



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade Ciências da Saúde

## **Controlo Pessoal e Envelhecimento: Um Estudo na Cidade da Covilhã**

**Ana Rita Balsemão Moreira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gerontologia**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

**Covilhã, junho de 2012**



## Agradecimentos

Esta dissertação resulta de um esforço conjunto de profissionais e instituições, assim gostaria de expressar o meu profundo e sentido agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Doutora Rosa Marina Afonso pela sua orientação e contributo na construção da presente investigação. Agradeço o incentivo, a disponibilidade e a colaboração no presente estudo. Enalteço a sua atitude enquanto docente e profissional, bem como o seu espírito crítico de investigação sempre motivador. Agradeço, ainda, a compreensão e as palavras amigas proferidas num dos momentos mais difíceis da minha vida.

Ao Professor Doutor Manuel Joaquim da Siva Loureiro agradeço o seu contributo enquanto docente e profissional e a sua colaboração na elaboração desta dissertação.

A todos os colegas de investigação e voluntários, que contribuíram de uma forma muito próxima, com a sua disponibilidade e boa vontade, na aplicação dos instrumentos deste estudo. À Márcia, em particular, por toda a amizade e partilha.

A todas as Instituições, Técnicos e seus Colaboradores que auxiliaram no contato aos participantes do estudo e facilitaram a recolha de dados e administração dos instrumentos. À UNIFAI, em especial, pela disponibilização dos instrumentos de trabalho.

Aos participantes do estudo, pelo seu contributo e disponibilidade, que despretensiosamente e sem preconceitos, aceitaram participar e cederam voluntariamente o seu tempo em prol da investigação.

Agradeço ainda à minha família e amigos que me apoiaram nos momentos mais difíceis, abdicaram da minha presença e prezaram pelo meu bem-estar nesta fase da minha vida.



## Resumo

O controlo pessoal tem sido associado a um funcionamento psicológico positivo e considerado determinante na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos, nomeadamente na velhice. Este estudo tem como objetivo avaliar as questões do controlo pessoal em idosos e relacioná-lo com algumas variáveis sociodemográficas, dependência funcional, autoavaliação da saúde, bem-estar e ocorrência de acontecimentos de vida negativos. Participaram neste estudo 188 idosos, com idades compreendidas entre os 64 e os 96 anos, residentes na cidade da Covilhã.

Os resultados obtidos indicam elevadas perceções de controlo pessoal na amostra e diferenças estatisticamente significativas ( $t=-3,28$ ;  $p<0,01$ ) entre homens ( $M=40,62$ ,  $DP=5,76$ ) e mulheres ( $M=37,40$ ,  $DP=6,87$ ) e sujeitos que consideraram a ocorrência ( $M=35,05$ ,  $DP=6,55$ ) ou ausência de acontecimentos de vida negativos ( $M=40,74$ ,  $DP=5,79$ ). A análise dos resultados revelou correlações positivas e extremamente significativas entre o controlo pessoal e a autoavaliação da saúde ( $r=0,323$ ,  $p<0,001$ ) e o controlo pessoal e o bem-estar ( $r=0,461$ ,  $p<0,001$ ). Observou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as perceções de controlo e a dependência funcional nas AVD's ( $r=-0,243$ ,  $p<0,01$ ) e extremamente significativa nas AIVD's ( $r=-0,364$ ,  $p<0,001$ ). Estes resultados evidenciam a importância do controlo pessoal no envelhecimento bem-sucedido e alertam para a necessidade de se estimular a capacidade de cada indivíduo regular a sua própria vida.

## Palavras-chave

Controlo Pessoal, envelhecimento bem-sucedido, dependência funcional, acontecimentos de vida



## Abstract

The personal control has been associated with a positive psychological functioning and is considered determinant in the quality of life and well-being of individuals, particularly in old age. This study aims to evaluate the issues of personal control in the elderly and relate it to certain demographic variables, as well as the functional disability, the self-assessment of health, well-being and the occurrence of negative life events. 188 seniors, aged between 64 and 96 years, living in the city of Covilhã, participated in this study.

The results indicate higher perceptions of personal control in the sample and statistically significant differences ( $t=-3,28$ ;  $p<0,01$ ) between men ( $M=40.62$ ,  $SD=5.76$ ) and women ( $M=37.40$ ,  $SD=6.87$ ) and subjects who considered the occurrence ( $M=35.05$ ,  $DP=6.55$ ) or absence ( $M=40.74$ ,  $DP=5.79$ ) of negative life events. The results showed highly significant positive correlations between personal control and self-assessment of health ( $r=0.323$ ,  $p<0.001$ ) and personal control and well-being ( $r=0.461$ ,  $p<0.001$ ). Indicated a statistically highly significant negative correlation between perceptions of control and functional disability in ADL's ( $r=-0.243$ ,  $p<0.01$ ) and extremely significant in IADL's ( $r=-0.364$ ,  $p<0.001$ ). This results show the importance of personal control in successful aging and point to the need to stimulate the ability of individuals to regulate their own lives.

## Keywords

Personal control, successful aging, functional disability, life events



# Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice Geral.....	ix
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
Lista de Anexos.....	xvii
Introdução.....	1
<b>PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>3</b>
1. Controlo Pessoal: Concetualização e Desenvolvimento.....	4
1.1. Definição e Significado do Controlo Pessoal.....	4
1.2. Perceção de Controlo e Processo de Envelhecimento.....	5
2. Dimensões relacionadas com o Controlo Pessoal.....	10
2.1. Fé e Religião.....	10
2.2. Comportamentos e Autoavaliação da Saúde.....	11
2.3. Contexto Social, Cultural e Económico.....	12
2.4. Crenças e Estereótipos associados à Idade.....	13
2.5. Apoio Social.....	13
3. Investigações e Implicações do Controlo Pessoal na Velhice.....	13

<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>19</b>
4. Metodologia do Estudo.....	20
4.1. Enquadramento e objetivos.....	20
4.2. Método.....	21
4.2.1. Desenho de Investigação.....	21
4.2.2. Participantes.....	21
4.2.3. Instrumentos.....	24
4.2.4. Procedimentos.....	29
4.2.5. Análise de Dados.....	31
5. Resultados.....	33
6. Discussão dos Resultados e Conclusões.....	39
Referências.....	47
Anexos.....	51

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - O controlo pessoal, por grupos etários, numa amostra de 1990 constituída por 2.030 residentes americanos.	5
<b>Figura 2</b> - A idade e a média do controlo pessoal dos homens e das mulheres.	6
<b>Figura 3</b> - Diagrama analítico das relações entre acontecimentos passados e recentes que contribuem para o grau de mestria atual.	7
<b>Figura 4</b> - Modelo estrutural que estima o feedback duplo e negativo entre a perda de funcionalidade e a perceção de controlo.	8
<b>Figura 5</b> - Alterações na perceção de controlo pessoal, por faixas etárias, entre pessoas com habilitações de nível superior e pessoas com habilitações inferiores ao nível secundário.	9
<b>Figura 6</b> - Efeito dos acontecimentos stressantes de vida no nível de mestria, com o avançar da idade.	10
<b>Figura 7</b> - Esquematização dos procedimentos do estudo.	30
<b>Figura 8</b> - Comparação entre os índices médios das perceções de controlo por género.	34
<b>Figura 9</b> - Comparação entre os índices médios das perceções de controlo entre sujeitos aos quais ocorreram ou não acontecimentos de vida negativos.	36



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Estudos que sugerem a relação positiva entre controlo pessoal e qualidade e satisfação de vida na velhice.	16
<b>Tabela 2</b> - Caraterização sociodemográfica da amostra (n=188).	22
<b>Tabela 3</b> - Autoavaliação da saúde dos idosos da amostra (n=188).	23
<b>Tabela 4</b> - Avaliação do grau de dependência nas AVD's e AIVD's (n=188).	23
<b>Tabela 5</b> - Caraterização dos participantes em relação ao bem-estar/felicidade (n=188).	24
<b>Tabela 6</b> - Descrição dos acontecimentos negativos de vida (n=188).	24
<b>Tabela 7</b> - <i>Alpha de Cronbach</i> da escala de mestria e respetivas subescalas.	28
<b>Tabela 8</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo pessoal entre grupos etários.	34
<b>Tabela 9</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo pessoal relativamente à variável género.	34
<b>Tabela 10</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo pessoal relativamente à variável escolaridade.	35
<b>Tabela 11</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo em relação à ocorrência ou não de acontecimentos de vida negativos.	35
<b>Tabela 12</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo entre sujeitos que consideram controlar ou não os acontecimentos de vida negativos.	36
<b>Tabela 13</b> - Resultados da comparação das perceções de controlo entre sujeitos que consideram os acontecimentos de vida negativos estáveis ou passíveis de mudança.	37
<b>Tabela 14</b> - Resultados do coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o controlo pessoal e o grau de dependência.	37

**Tabela 15** - Resultados do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o controlo pessoal e a autoavaliação da saúde. 38

**Tabela 16** - Resultados do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o controlo pessoal e o bem-estar/felicidade. 38

## Lista de Acrónimos

INE - Instituto Nacional de Estatística

UE - União Europeia

OMS - Organização Mundial de Saúde

ESAP - European Survey on Aging Protocol

UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos

AVD's - Atividades de Vida Diária

AIVD's - Atividades Instrumentais de Vida Diária

UBI - Universidade da Beira Interior

FCS - Faculdade de Ciências da Saúde

DPE - Departamento de Psicologia e Educação

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

N - Número de indivíduos

M - Média

DP - Desvio-padrão

p - Nível de significância

r - Coeficiente de correlação de *Pearson*

$\alpha$  - *Alpha de Cronbach*

t - Teste *t* de student

ANOVA - Análise de Variância



## Lista de Anexos

<b>Anexo 1</b> - Folha de Informação ao Participante	53
<b>Anexo 2</b> - Consentimento Informado	55
<b>Anexo 3</b> - Questionário de Identificação Geral	57
<b>Anexo 4</b> - Acontecimentos de Vida	59
<b>Anexo 5</b> - Questionário de Bem-Estar/Felicidade	61
<b>Anexo 6</b> - Questionário de Autoavaliação da Saúde	63
<b>Anexo 7</b> - Avaliação das Atividades Pessoais e Instrumentais de Vida Diária	65
<b>Anexo 8</b> - Escala de Mestria	67
<b>Anexo 9</b> - Dados do INE relativos à População Residente na Covilhã	69



## Introdução

A alteração demográfica é uma realidade que está a afetar a Europa e o resto do mundo (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) e os efeitos do envelhecimento demográfico aos vários níveis (e.g., social, económico, financeiro) já se sentem e fazem parte da realidade de todos. Contudo, o impacto da alteração demográfica vai ser mais acentuado para uns países do que para outros, especialmente para os que não adotarem medidas ativas e adaptativas, que travem os efeitos mais negativos do envelhecimento demográfico (União Europeia [EU], 2011).

A preocupação com este fato é elevada, e neste sentido, a União Europeia declarou o Ano de 2012, como o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, cujo objetivo é promover o envelhecimento ativo nas vertentes do emprego, da participação social, da saúde e vida independente, e da solidariedade intergeracional (European Year for Active Aging, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Permite que os indivíduos percebam, através do seu estilo de vida, o seu potencial para o bem-estar e participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, a fim de obterem proteção, segurança e cuidados adequados, quando deles necessitem.

Os estudos atuais sobre qualidade de vida e bem-estar identificam várias dimensões responsáveis por um funcionamento psicológico positivo, que podem ser consideradas fatores de proteção face à potencial adversidade das situações vividas, nomeadamente na velhice (Couto, Koller & Novo, 2006; Queros & Neri, 2005; Ryff, 1995). O controlo pessoal é uma das dimensões identificadas e a sua importância na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos encontra-se documentado.

A literatura sugere que o controlo pessoal está associado a uma melhor saúde física e mental, e parece ter uma contribuição significativa para o bem-estar, uma vez que ajuda os indivíduos a adaptarem-se e a enfrentarem melhor os desafios do envelhecimento (Rowe & Kahn, 1998 cit. in Krause, 2007).

A bibliografia também aponta para um declínio nas perceções de controlo pessoal à medida que as pessoas envelhecem e identifica vários fatores responsáveis quer pela perda quer pela manutenção dessas perceções ao longo do ciclo vital. Assim, e depois de uma breve revisão teórica sobre a temática, vai ser avaliado o controlo pessoal nos idosos residentes na cidade da Covilhã, analisada e discutida a sua relação com outras variáveis (e.g., idade, género, nível educacional, funcionalidade, autoavaliação da saúde, acontecimentos de vida e bem-estar/felicidade).



# PARTE TEÓRICA

# 1. Controlo Pessoal:

## Concetualização e Desenvolvimento

### 1.1. Definição e Significado do Controlo Pessoal

No âmago das relações humanas, quer sejam entre indivíduos quer entre grupos, as relações com o controlo estão sempre presentes. Agressão e conflito, dominação e submissão, negociação e cooperação são alguns dos resultados a que chegam as pessoas para resolver problemas de controlo (Neto, 1998).

