
<b>II</b>	<b>SENTIR-SE BEM (não se especifica nada mais)</b>			
2.1	Sentir-se bem, me sinto bem			
2.2	Vida saudável			
<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
3.1	Consciência tranquila			
3.2	Vida calma			
3.3	Feliz			
3.4	Boa disposição			
3.5	Encarar a vida			
3.6	Qualidade de vida			
3.7	Pensar positivo			
3.8	Acreditar			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

3.9	Vontade de viver			
<b>IV</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
4.1	Poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais			
4.2	Poder trabalhar, cumprir com as obrigações			
4.3	Estar ativo			
<b>V</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
5.1	Ter um bom marido			
5.2	Estar com a família e os amigos			
5.3	Boa convivência			
<b>VI</b>	<b>AUSENCIA</b>			
6.1	Não pensar (não específica)			
6.2	Não ser pessimista			
6.3	Não pensar nos problemas			
6.4	Não faço nada			
<b>VII</b>	<b>CONSEQUENCIAS FUTURAS</b>			
7.1	Acreditar que tudo vai melhorar			
<b>VIII</b>	<b>NÃO SABE</b>			
8.1	Não sabe			
<b>IX</b>	<b>RESIDUAL</b>			
9.1	Outras (Ex: Estar bem com Deus).			

**7. Diga-nos de forma breve e concisa, o que é o stress ou ser stressado?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>CANSAÇO GLOBAL (não especificado)</b>			
1.1	Cansaço			
1.2	Fadiga			
1.3	Stress			
1.4	Mau-estar			
<b>II</b>	<b>CANSAÇO/DESGASTE FISICO</b>			
2.1	Cansaço físico			
2.2	Desgaste físico			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

<b>III</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
3.1	Sentimento de agitação			
3.2	Preocupação			
3.3	Irritação			
3.4	Cansaço psicológico			
3.5	Ansiedade			
3.6	Nervosismo			
3.7	Tristeza			
3.8	Tensão/ Agitação			
3.9	Perturbações psíquicas			
3.10	Desgaste psicológico			
3.11	Desconforto			
<b>IV</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
4.1	Realizar muitas tarefas em pouco tempo			
4.2	Trabalhar muito			
4.3	Andar a pressa			
<b>V</b>	<b>AUSENCIA</b>			
5.1	Não ter qualidade de vida			
5.2	Falta de descanso			
5.3	Falta de tempo			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex. é um inimigo que me acompanha)			

**7.2. Quais as coisas que influenciam o facto de uma pessoa estar ou se sentir stressada?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>CANSAÇO GLOBAL (não especificado)</b>			
1.1	Cansaço			
<b>II</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*

2.1	Preocupações			
2.2	Vida agitada			
2.3	Problemas da vida			
2.4	Má qualidade de vida			
2.5	Doenças psíquicas			
2.6	Desilusões			
2.7	Agitação/tensão			
2.8	Angústia			
<b>III</b>	<b>COMPORTAMENTAL</b>			
3.1	Trabalhar muito			
3.2	Acidentes			
3.3	Cumprir prazos/horários			
<b>IV</b>	<b>AUSENCIA</b>			
4.1	Falta de tempo			
4.2	Não poder trabalhar			
4.3	Falta de saúde			
4.4	Falta de emprego/desemprego/problemas no trabalho			
4.5	Falta de dinheiro			
4.6	Perda de familiares ou amigos			
<b>V</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
5.1	Isolamento/estar só			
5.2	Problemas com a família			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex: consequência da vida moderna).			

**7.3. Em geral que coisas, situações, acontecimentos ou qualquer outra coisa que o fazem estar ou sentir stressado?**

	Resposta	Num.	Perc. Total	Perc. resp.
<b>I</b>	<b>CANSAÇO GLOBAL (não especificado)</b>			
1.1	Cansaço			
1.2	Fadiga			
<b>II</b>	<b>PSICOLÓGICA</b>			
2.1	Preocupações			
2.2	Vida agitada			
2.3	Problemas da vida			
2.4	Má qualidade de vida			
2.5	Doenças psíquicas			
2.6	Desilusões			
<b>III</b>	<b>COMPORAMENTAL</b>			
3.1	Trabalhar muito			
3.2	Acidentes			
3.3	Cumprir prazos/horários			
<b>IV</b>	<b>AUSENCIA</b>			
4.1	Falta de tempo			
4.2	Não poder trabalhar			
4.3	Falta de saúde/doenças várias			
4.4	Falta de emprego/desemprego			
4.5	Falta de dinheiro			
4.6	Falta de valores humanos			
<b>V</b>	<b>SOCIAL/FAMILIAR</b>			
5.1	Isolamento/estar só			
5.2	Problemas com a família (filhos, marido)			
5.3	Conflitos familiares			
5.4	Morte de entes queridos			
<b>VI</b>	<b>NÃO SABE</b>			
6.1	Não sabe			
<b>VII</b>	<b>RESIDUAL</b>			
7.1	Outras (ex: falta de Justiça)			

*“Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas”*