O tema do controlo, nas suas mais diversas formas, está presente em todos os aspetos da vida real. Não admira assim, que a psicologia do controlo se tenha tornado uma área de investigação dominante. Numerosas áreas da psicologia, desde a educacional, social, organizacional à clínica, têm fornecido uma ampla evidência do impacto da psicologia do controlo.

Contudo, a grande popularidade da psicologia do controlo suscita alguns problemas, nomeadamente a proliferação de conceitos relacionados com o mesmo. O controlo pessoal é um constructo muito complexo e tem sido estudado através de múltiplos conceitos, tais como o locus de controlo, o locus de causalidade, o controlo desejado, o controlo participado, o controlo partilhado, o controlo percebido e real, os julgamentos contingentes, a autoeficácia, a mestria, a motivação para o poder, a autonomia, a liberdade, a responsabilidade, a reactância psicológica, o desânimo aprendido, o otimismo aprendido e a ilusão do controlo.

No entanto, todas as medidas de avaliação do controlo pessoal partilham a noção de que controlar a própria vida significa exercer autoridade e influenciar os acontecimentos que ocorrem (Mirowsky, 1995). As pessoas percecionam de forma variada esse controlo sobre as suas próprias vidas. Há indivíduos com fortes perceções de controlo, que sentem que podem fazer tudo aquilo que lhes apetece; percecionam-se a si próprios como responsáveis pelos seus sucessos e fracassos e atribuem as infelicidades que lhes ocorrem na vida a erros pessoais. Outros indivíduos possuem fracas perceções de controlo, sentindo pouca capacidade para regular e influenciar os acontecimentos de vida; acreditam que os acontecimentos bons ocorrem, sobretudo, devido à sorte e os problemas e as dificuldades surgem sem que eles possam fazer grande coisa para os evitar (Mirowsky, 1995).

As perceções de controlo pessoal podem ser abordadas através do constructo de mestria, que se refere à compreensão que cada indivíduo tem relativamente à capacidade pessoal de controlar as circunstâncias de vida (Pearlin & Schooler, 1978). Mais especificamente diz respeito ao controlo que os indivíduos julgam ter sobre os acontecimentos significativos de vida, e não tem a ver com a controlabilidade dos acontecimentos em geral (Pearlin, Nguyen, Schieman & Milkie, 2007). Esta vai ser a perspetiva de controlo pessoal adotada no âmbito deste estudo.

A mestria deverá ser encarada não como um traço de personalidade, mas como um importante autoconceito que vai crescendo com a experiência e que sofre mudanças quando ocorrem alterações ou experiências críticas nas vidas dos indivíduos (Pearlin et al., 2007).

As atribuições que as pessoas fazem aos acontecimentos de vida também são importantes e influenciam as perceções de controlo. Weiner propôs três dimensões sobre as quais são realizados os julgamentos relativamente à causalidade dos acontecimentos. A primeira dimensão *interna vs externa*, refere-se a se as causas dos acontecimentos são atribuídas a aspetos da pessoa em oposição aos da situação. A segunda dimensão *estável vs instável*, refere-se a se se espera que as causas persistam ou flutuem no tempo. E, finalmente, a terceira dimensão *controlável vs incontrolável*, refere-se à capacidade percecionada pelo sujeito para atuar sobre a causa de um sucesso, modificando-a ou não (1980 cit. in Neto, 1998). A natureza dos acontecimentos e as atribuições que lhes são feitas também vão ser aspetos analisados neste estudo.

## 1.2. Perceção de Controlo e Processo de Envelhecimento

O conhecimento dos benefícios e das implicações positivas que fortes perceções de controlo acarretam, levou os investigadores a analisarem a forma como as perceções de controlo se alteram, ou não, à medida que as pessoas envelhecem.

Os resultados das investigações revistas, ainda que em número reduzido, apontam para um declínio nas perceções de controlo pessoal com o avançar da idade, conforme se verifica na figura 1 (Mirowsky, 1995, 1997; Ross & Mirowsky, 2002; Wolinsky & Stump, 1996; Wolinsky, Wyrwich, Babu, Kroenke & Tierney, 2003a, 2003b).

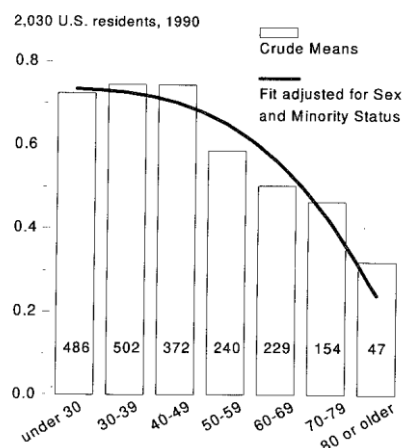
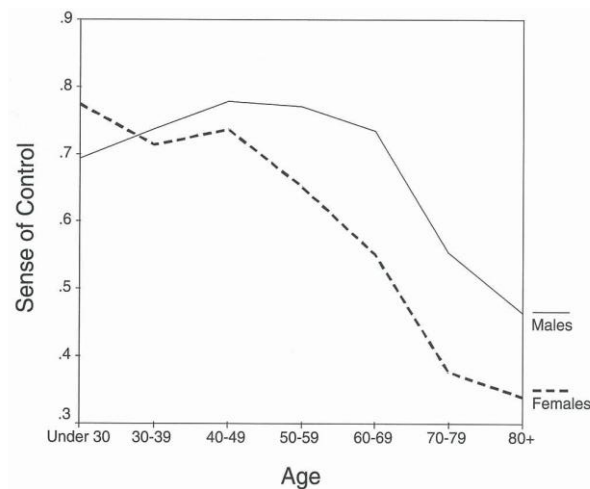


Figura 1. O controlo pessoal, por grupos etários, numa amostra de 1990 constituída por 2.030 residentes americanos (adaptado de Mirowsky, 1995, p.35).

Os estudos analisados indicam que em resposta aos acontecimentos de vida, e à acumulação de experiências positivas e negativas, a mestria aumenta ao longo da

adolescência, estabiliza por volta dos 18 anos até aos 50 anos de idade, e depois declina nas idades mais avançadas (Schieman, 2001 cit. in Reynolds, Burge, Robbins, Boyd e Harris, 2007; Mirowsky, 1995; Ross & Mirowsky, 2002).

A literatura também sugere que nas pessoas idosas existem diferenças de género relativamente às percepções de controlo pessoal, sendo que nas mulheres há um maior declínio das percepções de controlo do que nos homens, embora este resultado seja mais notório nas faixas etárias mais avançadas, como se pode ver na figura 2 (Ross & Mirowsky, 2002). As histórias pessoais de emprego, a escolaridade e a independência física são considerados fatores responsáveis por estas diferenças de género (Ross & Mirowsky, 2002).



**Figura 2.** A Idade e a média do Controlo Pessoal dos Homens e das Mulheres (adaptado de Ross & Mirowsky, 2002, p.135).

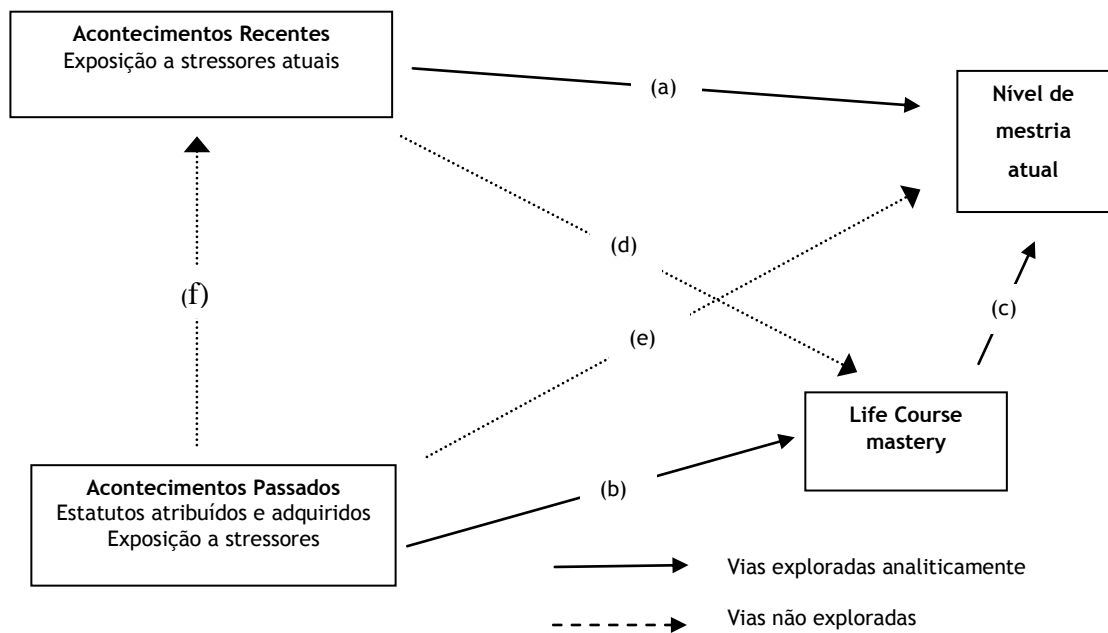
Os estudos revistos indicam que as percepções de controlo não declinam totalmente com o avançar da idade. Alguns domínios do controlo pessoal tendem a perder-se (e.g., parentalidade, produtividade, opções de vida) outros mantem-se ou até se tornam mais fortes (e.g., questões financeiras, McAvay, Seeman & Rodin, 1996 cit. in Krause, 2007; Lackman & Weaver, 1998). As pessoas mais velhas também perdem percepção de controlo sobre os papéis que mais valorizam (Krause, 2007). Este resultado foi de alguma forma surpreendente, na medida em que os trabalhos teóricos desenvolvidos até à data, sugeriam que as pessoas idosas estavam mais motivadas para exercer controlo sobre os papéis que consideravam mais importantes; daí que se esperasse que as percepções de controlo, relativamente a estes papéis, não declinassem com a idade (Hobfoll, 1998 cit. in Krause, 2007). A motivação ou o desejo de manter o controlo perde-se nos papéis mais valorizados e permanece mesmo nos papéis menos valorizados.

O controlo pessoal tende a diminuir com a idade (Mirowsky, 1995, 1997; Ross & Mirowsky, 2002; Wolinsky & Stump, 1996; Wolinsky et al., 2003a, 2003b), como tal torna-se pertinente compreender a origem e o significado das percepções de controlo na velhice. Isto é, conhecer o seu desenvolvimento e as condições que as mantêm ou diminuem. São duas as áreas de

investigação que se debruçam sobre esta questão: condição social dos indivíduos e exposição ao stress.

A primeira tem a ver com a condição social dos indivíduos e considera que aqueles que se encontram em posições mais privilegiadas desfrutam mais do maior sentido de controlo que têm sobre as suas vidas (Ross & Sastry, 1999; Avison & Cairney, 2003; Schieman, 2001 cit. in Pearlin et al., 2007; Lachman & Weaver 1998; Pearlin & Schooler, 1978). A segunda relaciona-se com a exposição ao stress e defende que a mestria flutua com a emergência de acontecimentos adversos e que seguem na direção contrária ao controlo pessoal. Os estudos indicam que as perceções de controlo são abaladas quando as pessoas são confrontadas com a perda involuntária do seu emprego (Avison, 2001; Broman, Hamilton & Hoffman, 2000; Pearlin et al., 1981 cit. in Pearlin et al., 2007) ou obrigadas a ser cuidadores de um familiar que sofre de doença irreversível, como a doença de Alzheimer (Pearlin & Aneshensel, 1994).

Embora o nível de mestria possa variar em função do aparecimento ou desaparecimento de condições nocivas e difíceis de controlar, isto não significa que esse nível seja determinado exclusivamente pelos acontecimentos recentes ou a que atualmente os indivíduos se encontrem expostos. Os estudos mais recentes indicam que o nível de mestria que prevalece nesta fase da vida é suportado quer pelas experiências passadas, quer pelas recentemente ocorridas (Pearlin et al., 2007), conforme é demonstrado na figura 3.



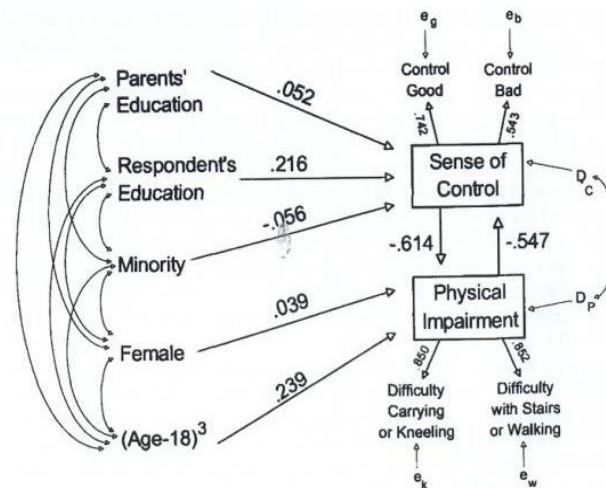
**Figura 3.** Diagrama analítico das relações entre os acontecimentos passados e recentes que contribuem para o grau de mestria atual (adaptado de Pearlin et al. 2007, p.167).

Contudo, a influência dos acontecimentos passados não é necessariamente exercida de forma direta. Estas influências ajudam a construir e a formar aquilo a que os autores designam de *life course mastery*, e que se refere à percepção que as pessoas têm sobre si mesmas, como tendo sido ativas e responsáveis pelas suas trajetórias de vida. Envolve, por parte das pessoas idosas, avaliações retrospectivas acerca do controlo pessoal sobre os acontecimentos que

ocorreram ao longo da vida, e que estão naturalmente relacionadas com as experiências passadas. Estas perceções individuais, uma vez estabelecidas e reforçadas, por longas e diversas experiências, são depois transportadas para a fase tardia do ciclo de vida e influenciam fortemente o nível de mestria na velhice. Os indivíduos que se avaliam como agentes ativos, e que acreditam que têm sido capazes de exercer controlo sobre as suas vidas, têm maior probabilidade de continuar a sentir essa capacidade de controlo no estágio avançado do ciclo de vida (Pearlin et al., 2007).

Uma vez que as perceções de controlo parecem diminuir com a idade, os investigadores têm realizado esforços para identificar as causas desse declínio, sendo já apontados na literatura vários fatores responsáveis por essa perda ou manutenção dessas perceções.

Mirowsky (1995), salientou que a perda de funcionalidade está associada a um declínio nas perceções de controlo pessoal ao longo do ciclo vital. O autor sugeriu que existe uma relação bilateral entre o controlo pessoal e o estado de saúde física, conforme é demonstrado na figura 4. Isto é, um elevado sentido de controlo diminui o nível provável de incapacidade

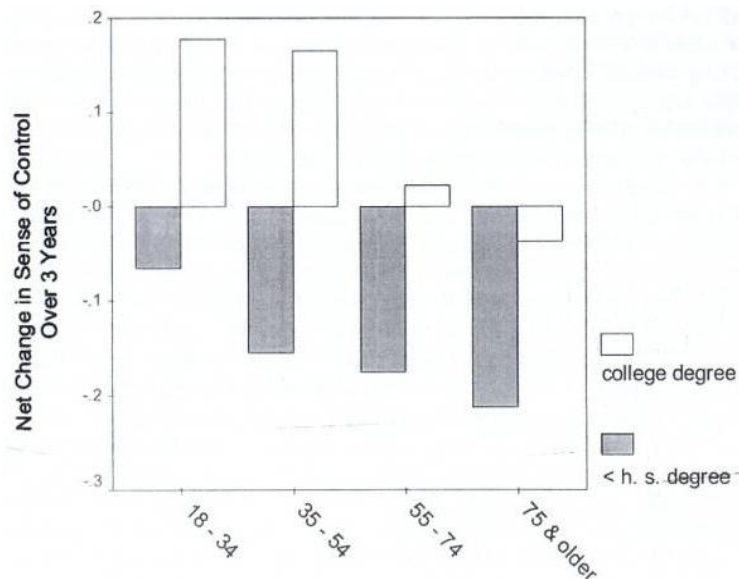


**Figura 4.** Modelo estrutural que estima o feedback duplo e negativo entre a perda de funcionalidade e a percepção de controlo (adaptado de Mirowsky & Ross, 2005, p.43).

funcional e um baixo sentido de controlo aumenta esse nível. Por outro lado, níveis elevados de incapacidade funcional diminuem o controlo pessoal e baixos níveis aumentam esse controlo. O declínio do estado de saúde e o aumento das limitações funcionais influenciam negativamente as perceções de controlo, ao restringir o número de atividades em que os indivíduos podem exercer controlo no seu contexto (Schulz, Wrosch & Heckhausen, 2003 cit. in Cairney & Krause, 2008).

A expectativa subjetiva de vida também pode contribuir para o declínio do controlo, uma vez que os indivíduos que acreditam que vão viver mais tempo, isto é, que têm uma maior expectativa subjetiva de vida mantem fortes perceções de controlo pessoal à medida que vão envelhecendo, e os indivíduos que acreditam que vão viver menos tempo diminuem as suas perceções de controlo (Mirowsky, 1997).

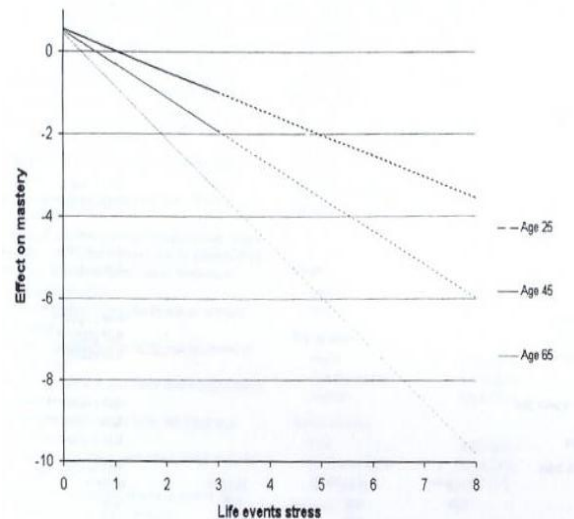
Mirowsky e Ross (2005) indicam que a educação formal ajuda os indivíduos a ganhar controlo sobre as suas próprias vidas e a evitar sentimentos de desânimo. Deste modo, pensa-se que o nível educacional fortalece as perceções de controlo pessoal ao melhorar as capacidades de resolução de problemas e ao permitir um maior acesso a recursos que facilitam o controlo pessoal (e.g., dinheiro, empregos bons). Como tal, indivíduos menos instruídos estão mais sujeitos ao declínio nos sentimentos de controlo pessoal e verifica-se que essa perda é maior para os indivíduos com idades mais avançadas (Ross & Mirowsky, 2002), tal como é demonstrado pela figura 5.



**Figura 5.** Alterações na perceção de controlo pessoal por faixas etárias entre pessoas com habilitações de nível superior e pessoas com habilitações inferiores ao nível secundário (adaptado de Mirowsky & Ross, 2005, p.45).

À medida que se avança na idade, há também um reconhecimento crescente da própria mortalidade, que pode afetar a noção atual de controlo pessoal (Pearlin et al., 2007). Em particular, a idade avançada pode provocar apreensão relativamente à capacidade da pessoa conseguir cuidar de si própria e manter a sua autonomia. Para muitas pessoas idosas, a perda do controlo sobre si próprias e sobre os aspetos da sua vida, pode ser mais difícil de encarar do que a própria morte (Pearlin et al., 2007).

Outro fator relaciona-se com a exposição prolongada a acontecimentos de vida stressantes. Os acontecimentos stressantes de vida afetam negativamente as perceções de controlo pessoal e o seu efeito manifesta-se ao longo do ciclo de vida (Cairney & Krause, 2008). Embora esses acontecimentos interfiram com as perceções de controlo dos adultos jovens e de meia-idade, parece ter um efeito ainda mais pronunciado na velhice, como é evidenciado na figura 6.



**Figura 6.** Efeito dos acontecimentos stressantes de vida no nível de mestria com o avançar da idade (adaptado de Cairney & Krause, 2008, p.168).

A vulnerabilidade associada à velhice parece resultar da perda dos recursos pessoais, sociais e cognitivos que se verifica com a idade (Baltes & Smith, 1999; Krause & Thompson, 1998 cit. in Cairney & Krause, 2008). Ainda assim, intervenções cognitivas que promovam o raciocínio e a velocidade de processamento da informação podem aumentar as perceções de controlo relacionadas com tarefas do domínio cognitivo nos idosos (Wolinsky et al., 2009).

Pearlin et al. (2007) sugerem que existe um aumento da sensibilidade aos stressores na velhice e que também pode contribuir para o declínio do controlo pessoal. Esta linha de investigação indica que o nível de mestria, perante a adversidade, é mais frágil nos idosos mais velhos, o que sugere que muitas pessoas idosas se encontram desprovidas de um valioso recurso psicológico, sobretudo numa fase da vida em que provavelmente precisariam mais dele.

## 2. Dimensões que se relacionam com o Controlo Pessoal

A revisão da literatura aponta outras variáveis que se relacionam e podem interferir com as perceções de controlo, tais como: fé e religião, comportamentos e autoavaliação da saúde, contexto social, cultural e económico, crenças e estereótipos associados à velhice e apoio social.

### 2.1. Fé e Religião

Na velhice, ao contrário dos outros estádios do ciclo de vida, é mais provável que os indivíduos se confrontem com acontecimentos que estão para além do controlo humano, tais

como a deterioração da saúde, a diminuição do tempo de vida e o luto (Pealin & Skaff, 1996 cit. in Schieman et al., 2006). Este fato, associado ao declínio no controlo pessoal que ocorre com a idade, pode contribuir para o aumento das crenças no *controlo divino*, entre os idosos (Krause, 2005). Segundo Schieman et al. (2006), o *controlo divino* refere-se à percepção individual de que Deus controla a direção, os acontecimentos e as consequências da vida de cada um. Reflete a ideia de que Deus controla as trajetórias de vida e decide como vai ser a vida de cada pessoa.

O controlo divino tende a ser muito importante na fase tardia do ciclo de vida, uma vez que a velhice é um período em que os indivíduos refletem sobre as trajetórias de vida, seguidas ou deixadas de lado, e sobre as experiências gratificantes ou as que provocaram sofrimento. Quando os idosos sentem arrependimento e têm pouco tempo para perseguir oportunidades anteriormente perdidas, ou são confrontados com perdas irreversíveis, o assumir a responsabilidade pessoal por esses acontecimentos pode ser desadaptativo, enquanto a crença em Deus e a sua intenção de guiar a vida de cada um, pode ser uma estratégia de coping bem mais eficaz (Jenkins e Pargament, 1988; Peterson, 1999 cit. in Schieman et al., 2006). Encarar as perdas como parte de um plano divino parece assim aliviar o stress nos idosos (Krause, 2003 cit. in Schieman et al., 2006; Krause, 2005).

A investigação sugere que existe uma correlação negativa entre as crenças religiosas e o controlo pessoal (e.g., locus de controlo), em que os indivíduos fortemente religiosos consideram que a sua vida “está nas mãos de Deus” e, como tal, tendem a responder às questões de controlo interno como se não o possuíssem (Lowis, Edwards e Burton, 2009).

## 2.2. Comportamentos e Autoavaliação da Saúde

O constructo do controlo pessoal também foi aplicado especificamente à saúde em 1976 por Wallston, Wallston, Kaplan e Maides (cit. in Angel, Angel & Hill, 2009) que desenvolveram o conceito de *Health Locus of Control (HLC)* e que diz respeito ao grau em que os indivíduos acreditam que a sua saúde está dependente do seu controlo pessoal, em vez de depender de forças externas ou da sorte.

A investigação nas últimas três décadas tem evidenciado uma correlação positiva entre controlo pessoal (e.g., locus de controlo interno) e comportamentos protetores de saúde. Os indivíduos com baixo controlo interno, estão mais suscetíveis a envolverem-se em comportamentos de risco para a saúde, tais como beber em excesso, fumar ou tornarem-se obesos (Lachman & Weaver, 1998); por outro lado, indivíduos com elevado controlo pessoal estão mais motivados para se envolverem em comportamentos que promovam a saúde, como o exercício físico e a dieta (Conn, Tripp & Maas, 2003; Friis, Nomura, Ma & Swan, 2003; Menec & Chipperfield, 1997 cit. in Ruthig, Chipperfield, Perry, Newall e Swift, 2007). Adultos mais velhos que percecionam controlar determinadas funções, tais como a parentalidade, o ser avô/avó, amigo, cuidador, voluntário, crente ou membro de uma qualquer

associação/clube, vivem mais do que aqueles que não têm esta perceção de controlo (Krause, 2007).

De acordo com Lowis et al. (2009), a autoavaliação da saúde e o controlo pessoal também estão positivamente correlacionados, o que sugere que as pessoas necessitam de perceberem um nível razoável de saúde para manter um sentido de controlo sobre as suas vidas. O acesso a um seguro de saúde é um fator essencial na remoção da insegurança e da falta de controlo relativamente à saúde de cada um. Os seguros de saúde acarretam importantes implicações para o bem-estar das pessoas idosas, dada a necessidade crescente de cuidados médicos com o avançar da idade. Se os problemas de saúde não são tratados ou tratados de forma desadequada, a qualidade de vida dos mais velhos diminui e aumenta a necessidade de cuidados a longo termo, por parte das famílias e da sociedade em geral (Angel et al., 2009).

### 2.3. Contexto Social, Cultural e Económico

Embora os benefícios físicos e psicológicos do controlo pessoal para a saúde estejam bem documentados, há que considerar que o contexto social, cultural e económico em que os indivíduos se encontram inseridos pode influenciar e afetar esse controlo. Os estudos indicam que existe uma relação positiva entre estatuto socioeconómico e controlo pessoal (Angel et al., 2009, Caplan & Schooler, 2007, Menaghan & Merves, 1984 cit. in Caplan & Schooler, 2007).

Pessoas idosas inseridas em contextos caracterizados por pobreza e marginalidade revelam perceções de controlo mais baixas sobre diferentes aspetos de vida, incluindo a própria saúde (Angel et al., 2009), acreditam menos que são capazes de controlar as suas vidas (Menaghan & Merves, 1984 cit. in Caplan & Schooler, 2007) e adotam mais frequentemente estratégias de coping centradas na emoção (e que podem exacerbar mais os problemas) do que as centradas no problema. Por sua vez, essas estratégias de coping afetam o seu bem-estar emocional (Caplan & Schooler, 2007).

A relação positiva que se observa entre o estatuto socioeconómico e o controlo pessoal está documentada na literatura e são basicamente duas as explicações para a associação entre estas variáveis. A primeira relaciona-se com o maior acesso a recursos que os indivíduos de estatuto socioeconómico elevado têm, que resulta num conjunto elevado de atividades diárias e consequentemente, estes indivíduos podem envolver-se mais em atividades que fortaleçam o seu sentido de controlo pessoal (Hughes & Demo, 1989 cit. in Barbarechi, Sanderman, Kempen e Ranchor, 2008). A segunda tem a ver com a ideia de que os conflitos sociais e as situações incontroláveis prevalecem mais em contextos socioeconómicos desfavorecidos. As pessoas com estatutos socioeconómicos mais baixos estão mais expostas a relações conflituosas e eventos incontroláveis, e consequentemente reportam níveis mais baixos de controlo pessoal (Taylor & Seeman, 1999 cit. in Barbarechi et al., 2008; Bailis et al., 2001; Galanos, Strauss & Pieper, 1994; Mirowsky & Ross, 1990; Ross & Mirowsky, 1989; Thoits, 1995 cit. in Caplan & Schooler, 2007).

## 2.4. Crenças e Estereótipos associados à Velhice

As investigações sobre o *ageism* mostraram que os estereótipos associados à idade, bem como a discriminação devido à idade pelos grupos de idosos mais novos, afetam a vida dos seniores em múltiplas áreas (Baltes & Reizenzein, 1986; Bowling, 1999; Glover & Branine, 2001 cit. in Wurm, Tesch-Romer & Tomasik, 2007). Ao aplicarem os estereótipos associados à idade a si próprios - auto estereótipos, as pessoas idosas influenciam a sua saúde ao nível cognitivo, funcional, fisiológico e psicológico.

As perspetivas individuais sobre o processo de envelhecimento estão estreitamente ligadas às crenças e perceções de controlo, sendo os ganhos relacionados com a idade percecionados como mais controláveis do que as perdas (Heckhausen & Baltes, 1991 cit in Wurm et al., 2007). As perceções de controlo são consideradas fundamentais para a manutenção de uma perspetiva otimista sobre o desenvolvimento pessoal na meia-idade e na velhice (Brandtstadter, 1992 cit. in Wurm et al., 2007).

## 2.5. Apoio Social

Durante algum tempo a literatura também sustentou a ideia de que o apoio prestado por pessoas significativas ajuda a manter elevadas as perceções de controlo pessoal (Caplan, 1981 cit. in Krauss, 2007), embora os trabalhos de Wolinsky et al. (2003a) não tenham corroborado a existência de uma relação linear entre apoio social e manutenção do controlo pessoal na velhice. A divergência encontrada nos resultados das investigações está possivelmente relacionada com a forma como é medido o apoio social. O apoio social é um constructo multidimensional e, como tal, devem ser avaliadas as suas várias dimensões. Krause (2007) estudou o apoio real (apoio fornecido por familiares e amigos até à data) e o apoio antecipado (a crença de que o apoio virá quando a necessidade surgir). Os resultados indicam que o apoio antecipado, ao contrário do real, está associado a mudanças nas perceções de controlo ao longo do tempo, ajudando a travar a perda dessas perceções, embora esses benefícios só se verifiquem nos indivíduos por volta dos 75 anos ou mais (Krause, 2007).

## 3. Investigações e Implicações do Controlo Pessoal na Velhice

De acordo com Baltes e Baltes (1990 cit. in Baltes, Staundinger & Lindenberger, 1999), o envelhecimento bem-sucedido depende da existência de objetivos de vida e dos recursos que tornam esses objetivos potencialmente alcançáveis. Na velhice, segundo os mesmos autores, isto ocorre através de um mecanismo designado de otimização seletiva com compensação. De acordo com este conceito, o cérebro envelhecido compensa algumas capacidades perdidas,

através da otimização seletiva de outras capacidades. A limitação dos recursos (e.g., tempo, energia, capacidades físicas ou mentais) inerentes à existência humana impõe uma seleção de objetivos ou domínios de funcionamento, uma vez que nem todas as oportunidades podem ser conseguidas. Para se alcançarem bons níveis de funcionamento nesses objetivos ou domínios selecionados, as pessoas precisam de adquirir, atribuir e refinar os seus recursos internos ou externos (otimização). Finalmente, para que esse ótimo nível de funcionamento se mantenha, quando perdas ou declínios ocorrem, são necessários mecanismos compensatórios. Os idosos podem ser assim, mais flexíveis que adultos mais jovens na seleção de estratégias de coping e otimizar o seu bem-estar perante as adversidades.

O princípio da otimização seletiva com compensação também se aplica ao desenvolvimento psicossocial. Carstensen, Fung e Charles (2003) sugeriram que com a idade, as pessoas se tornam mais seletivas nos seus contatos sociais, relacionando-se apenas com aqueles que vão ao encontro das suas necessidades e satisfação emocional. Esses contatos significativos, selecionados através de estratégias centradas na emoção, podem ajudar as pessoas idosas a compensarem a perda de controlo sobre determinados aspetos, ou seja, a lidar com as limitações e constrangimentos das suas vidas.

As pessoas têm necessidade de sentir controlo sobre os acontecimentos das suas vidas para se adaptarem eficazmente às etapas do ciclo vital. Heckhausen e Schulz (1993 cit. in Afonso, 2012) consideram que essa adaptação se faz através do controlo primário, que consiste na ativação e execução de condutas instrumentais de modificação dos acontecimentos, e do controlo secundário, que se refere a adaptações a nível cognitivo (e.g., alteração da avaliação e significado da situação, diminuição da deseabilidade do objetivo, realização de comparações sociais favoráveis). Segundo esta perspetiva os indivíduos, independentemente da idade, utilizam preferencialmente o controlo primário e exercem controlo secundário nas situações em que não é possível recorrer ao controlo primário (Heckhausen e Schulz, 1993 cit. in Afonso, 2012). Ora, com o envelhecimento há a ocorrência de muitas perdas e, sobretudo, perdas irreversíveis e que não podem ser recuperadas através de modificações instrumentais, como é o caso da perda de pessoas significativas e das doenças crónicas. Nestas circunstâncias, a utilização de estratégias de controlo secundário são mais frequentes e adaptativas (Afonso, 2012).

Assim, apesar do controlo pessoal ser considerado uma das variáveis psicológicas e sociais mais importantes (Krause, 2003 cit. in Krause, 2007) e de alguns autores defenderem que ter fortes perceções de controlo é a chave para o envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1998 cit. in Krause, 2007), há que considerar que existe alguma variabilidade na velhice. O controlo percebido na velhice torna-se mais adaptativo quanto mais próximo se encontrar da capacidade real de controlo (Afonso, 2012). Isto é, em situações não controláveis e irreversíveis (e.g., em que o indivíduo não pode mesmo alterar), frequentes na velhice, a perceção de controlo pode ser contraproducente a vários níveis, nomeadamente na mobilização de estratégias de coping adaptativas (Afonso, 2012).

Ainda assim, a literatura sugere que fortes percepções de controlo pessoal estão associadas a uma melhor saúde física, mental e à adoção de comportamentos protetores da saúde (Caputo, 2003; Krause, 2007; Lachman & Weaver, 1998; Ruthig et al., 2007), bem como a uma autoavaliação da saúde mais positiva (Lowis et al., 2009).

A revisão da literatura indica que um maior controlo pessoal está associado a uma redução na reatividade física e emocional aos acontecimentos stressantes da vida diária (Neupert, Almeida & Charles, 2007; Ong, Bergeman & Bisconti, 2005), a baixos níveis de stress percecionados (Cameron, Armstrong-Stassen, Orr & Loukas, 1991 cit. in Neupert et al., 2007), bem como a um menor risco de depressão (Yates, Tennstedt & Chang, 1999 cit. in Neupert et al., 2007). Quando se considera a relação da atividade física com o stress, os estudos sugerem que o impacto positivo do exercício físico é ampliado quando os indivíduos percecionam níveis elevados de mestria (Cairney, Faulkner, Veldhuizen & Wade, 2009).

Alguns investigadores têm sugerido que os adultos mais idosos são emocionalmente menos reativos aos stressores do que os adultos mais jovens (Uchino, Berg, Smith, Pearce & Skinner, 2006 cit. in Neupert et al., 2007). As teorias do ciclo de vida sobre regulação emocional suportam a ideia de que há menos reatividade emocional ao stress com o avançar da idade (Carstensen, 1993; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Labouvie-Vief & DeVoe, 1991; Lang, Staudinger & Carstensen, 1998 cit. in Neupert et al., 2007).

A teoria da seletividade socio-emocional sugere uma melhor regulação das emoções entre as pessoas mais idosas (Carstensen, 1993; Carstensen et al., 1999 cit. in Carstensen et al., 2003) e uma melhor regulação emocional é fundamental para um envelhecimento bem-sucedido (Carstensen et al., 2003). Esta teoria postula que a percepção que os indivíduos têm do tempo, não em termos de relógio ou calendário mas do seu ciclo de vida, é uma característica humana fundamental e desempenha um papel essencial no comportamento motivado e na seleção de objetivos de vida (Carstensen et al., 1999 cit. in Carstensen et al., 2003). Normalmente, os objetivos são estabelecidos em função do contexto temporal e a seleção dos mesmos depende da perspetiva de tempo. Quando o tempo é percecionado “sem fim” (e.g., como é tipicamente característico da adolescência), metas mais extensas ou alargadas são perseguidas; por outro lado, quando se percecionam restrições ou limitações temporais (e.g., como acontece com as pessoas mais idosas) os objetivos são selecionados em função das experiências emocionais que acarretam (Carstensen et al., 2003). As pessoas, à medida que vão envelhecendo e se apercebendo que o “tempo está a acabar”, optam por perseguir objetivos emocionais, pois esses permitem obter uma resposta imediata, que face às limitações de tempo, se tornam uma mais-valia. Esta importância crescente dos objetivos emocionais pode ser uma das razões pelas quais os idosos utilizam, mais que os adultos mais jovens, estratégias de coping centradas na emoção (Carstensen et al., 2003).

Lazarus (1999) referiu a importância de escolher estratégias de coping adequadas ao tipo de problema que se enfrenta, mas segundo Carstensen et al. (2003) a perspetiva de tempo que os indivíduos têm geralmente altera a relevância do problema, bem como as suas opções de resolução. De uma forma geral, para as pessoas que têm um futuro longo pela frente, as

estratégias de coping centradas na emoção não são adaptativas, uma vez que distraem o indivíduo e o impedem de aplicar medidas diretas que removam o stressor em causa. Por outro lado, as pessoas que percebem o tempo como sendo mais limitado, encaram o futuro como menos relevante e as experiências emocionais no presente tornam-se mais importantes. Assim, e de acordo com os autores, o uso de estratégias centradas na emoção contribui para que os indivíduos mais velhos sintam um maior controlo sobre as suas emoções. Estas diferenças de idade, no controlo e regulação emocional, ajudam a explicar, independentemente das perdas inevitáveis que ocorrem na velhice, porque é que os idosos continuam a demonstrar elevados níveis de satisfação de vida e menos solidão, que os adultos mais jovens (Carstensen et al., 2003).

A literatura indica que os sistemas que governam e lidam com pessoas, e promovem o controlo pessoal, contribuem para a saúde e felicidade (Burn, 1992; Deci & Ryan, 1987, Langer & Rodin 1976, Miller & Monge, 1986; Timko & Moos, 1989 cit. in Myers, 2002).

A manutenção de um certo nível de controlo pessoal parece também estar associado a maior qualidade e satisfação de vida na velhice, conforme podemos ver nos estudos apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1. Estudos que sugerem a relação positiva entre Controlo Pessoal e Qualidade e Satisfação de Vida na Velhice**

<b>Autores</b>	<b>Principais Conclusões</b>
<b>Seligman (1975)</b>	A perda de LCI devido à institucionalização diminui a satisfação de vida das pessoas idosas
<b>Flynn (1986 cit. in Lowis et al., 2009)</b>	Relação positiva entre LC e satisfação de vida e LC e autoatualização
<b>Lowis e Raubenheimer (1997 cit. in Lowis et al., 2009)</b>	Os indivíduos com um nível elevado de integridade têm um resultado mais elevado no LC interno do que os de baixo nível de integridade
<b>Smith et al. (2000 cit. in Lowis et al., 2009)</b>	O controlo percebido é o fator que melhor prediz a mortalidade, morbilidade e bem-estar na idade adulta
<b>Windser et al. (2007)</b>	Elevado nível de controlo está associado a um aumento na longevidade e a um envelhecimento bem-sucedido

---

<b>Kostka e Jachmowicz (2010)</b>	O otimismo disposicional, um locus de controlo interno de saúde e a autoeficácia estão associados a um envelhecimento sadio, que se expressa em níveis elevados de qualidade de vida
---------------------------------------	--

---

Relativamente ao constructo de mestria, a investigação salienta a importância no que concerne à sua relação com o stress e a saúde, e indica que a mestria pode mediar a relação entre stressores e saúde mental (Schieman, 2002; Turner & Loyd, 1999 cit. in Pearlin et al. 2007) e moderar o impacto adverso que os acontecimentos negativos acarretam (Turner & Roszell, 1994 cit. in Pearlin et al., 2007; Lachman & Weaver, 1998). Sugere ainda que a mestria tem uma associação positiva ao bem-estar, mesmo na presença de acontecimentos de vida stressantes (Keith, 2004; Turner & Loyd, 1999 cit. in Pearlin et al., 2007; Caputo, 2003).

O presente trabalho debruça-se sobre as questões do controlo pessoal e pretende analisar e caracterizar esta variável na população envelhecida da cidade da Covilhã.



## **PARTE EMPÍRICA**

## 4. Metodologia do Estudo

Neste capítulo é apresentada a metodologia do estudo “*Controlo Pessoal e Envelhecimento: Um Estudo na Cidade da Covilhã*”. Inicia-se pela apresentação das questões de investigação que permitem a formulação dos objetivos de estudo. Em seguida é apresentado o método, fazendo-se referência ao desenho de investigação, participantes, instrumentos de recolha de dados, procedimentos realizados e análise de dados.

### 4.1. Enquadramento e objetivos

Tendo em conta a revisão da literatura, o controlo pessoal é apontado como um determinante na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos envelhecidos (e.g., Couto, Koller & Novo, 2006). Foi devido à importância desta dimensão na velhice, que neste estudo se abordaram as questões do controlo pessoal na população envelhecida da cidade da Covilhã.

No presente estudo, e de acordo com as fontes teóricas revistas, assume-se que as perceções de controlo pessoal tendem a declinar com o envelhecimento (e.g., Mirowsky, 1995, Ross & Mirowsky, 2002), pressupondo-se assim que o controlo pessoal vá diminuindo à medida que as pessoas apresentam mais idade.

A literatura sugere que as características sociodemográficas (género, nível educacional) e a capacidade funcional (e.g., Mirowsky, 1995, Mirowsky & Ross, 2005) afetam as perceções de controlo pessoal contribuindo para o seu declínio, daí a inclusão destas variáveis no esquema de investigação. Serão também aspetos analisados no âmbito deste estudo, os acontecimentos de vida e as atribuições que lhes são feitas.

O controlo pessoal e a autoavaliação da saúde também são referenciados nas fontes teóricas como estando positivamente correlacionados pelo que, neste estudo, se pressupõe que as pessoas que avaliam mais favoravelmente a sua saúde tenham perceções de controlo mais elevadas (Lowis et al., 2009).

A revisão da literatura sugere, ainda, que a manutenção de um certo nível de controlo pessoal está associado a uma maior qualidade e satisfação de vida, contribuindo assim para o bem-estar dos indivíduos envelhecidos (e.g., Kostka & Jachmowicz, 2010, Seligman, 1975, Windser et al., 2007). Esta associação também vai ser explorada na presente investigação.

Esta investigação tem como objetivos:

1. Avaliar as perceções de controlo pessoal em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã;
2. Averiguar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre pessoas idosas de diferentes grupos etários;

3. Analisar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre pessoas idosas do género feminino e masculino;
4. Averiguar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade;
5. Analisar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre sujeitos que consideram a ocorrência ou não de acontecimentos de vida negativos;
6. Averiguar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre sujeitos que consideram controlar ou não controlar os acontecimentos de vida negativos;
7. Averiguar se existem diferenças nas perceções de controlo pessoal comparativamente entre sujeitos que consideram os acontecimentos negativos de vida estáveis/permanentes ou passíveis de mudança;
8. Analisar a relação entre a dependência funcional e as perceções de controlo pessoal;
9. Analisar a relação entre a autoavaliação da saúde e as perceções de controlo pessoal;
10. Analisar a relação entre o bem-estar/felicidade e as perceções de controlo pessoal.

## **4.2. Método**

### **4.2.1. Desenho de Investigação**

O presente estudo é observacional, uma vez que os indivíduos foram observados e as suas características registadas, não tendo sido realizada qualquer intervenção sobre os mesmos (Dawson & Trapp, 2011). Trata-se de um estudo descritivo transversal, pois foram desenvolvidos procedimentos que permitiram a obtenção de informação acerca da população em estudo e os dados recolhidos num único período temporal (Ribeiro, 1999). Considera-se, ainda, um estudo quantitativo uma vez que a informação obtida foi medida e quantificada para se poderem tirar conclusões.

### **4.2.2. Participantes**

A amostra do estudo (n= 188) é constituída por pessoas com mais de 65 anos residentes, no domicílio ou em Instituições, nas quatro freguesias urbanas da cidade da Covilhã (São Pedro, São Martinho, Santa Maria e Conceição).

Os participantes têm idades compreendidas entre os 64 e os 96 anos, sendo a média de idades dos sujeitos 75 anos (DP=6,68), e a mediana e a moda ambas de 74 anos de idade. Dos indivíduos inquiridos 115 (61,2%) são do sexo feminino e 73 (38,8%) do sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, 115 (61,2%) idosos são casados, 55 (29,3%) são viúvos e 10 (5,3%) solteiros, encontrando-se os restantes divorciados (n=3, 1,6%) ou a viver em união de fato (n=3, 1,6%), sendo que 2 (1%) sujeitos não responderam a esta questão.

Quanto ao nível de escolaridade, mais de metade da amostra (n=96, 51,1%) tem o ensino primário, 28 (14,9%) tem frequência de  $\leq 8$  anos de escolaridade, 31 (16,5%) frequentaram  $\geq 9$  anos de escolaridade sem ensino secundário e 16 (8,5%) possuem ensino superior. Nesta amostra de idosos apenas 15 (8,0%) são analfabetos e 2 (1%) não responderam a esta questão.

Em relação à situação face à reforma, a grande maioria dos indivíduos encontram-se reformados (n=184, 97,9%), sendo apenas 3 (1,6%) os que se encontram profissionalmente ativos. Um (0,5%) sujeito não respondeu a esta pergunta.

Nesta amostra apenas 5 (2,7%) sujeitos estão institucionalizados em lares de idosos e 182 (96,8%) não se encontram institucionalizados, sendo que apenas 1 (0,5%) participante não respondeu. A maioria dos idosos vive no domicílio com o cônjuge (n= 108, 57,5%), 46 (24,5%) idosos vivem sozinhos, 17 (9,0%) vivem com o(s) filho(s) e os restantes 17 (9,0%) indivíduos residem noutras condições (e.g., comunidades, pensões).

No que respeita à religiosidade, a maioria (n=172, 91,5%) dos idosos desta amostra consideram-se pessoas religiosas, 14 (7,5%) idosos não se consideram crentes e 2 (1,0%) indivíduos não responderam a esta questão. Os dados apresentados podem ser visualizados na tabela 2.

**Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=188)**

Variáveis	N	%
<b>Género</b>		
Masculino	73	38,8
Feminino	115	61,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado	115	61,2
União de Fato	3	1,6
Viúvo	55	29,3
Solteiro	10	5,3
Divorciado	3	1,6
Não Responderam	2	1,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	15	8,0
Ensino Primário	96	51,1
<8 anos de escolaridade	28	14,9
>9 anos de escolaridade s/ ES	31	16,5
Ensino Superior	16	8,5
Não Responderam	2	1,0
<b>Situação face à Reforma</b>		
Reformados	184	97,9
Não Reformados	3	1,6
Não Responderam	1	0,5
<b>Com quem Vivem</b>		

Cônjuge	108	57,5
Filho(s)	17	9,0
Sozinho(a)	46	24,5
Outra Situação	17	9,0
<b>Institucionalizados</b>		
Sim	5	2,7
Não	182	96,8
Não responderam	1	0,5
<b>Religiosidade</b>		
Religiosos	172	91,5
Não Religiosos	14	7,5
Não Responderam	2	1,0

Relativamente à autoavaliação da saúde, 82 (43,6%) idosos desta amostra percebem a sua saúde como aceitável, 54 (28,7%) autoavaliam a sua saúde como boa e 9 (4,8%) idosos consideram ter uma saúde muito boa. Com uma autoavaliação fraca da saúde encontram-se 33 (17,6%) idosos, 9 (4,8%) revelam uma percepção muito fraca do seu estado de saúde e 1 (0,5%) sujeito não respondeu a esta questão. Estes dados podem ser consultados na tabela 3.

**Tabela 3. Autoavaliação da saúde dos idosos da amostra (n=188)**

	N	%
Muito Boa	9	4,8
Boa	54	28,7
Aceitável	82	43,6
Fraca	33	17,6
Muito Fraca	9	4,8
Não Responderam	1	0,5

Quando questionados acerca da sua independência ou dependência em relação às diversas atividades de vida diária, verificou-se que 55,9% (n=105) dos indivíduos são independentes no que se refere às atividades básicas de vida diária (AVD's), sendo que 43,6% (n=82) revelaram dependência em pelo menos uma atividade e 1 sujeito (0,5%) não respondeu. Relativamente às atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), 61,2% (n=115) dos idosos são independentes, 37,8% (n=71) manifestaram dependência em pelo menos uma atividade, sendo que 2 (1,0%) não responderam a esta questão. Estes dados são apresentados na tabela 4.

**Tabela 4. Caracterização dos participantes em relação à funcionalidade (n=188)**

	N	%
<b>AVD's</b>		
Pessoas independentes	105	55,9
Pessoas dependentes em pelo menos 1 atividade	82	43,6
Não Responderam	1	0,5

AIVD's		
Pessoas independentes	115	61,2
Pessoas dependentes em pelo menos 1 atividade	71	37,8
Não Responderam	2	1,0

Em relação ao Bem-estar/Felicidade, 59 (31,4%) dos indivíduos sentem-se muito felizes com a sua vida atual e 14 (7,4%) não se sentem nada felizes. Entre estes valores de Bem-estar/Felicidade encontram-se 146 (60,7%) indivíduos da amostra, sendo que apenas 1 (0,5%) não respondeu. Estes dados podem ser observados na tabela 5.

**Tabela 5. Caracterização dos participantes em relação ao bem-estar/felicidade (n=188)**

	N	%
Nada Feliz	14	7,4
Pouco Feliz	27	14,4
Feliz	87	46,3
Muito Feliz	59	31,4
Não Responderam	1	0,5

Por fim, dos acontecimentos negativos de vida que ocorreram aos participantes nos últimos 12 meses, destacam-se os relacionados com a perda de familiares/amigos (n=23, 12,2%). Cerca de 21 (11,2%) são problemas familiares, 16 (8,5%) têm a ver com problemas ao nível da saúde, 4 (2,1%) são problemas financeiros, 1 (0,5%) é devido à institucionalização, 1 (0,5%) ao desemprego e outro (0,5%) a acidente pessoal. Estes dados são apresentados na tabela 6.

**Tabela 6. Descrição dos acontecimentos negativos de vida (n=188)**

	N	%
Problemas Familiares	21	11,2
Problemas de Saúde	16	8,5
Problemas Financeiros	4	2,1
Institucionalização	1	0,5
Desemprego	1	0,5
Morte de familiares/amigos	23	12,3
Acidentes Pessoais	1	0,5
Não Responderam	121	64,4

### 4.2.3. Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de investigação cuja estrutura se baseou no ESAP - The European Survey on Aging Protocol (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini et al., 2004). O ESAP foi traduzido e adaptado para sete países europeus (e.g., Áustria, Finlândia, Alemanha, Polónia, Itália, Espanha e Portugal)

e é um instrumento de avaliação interdisciplinar que tem sido utilizado no âmbito de um estudo piloto sobre o envelhecimento humano, e que fornece informação a vários níveis (cognitivo, emocional, social, físico, etc.), bem como dos fatores que se relacionam com o processo de envelhecimento. A versão portuguesa é de Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo (1999) e foi cedida para este estudo pela UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos. Desse protocolo, constituído por um conjunto diverso de questionários de autorresposta, apenas foram utilizados para atingir os objetivos deste estudo, os Indicadores de Identificação Geral, o Questionário de Bem-estar/Felicidade (Lykken & Tellegen, 1996), o item de Autoavaliação da Saúde (adaptado por Paúl et al., 1999), a Escala das Atividades Pessoais e Instrumentais de Vida Diária (adaptado por Paúl et al., 1999) e a Escala de Mestria (Pearlin & Schooler, 1978).

### ***Indicadores de Identificação Geral***

No presente estudo foi utilizado um Questionário de Identificação Geral (cf. Anexo 3), que engloba um conjunto de questões abertas e fechadas relativamente à caracterização do sujeito (idade, data de nascimento, género, profissão, estado civil, filiação, nível de escolaridade, residência, religião, instituições frequentadas, serviços auferidos e verificar se o sujeito é cuidador). Este questionário foi construído com base no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999) e de acordo com os objetivos dos investigadores que integraram a “Investigação sobre Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na Cidade da Covilhã”, em que se insere o presente estudo.

As variáveis de identificação geral que vão ser alvo de análise são a idade cronológica, o género, o nível de escolaridade, o estado civil, a residência, a religião, a situação face à reforma e a institucionalização.

### ***Acontecimentos de Vida***

Os acontecimentos de vida são eventos específicos, delimitados temporalmente, que implicam importantes mudanças e adaptações por parte dos indivíduos (Afonso, 2012). No presente estudo foram medidos em função da sua presença, controlabilidade e estabilidade (cf. Anexo 4) e, para esse efeito, foram elaboradas algumas questões com base nas dimensões das atribuições causais de Weiner (1980 cit. in Neto, 1998). Os participantes foram questionados sobre a ocorrência de acontecimentos negativos de vida no decorrer dos últimos 12 meses. Em caso afirmativo, centravam-se num desses acontecimentos, descreviam-no sucintamente e pronunciavam-se relativamente a se o controlavam ou não e se o consideravam estável/permanente ou passível de mudança.

### ***Bem-estar/Felicidade***

Para avaliar o Bem-estar utilizou-se o questionário de Lykken e Tellegen (1996) também utilizado no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Este questionário parece ser uma medida sólida e válida do constructo do Bem-estar, que se refere à “*disposição ou tendência para se sentir bem consigo próprio e com o ambiente circundante*” (Lykken & Tellegen, 1996, p.186). É constituído por um item/questão mais quatro questões adicionais, em que os participantes indicam a sua opinião (cf. Anexo 5), numa escala de 1 a 4, relativamente ao grau de Bem-estar/Felicidade que sentem com a sua vida atual. Depois exprimem o seu grau de concordância ou de discordância, numa escala tipo Likert (1= discordo, 2= discordo ligeiramente, 3= concordo ligeiramente e 4= concordo), em relação aos seguintes itens: 1) Para já, alcancei as coisas importantes que queria na vida 2) Se eu pudesse voltar atrás, não mudaria quase nada na minha vida 3) O que as outras pessoas fazem e as atitudes que têm determinam o meu grau de felicidade e 4) Os acontecimentos que estão fora do meu controlo determinam o meu grau de felicidade.

A fidelidade deste questionário é boa dado que o valor do teste-reteste a 30 dias é  $r = 0.90$  e o coeficiente de consistência interna, expresso pelo *Alpha de Cronbach*, é  $\alpha = 0.92$ . Neste estudo também foi calculada a consistência interna do instrumento, embora se tenha obtido um Alpha de Cronbach considerado, segundo DeVellis (1991), inaceitável ( $\alpha = 0,32$ ). Deste modo, para análise dos dados optou-se por utilizar apenas o primeiro item/questão do questionário, medida muito utilizada de forma isolada nos estudos que avaliam o Bem-estar/Felicidade.

### ***Autoavaliação da Saúde (adaptado por Paúl et al., 1999)***

A autoavaliação da saúde diz respeito à perceção que a pessoa tem do seu próprio estado de saúde e foi medida a partir do item inscrito no ESAP (Fernández-Ballesteros et al., 2004), o qual faz parte da versão portuguesa adaptada por Paúl et al. (1999). Os participantes tinham que se posicionar, numa escala tipo likert (1- Muito boa, 2- Boa, 3- Aceitável, 4- Fraca e 5- Muito Fraca) relativamente à seguinte questão: Em geral como considera a sua saúde? (cf. Anexo 6). Foi selecionada esta medida de avaliação, em detrimento de outras, por se tratar da questão de avaliação utilizada no “Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento” e, como tal, ser capaz de avaliar convenientemente a saúde percebida dos indivíduos. Há já 30 anos atrás Mossey e Shapira (1982) mostraram que uma simples questão sobre a autoavaliação de saúde (“Para a sua idade, de forma geral, considera a sua saúde excelente, boa, razoável, pobre ou muito pobre?”) revelou ser um dos melhores preditores de mortalidade, sendo que vários estudos posteriores vieram confirmar este dado.

***Atividades Pessoais e Instrumentais de Vida Diária (adaptado por Paúl et al., 1999)***

A capacidade funcional do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos movimentos e atividades da vida diária (OMS, 2002), sendo que essas atividades se dividem em duas categorias: as atividades básicas de vida diária (AVD's) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD's). As primeiras refletem a capacidade ou não para o autocuidado básico, tal como: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, deslocar-se, comer, transferir-se da cama/cadeira, subir e descer escadas, ter continências urinária e fecal. As segundas indicam a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui: a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar os meios de transportes, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar as próprias finanças, tomar conta dos medicamentos e tratar dos assuntos pessoais e administrativos.

São muitos os instrumentos utilizados para avaliação da funcionalidade em gerontologia, sendo os mais conhecidos: o Índice de Katz, o Índice de Kenny, o Índice de Barthel, a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton. Contudo, ao ser feita uma revisão sobre os referidos instrumentos verificou-se que os mesmos são utilizados de diferentes formas, especialmente no que concerne à classificação da dependência/independência e das atividades envolvidas, o que dificulta a uniformização dos conceitos e a comparabilidade dos estudos. Assim sendo, optou-se por medir a funcionalidade através da Escala de Atividades de Vida Diária - básicas e instrumentais - inserida no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999), nas quais os participantes indicavam o grau de dificuldade (1- não sente dificuldade, 2- sente alguma dificuldade, 3- sente muita dificuldade e 4- totalmente dependente) que percecionavam nas atividades que lhes foram apresentadas (cf. Anexo 7). De acordo com os contatos realizados com a UNIFAI e os investigadores ligados à adaptação destas escalas, teve-se conhecimento que os pontos de corte ainda não foram estabelecidos, pelo que para se descrever a amostra relativamente à funcionalidade, agruparam-se as respostas considerando “pessoas independentes” vs “pessoas com dependência em pelo menos uma atividade”.

***Mestria (Perceção de Controlo)***

A perceção de controlo pessoal refere-se à compreensão que cada indivíduo tem relativamente à capacidade pessoal de controlar as circunstâncias significativas de vida (Pearlin & Schooler, 1978) e foi medida através da Escala de Mestria de Pearlin e Schooler (1978) também contemplada do ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Esta escala é constituída por 13 afirmações que refletem a forma de lidar com os problemas do dia-a-dia e de confronto com as situações críticas (cf. Anexo 8). Cada afirmação tem quatro categorias de resposta possíveis (discordo= 1, discordo ligeiramente= 2, concordo ligeiramente= 3 e concordo= 4) e os participantes foram questionados acerca do seu grau de concordância ou

discordância, em termos do nível de controlo que sentem exercer em relação às seguintes afirmações:

- 1)Tenho pouco controlo sobre o que me acontece;
- 2)Quando tenho problemas, gosto de os resolver sozinho(a);
- 3)Com frequência surgem obstáculos no meu caminho;
- 4)Sou do tipo de pessoa que controla as situações;
- 5)Alguns dos problemas que eu tenho não têm mesmo solução;
- 6)O que me acontecer no futuro depende essencialmente de mim;
- 7)Pouco posso fazer para alterar as coisas de que não gosto;
- 8)Posso fazer praticamente tudo em que decido meter-me;
- 9)Sinto-me com frequência desanimado(a) ao lidar com os problemas da vida;
- 10)Sou capaz de fazer tudo o que necessito fazer;
- 11)Por vezes sinto que estou a ser arrastado(a) pelos acontecimentos de vida;
- 12)Sei como obter ajuda quando necessito;
- 13)Sinto-me com frequência sobrecarregado(a) com o que tenho para fazer.

As afirmações ímpares correspondem à escala de controlo externo (7 itens), as possibilidades de resposta variam entre 7 e 28, em que os resultados mais baixos, após recodificação dos itens, indicam elevadas perceções de controlo externo. As afirmações pares correspondem à escala de controlo interno (6 itens), as possibilidades de resposta variam entre 6 e 24, encontrando-se os resultados mais elevados associados a maiores perceções de controlo interno. A amplitude das possibilidades de resposta para a escala global varia entre 13 e 52, em que os resultados mais elevados indicam maiores perceções de controlo pessoal (> controlo interno) e os resultados mais baixos indicam menores perceções de controlo pessoal.

Esta escala foi seleccionada, em detrimento de outras que avaliam o controlo pessoal, por se tratar da medida de avaliação deste constructo utilizada no ESAP - versão portuguesa (Paúl et al., 1999). Por outro lado, constitui-se como uma boa medida de avaliação, uma vez que a sua consistência interna é satisfatória ( $\alpha = 0.76$ ) e estudos prévios demonstraram que possui boa validade externa (Cairney et al., 2009). No âmbito deste estudo foi calculada a consistência interna global desta escala que, segundo DeVellis (1991), é considerada boa. Na tabela 7 podem ser observados os valores do *Alpha de Cronbach* da escala global e das suas subescalas.

Tabela 7 - *Alpha de Cronbach* da escala de mestria e respetivas subescalas

	<i>Alpha de Cronbach</i>
Escala de Controlo (Total)	0.73
Subescala de Controlo Externo	0.70
Subescala de Controlo Interno	0.60

#### 4.2.4. Procedimentos

Numa primeira fase, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica acerca do tema, que permitiu efetuar o estado da arte, concetualizar e fundamentar o estudo, definindo-se a problemática e os constructos a abordar.

Foi posteriormente cedido o protocolo de investigação pela UNIFAI- Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos, que contemplava os instrumentos de avaliação que iam ser utilizados, sendo selecionadas desse protocolo apenas as medidas de avaliação que iam ao encontro dos interesses dos diversos investigadores que integraram a “Investigação sobre o Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã”, realizada pela Faculdade Ciências da Saúde (FCS) e pelo Departamento de Psicologia e Educação (DPE) da Universidade da Beira Interior (UBI).

Os dados foram colhidos por 12 investigadores que foram previamente treinados e supervisionados por docentes da FCS e DPE, por forma a uniformizar-se a aplicação dos protocolos. Cada investigador realizou um pré-teste para testar o protocolo de avaliação e verificar a necessidade de alguma alteração. Detetou-se, nos itens de avaliação da capacidade física, a necessidade de explicar com mais clareza as diferentes competências relacionadas (e.g., condição física, flexibilidade, resistência, velocidade), pelo que foram elaboradas explicações adicionais a serem verbalizadas aquando a aplicação dos protocolos.

De seguida, pediu-se a colaboração do Centro de Saúde da Covilhã para se aceder ao universo de idosos residentes na cidade e daí retirar uma amostra representativa. Salienta-se que o ficheiro do Serviço Nacional de Saúde continha um N= 4179, valor muito próximo do registo do Instituto Nacional de Estatística em 2011 (N= 4085; cf. Anexo 10). No entanto, detetou-se que alguns indivíduos já tinham falecido, outros mudaram de residência ou não viviam nas quatro freguesias urbanas, daí que o número total de indivíduos envelhecidos residentes na cidade passasse a ser N= 3868. Foi então retirada aleatoriamente uma amostra de 188 participantes, estratificada por género (masculino e feminino) e 2 grupos etários (65 -  $\leq$  74 anos e  $\geq$  75 anos), tendo resultado no final quatro subgrupos amostrais [grupo A - homens com 65 até 74 anos (n=38); grupo B - homens com  $\geq$  75 anos (n=35); grupo C - mulheres com 65 até 74 anos (n=63); grupo D - mulheres com  $\geq$  75 anos (n=52)]. Os elementos para cada subgrupo da amostra foram selecionados de forma aleatória sistemática (Ribeiro, 1999), isto é, os sujeitos foram ordenados por ordem alfabética e escolhidos segundo o critério de 10 em 10, e depois de 5 em 5 até perfazer o total de participantes para cada subgrupo.

Obtidos os quatro grupos amostrais foi realizada uma organização dos indivíduos por zonas ou ruas de residência e distribuídos aos investigadores para a recolha dos dados. As entrevistas decorreram no domicílio e nas Instituições próximas desta população (e.g., Paróquias, Universidade Sénior, Espaço das Idades, Lares de Idosos), a quem foi pedida e aceite a colaboração (através de contato telefónico e presencial). A duração foi apenas de uma sessão e de aproximadamente 1 hora e 30 minutos para cada participante. As informações, na maioria dos casos, foram registadas pelos entrevistadores embora se os

indivíduos soubessem ler e escrever e tivessem vontade, poderiam os próprios preencher os questionários de forma autónoma. Os instrumentos foram preenchidos pela ordem pela qual foram apresentados no protocolo, sendo que entre aplicações se invertia o processo, ora começando pelo início do protocolo ora pelo fim.

Aos participantes foi lida e entregue uma folha de informação do propósito do estudo e de todos os procedimentos que iam ser realizados (cf. Anexo 1), bem como do consentimento informado (cf. Anexo 2), onde foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Este foi posteriormente datado e assinado, pelo próprio ou pessoa responsável, e dada a autorização para utilização da informação de forma sigilosa, com a finalidade exclusiva de pesquisa científica.

A figura 7 apresenta, de forma esquemática, o procedimento utilizado no estudo.

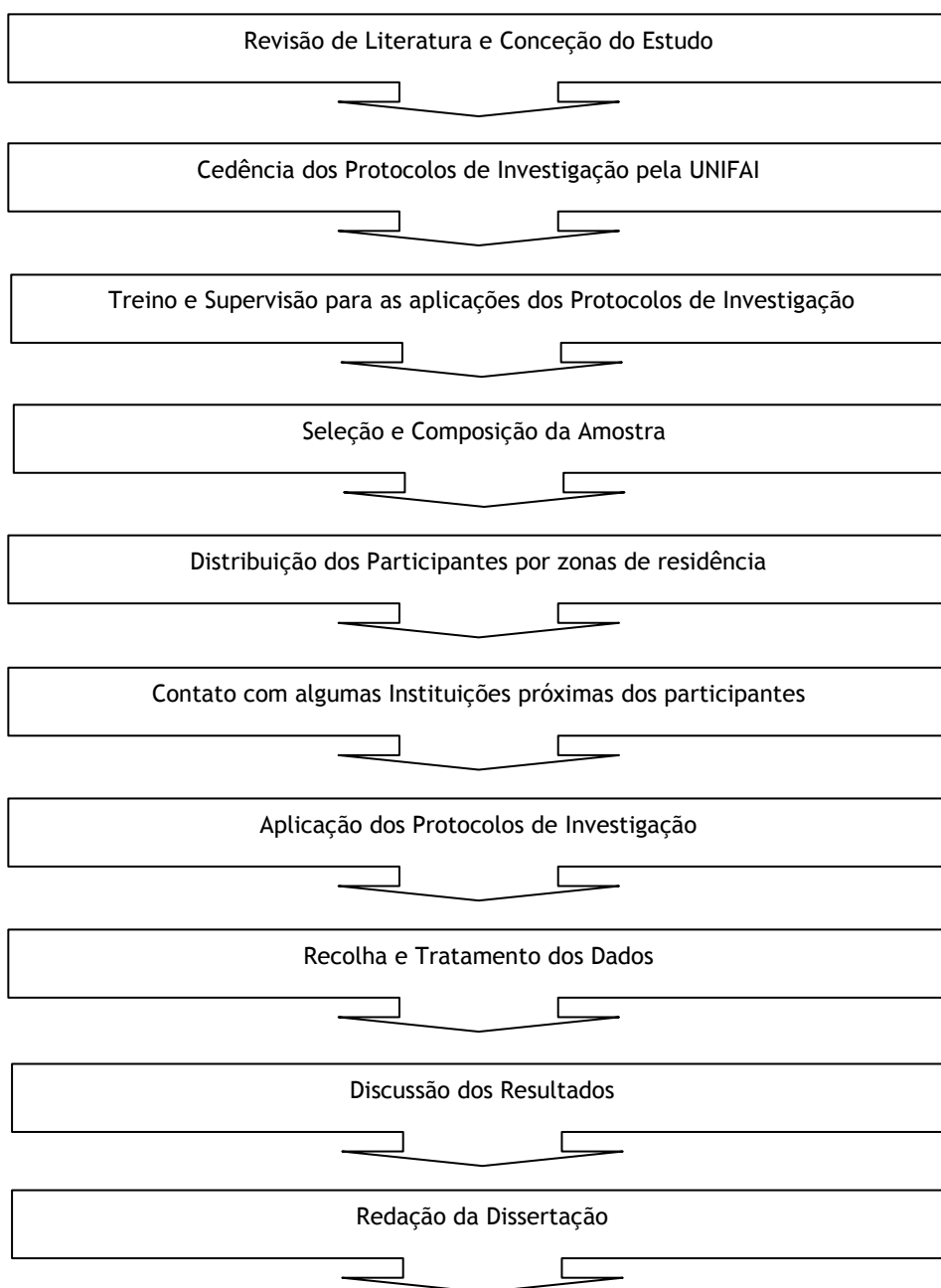


Figura 7. Esquemática dos Procedimentos do Estudo

#### 4.2.5. Análise de Dados

O tratamento e análise de dados foram realizados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19 e foram utilizados vários tipos de análise estatística.

Recorreu-se à análise descritiva dos dados para caracterizar a amostra do estudo, nomeadamente ao cálculo de frequências, média, mediana, moda, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. Devido à ausência de pontos de corte na escala de Mestria, os dados foram analisados em função da comparação entre a mediana teórica e a mediana observada, sendo o valor da mediana teórica calculado pela fórmula:  $(\text{Máximo Teórico} - \text{Mínimo Teórico}) / 2 + \text{Mínimo Teórico}$

Tendo em conta o  $n$  da amostra, considerou-se a distribuição dos dados normal, tendo por base o teorema do limite central (Maroco, 2003), que pressupõe que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a dimensão da média amostral tende para a distribuição normal ( $n > 100$ ).

Considerando a normalidade da distribuição utilizou-se uma metodologia paramétrica. Recorreu-se ao Teste  $t$  de Student ( $t$ ) para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias de dois grupos independentes e a análise de variância (ANOVA) para a comparação das médias de mais de dois grupos. Foi também calculado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) para avaliar a relação linear entre variáveis. Segundo Diamantopoulos e Schlegelmilch (1997 cit. in Poeschl, 2006) considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0.8; a relação é considerada moderada se o coeficiente se encontrar entre 0.4 e 0.8 e tende a ser vista como fraca, se o coeficiente for inferior a 0.4. Adotou-se o intervalo de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ) como estatisticamente significativo.

Calculou-se, ainda, a consistência interna da escala de mestria, bem como das suas subescalas, através do *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ), medida de fiabilidade interna do instrumento. O *Alpha de Cronbach* varia numa escala de 0 a 1. Quanto mais elevado for o seu valor, mais elevadas são as correlações entre os itens do instrumento, o que significa que maior é a homogeneidade dos itens e a consistência de que esses itens medem a mesma dimensão ou constructo. DeVellis (1991) considera que um *alpha* com valor inferior a 0,50 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e quando maior ou igual a 0,90 é excelente.



## 5. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados em função da organização dos objetivos do estudo. Primeiro são avaliadas as percepções de controlo e de seguida averiguam-se as diferenças nas percepções de controlo entre grupos etários, género e níveis de escolaridade. Depois apresentam-se as diferenças nas percepções de controlo entre sujeitos que consideram ou não a ocorrência de acontecimentos negativos de vida, entre sujeitos que consideram controlar ou não esses acontecimentos e entre sujeitos que consideram os acontecimentos negativos de vida estáveis/permanentes ou passíveis de mudança. Por fim, são apresentados os resultados da análise da relação entre o controlo pessoal e a dependência funcional, a autoavaliação da saúde e o bem-estar.

### **Avaliar as percepções de controlo em pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã**

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a mediana observada na amostra (40) foi superior ao valor da mediana teoricamente esperada (32,5). Esta amostra possui elevado controlo pessoal, sendo que 148 (78,7%) sujeitos têm percepções de controlo acima da mediana teórica, 34 (18,1%) sujeitos possuem percepções de controlo abaixo da mediana teórica e 6 (3,2%) sujeitos não responderam aos itens da escala.

Analisando o controlo pessoal ao nível das subescalas, constata-se que na subescala do controlo externo a mediana observada (20) foi superior à teoricamente esperada (17,5). São 130 (69,1%) os sujeitos com percepções de controlo externo acima da mediana teórica e 52 (27,7%) abaixo da mesma, sendo que 6 (3,2%) sujeitos não deram resposta.

Relativamente à subescala do controlo interno, a maioria dos sujeitos ( $n=156$ , 83,0%) apresenta percepções de controlo interno acima da mediana teórica e 29 (15,4%) abaixo desse valor, não tendo respondido 3 (1,6%) sujeitos. Assim se verificou que a mediana observada na amostra (19) foi, uma vez mais, superior ao valor teoricamente esperado (15).

### **Averiguar se existem diferenças nas percepções de controlo comparativamente entre grupos etários, género e níveis de escolaridade**

Os resultados indicam que os sujeitos do grupo de idades dos 80-89 anos apresentam a média de controlo pessoal mais elevada ( $M=40,37$ ;  $DP=5,37$ ), seguidos dos sujeitos do grupo etário dos 90-99 anos ( $M=39,67$ ;  $DP=6,66$ ). Os grupos etários mais jovens apresentam percepções de controlo pessoal mais baixas comparativamente aos grupos etários referidos, sendo a média de controlo pessoal 39,00 ( $DP=6,15$ ) para o grupo dos 69-69 anos e 37,76 ( $DP=7,26$ ) para o grupo dos 70-79 anos, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $F=1,416$ ;  $p>0,05$ ). Estes dados podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8. Resultados da comparação das perceções de controlo entre grupos etários

Intervalos de Idade	N	Média	DP	Df (B;W)	F
60-69 anos	53	39,00	6,15	3;178	1,416
70-79 anos	91	37,76	7,26		
80-89 anos	35	40,37	5,37		
90-99 anos	3	39,67	6,66		

Nota: \* p <0,05; \*\* p <0,01; \*\*\* p <0,001

Relativamente ao género, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente muito significativas ( $t=-3,28$ ;  $p<0,01$ ) entre pessoas idosas do género feminino e masculino, em que as mulheres idosas apresentam pontuações médias de controlo pessoal mais baixas ( $M=37,40$ ;  $DP=6,87$ ) do que os homens idosos ( $M=40,62$ ;  $DP=5,76$ ). Estes dados podem ser consultados na tabela 9 e figura 8.

Tabela 9. Resultados da comparação das perceções de controlo relativamente à variável género

Género	N	Média	DP	Df	t
Feminino	111	37,40	6,87	180	-3,28**
Masculino	71	40,62	5,76		

Nota: \* p <0,05; \*\* p <0,01; \*\*\* p <0,001

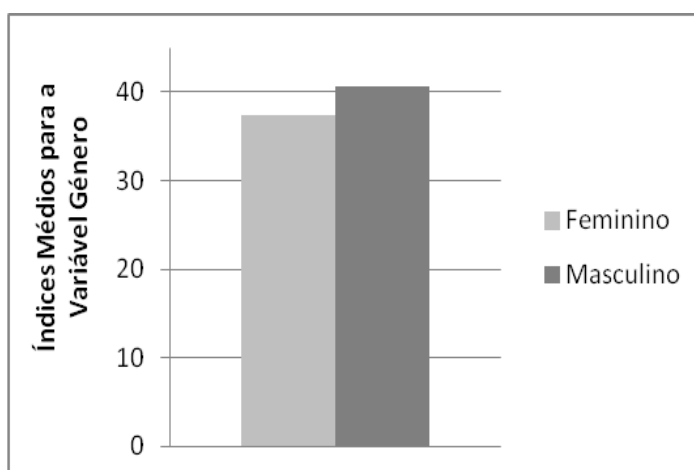


Figura 8. Comparação entre os índices médios das perceções de controlo por género

No que diz respeito às diferenças observadas, entre pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade, os resultados indicam que os sujeitos analfabetos são os que apresentam índices médios mais baixos de controlo pessoal ( $M=34,92$ ;  $DP=7,26$ ) e os sujeitos com  $\geq 9$  anos de escolaridade s/ Ensino Secundário (ES), os que apresentam pontuações médias de controlo pessoal mais elevadas ( $M=40,14$ ;  $DP=5,30$ ), comparativamente aos outros níveis de escolaridade; contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $F=1,733$ ,  $p>0,05$ ). Estes resultados podem ser observados na tabela 10.

**Tabela 10. Resultados da comparação das perceções de controlo relativamente à variável escolaridade**

Níveis de Escolaridade	N	Média	DP	Df (B;W)	F
Analfabeto	13	34,92	7,26	4;175	1,733
Ensino Primário	95	38,66	6,76		
$\leq 8$ anos de escolaridade	28	37,75	6,23		
$\geq 9$ anos de escolaridade s/ ES	28	40,14	5,30		
Ensino Superior	16	40,06	7,17		

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

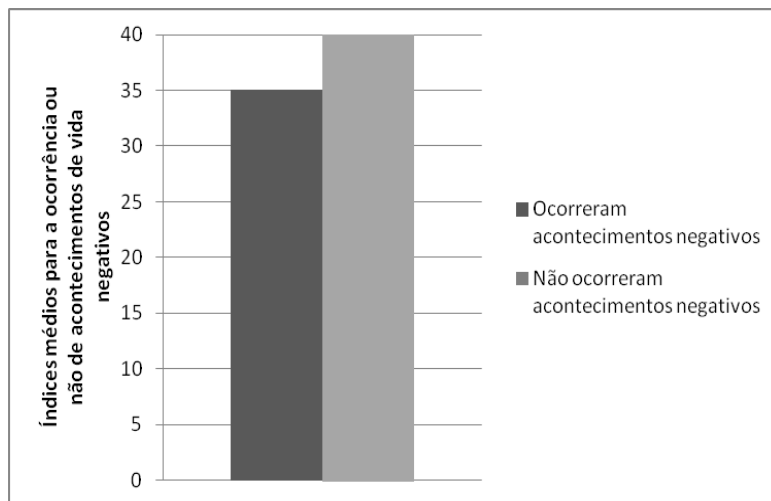
#### **Analisar se existem diferenças nas perceções de controlo comparativamente entre sujeitos que consideram a ocorrência ou não de acontecimentos de vida negativos**

Os resultados obtidos indicam que os idosos que consideram que não ocorreram acontecimentos negativos nos últimos 12 meses de vida apresentam maior controlo pessoal ( $M=40,74$ ;  $DP=5,79$ ), comparativamente aos idosos que consideram ter sofrido algum acontecimento de vida negativo ( $M=35,05$ ;  $DP=6,55$ ), sendo as diferenças extremamente significativas estatisticamente ( $t=6,052$ ,  $p<0,001$ ). Estes dados podem ser consultados na tabela 11 e figura 9.

**Tabela 11. Resultados da comparação das perceções de controlo em relação à ocorrência ou não de acontecimentos de vida negativos**

Acontecimentos Negativos	N	Média	DP	Df	t
Ocorreram	66	35,05	6,55	178	6,052***
Não ocorreram	114	40,74	5,79		

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$



**Figura 9.** Comparação entre os índices médios das percepções de controlo entre sujeitos aos quais ocorreram ou não acontecimentos de vida negativos.

#### **Averiguar se existem diferenças nas percepções de controlo comparativamente entre sujeitos que consideram controlar e não controlar os acontecimentos de vida negativos**

No que diz respeito à controlabilidade dos acontecimentos, os dados obtidos indicam que as pontuações no controlo pessoal são mais elevadas para os sujeitos que consideram controlar os acontecimentos negativos de vida, com uma média de 37,81 (DP=5,58) comparativamente aos sujeitos que consideram que os acontecimentos negativos de vida não dependem de si (M=34,25; DP=6,81); contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $t=1,897$ ;  $p>0,05$ ). Estes dados podem ser visualizados na tabela 12.

**Tabela 12.** Resultados da comparação das percepções de controlo entre sujeitos que consideram controlar ou não os acontecimentos de vida negativos

Acontecimentos Negativos	N	Média	DP	Df	t
Controlam	16	37,81	5,58	65	1,897
Não controlam	51	34,25	6,81		

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

#### **Averiguar se existem diferenças nas percepções de controlo comparativamente entre sujeitos que consideram os acontecimentos negativos de vida estáveis/permanentes ou passíveis de mudança**

Relativamente à estabilidade dos acontecimentos, os resultados obtidos indicam que as percepções de controlo pessoal são mais elevadas para os sujeitos que consideram os acontecimentos de vida negativos passíveis de mudança, com um valor médio de 35,95

(DP=5,66) comparativamente aos sujeitos que os consideram estáveis e permanentes (M=34,72;DP=7,50); contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $t=-0,663$ ;  $p>0,05$ ). Estes dados podem ser observados na tabela 13.

**Tabela 13. Resultados da comparação das perceções de controlo entre sujeitos que consideram os acontecimentos de vida negativos estáveis ou passíveis de mudança**

Acontecimentos Negativos	N	Média	DP	Df	t
Estáveis	36	34,72	7,50	56	-0,663
Passíveis de mudança	22	35,95	5,66		

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

### **Analisar a relação entre a Dependência funcional, a Autoavaliação da Saúde e o Bem-Estar/Felicidade e as Perceções de Controlo Pessoal**

A análise realizada com o coeficiente de correlação de Pearson, entre a dependência nas atividades básicas de vida diária (AVD's) e as perceções de controlo pessoal, indica uma correlação negativa estatisticamente muito significativa, classificada segundo Diamantopoulos e Schlegelmilch (1997 cit. in Poeschl, 2006) como fraca ( $r=-0,243$ ;  $p<0,01$ ). Assim, existe uma tendência para que os idosos com maior dependência nas atividades básicas de vida diária possuam perceções de controlo pessoal mais baixas. Simultaneamente, idosos com menor dependência nestas atividades possuem perceções de controlo pessoal mais elevadas.

Relativamente à relação entre a dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) e as perceções de controlo, os resultados indicam que existe uma correlação negativa extremamente significativa ao nível estatístico, classificada segundo os mesmos autores como moderada ( $r=-0,364$ ;  $p<0,001$ ). Deste modo, verifica-se uma tendência para que os idosos mais dependentes nestas atividades tenham perceções de controlo pessoal mais baixas. Ao mesmo tempo, níveis baixos de dependência estão associados a maiores perceções de controlo pessoal. Os resultados destas análises, quer das AVD's quer das AIVD's, podem ser consultados na tabela 14.

**Tabela 14. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson entre o controlo pessoal e dependência funcional**

Dependência Funcional	N	Controlo Pessoal
AVD's	181	- 0,243**
AIVD's	180	- 0,364***

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

No que diz respeito à relação entre a autoavaliação da saúde e as perceções de controlo pessoal, os resultados indicam a existência de uma correlação positiva fraca (Diamantopoulos & Schlegelmilch, 1997 cit. in Poeschl, 2006) mas extremamente significativa ao nível estatístico ( $r=0,323$ ;  $p<0,001$ ). Assim, existe uma tendência para que os idosos que avaliam mais favoravelmente a sua saúde tenham perceções de controlo mais elevadas. Simultaneamente, idosos com perceções de controlo pessoal mais baixas autoavaliam a sua saúde menos favoravelmente. Estes dados podem ser consultados na tabela 15.

**Tabela 15. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson entre o controlo pessoal e a autoavaliação da saúde**

	N	Controlo Pessoal
<b>Autoavaliação da Saúde</b>	182	0,323***

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Por fim, a análise da relação entre o bem-estar/felicidade e as perceções de controlo pessoal, revela que existe uma correlação positiva moderada (Diamantopoulos & Schlegelmilch, 1997 cit. in Poeschl, 2006), extremamente significativa ao nível estatístico ( $r=0,461$ ,  $p<0,001$ ). Isto é, há uma tendência para que os indivíduos que possuem perceções de controlo mais elevadas manifestem maiores índices de bem-estar/felicidade. Ao mesmo tempo, os indivíduos que revelam índices de bem-estar mais baixos possuem menor controlo pessoal. Estes resultados podem ser observados na tabela 16.

**Tabela 16. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson entre o controlo pessoal e o bem-Estar/felicidade**

	N	Controlo Pessoal
<b>Bem-Estar/Felicidade</b>	182	0,461***

Nota: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## 6. Discussão dos Resultados e Conclusões

Avançando para uma análise dos dados obtidos, globalmente os resultados indicaram que os participantes percecionam elevado controlo pessoal. Isto é, os idosos que integraram este estudo apresentam, na sua maioria, perceções de controlo acima do que era esperado, o que revela uma tendência para que estes indivíduos percecionem controlo e influencia sobre os vários acontecimentos das suas vidas. Estes dados sugerem que as perceções de controlo pessoal continuam fortes na população envelhecida, corroborando os estudos apontados na revisão da literatura que indicam que estas perceções não declinam totalmente com o avançar da idade, havendo domínios do controlo pessoal que se mantêm ou até se tornam mais fortes nos estádios avançados do ciclo de vida (e.g., Lachman & Weaver, 1998). Embora não tenham sido analisados, no âmbito deste estudo os domínios do controlo pessoal, certo é que alguns se mantêm ou fortalecem pois grande parte dos indivíduos da amostra apresentam perceções de controlo elevadas. Estes resultados podem estar relacionados com características específicas da amostra, nomeadamente com a institucionalização dos sujeitos, que parece ser muito reduzida (n=5). Sabe-se que a institucionalização faz com que as pessoas percam controlo sobre as suas vidas (Seligman, 1975) e sintam que já não têm influência sobre aquilo que lhes acontece. O fato da maioria dos participantes residirem no seu domicílio pode contribuir para o aumento do controlo percebido pelos próprios, e levar os sujeitos a sentir que exercem autoridade e influência sobre o que lhes acontece. A elevada independência funcional que se observou, quer nas atividades básicas quer instrumentais de vida diária, também pode ajudar a explicar os valores elevados de controlo pessoal que foram encontrados.

Por outro lado, os resultados da análise da subescala do controlo externo indicaram que 27,7% dos indivíduos da amostra percecionam valores elevados de controlo externo, o que possivelmente pode estar relacionado com a variável religiosidade. Grande parte dos sujeitos da amostra (91, 5%) consideram-se religiosos e, como tal, acreditam que Deus ou uma Entidade Superior controla a direção, os acontecimentos e as consequências das suas vidas (Schieman et al., 2006). No entanto, este controlo divino (externo) apesar de frequente e importante nesta fase do ciclo de vida, parece não afetar o controlo pessoal (interno) que os indivíduos percecionam sobre os acontecimentos significativos das suas vidas.

No presente estudo obtiveram-se resultados mais elevados de controlo pessoal para os grupos de idosos mais velhos do que para os grupos de idosos mais novos, o que não vai ao encontro dos estudos que apontam para um declínio nas perceções de controlo pessoal com o avançar da idade (e.g., Mirowsky, 1995, 1997, Ross & Mirowsky, 2002). Observou-se uma tendência para as pessoas com mais idade apresentarem perceções de controlo mais elevadas, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Possivelmente, e uma vez mais, estes resultados podem relacionar-se com características próprias desta amostra, nomeadamente com o fato da maioria dos participantes no estudo não apresentarem

grandes dependências funcionais. Outra explicação para estes resultados pode ser devida aos intervalos de idade incluídos na amostra. Os estudos que corroboram o declínio do controlo com a idade, geralmente incluem nas suas amostras adultos mais jovens (a partir dos 18 anos de idade) e, neste estudo, só participaram adultos a partir dos 64 anos.

Relativamente às diferenças no controlo pessoal entre pessoas idosas do género feminino e masculino, os resultados indicaram que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre homens e mulheres, em que as idosas apresentam pontuações médias de controlo pessoal mais baixas do que os idosos. Estes dados vão ao encontro dos estudos prévios (Ross & Mirowsky, 2002) que sugerem que os homens idosos percebem maior controlo do que as mulheres idosas. Isto pode estar relacionado com os diferentes papéis sociais que os homens e as mulheres idosas assumiram ao longo das suas vidas. Comparando com os homens idosos, as mulheres idosas enfrentaram ao longo da vida maiores dificuldades e desvantagens a vários níveis. Por um lado, a maioria das mulheres idosas, ao nível das suas histórias profissionais, nunca trabalhou a tempo inteiro, devido às obrigações familiares e domésticas, ou experienciou interrupções no emprego à medida que essas obrigações aumentavam. Já os homens idosos tipicamente trabalharam ao longo das suas vidas, o que lhes permitiu maior estabilidade profissional, melhores empregos e remunerações. Este fator, segundo Ross & Mirowsky (2002), reforça significativamente a percepção de controlo pessoal e, uma vez que as mulheres idosas tiveram desvantagens a este nível, isso pode ter ajudado a gerar nelas um sentido de controlo pessoal mais baixo.

Outra explicação, para as diferenças observadas no controlo pessoal entre estes homens e estas mulheres, poderá estar relacionada com as fortes diferenças de género a que foram sujeitas as mulheres pertencentes à geração incluída nesta amostra. Estas idosas cresceram num tempo em que às mulheres eram dadas poucas oportunidades de prosseguir estudos e fazer carreira, esperando-se delas a tarefa de cuidar dos irmãos ou constituir e cuidar da sua própria família. A literatura indica que a educação ajuda os indivíduos a ganharem controlo sobre as suas próprias vidas (Ross & Mirowsky, 2002). Dado que as oportunidades de educação entre estes homens e mulheres foram diferentes, esta pode ser uma possível razão para o fato das mulheres apresentarem percepções de controlo mais baixas do que os homens. Provavelmente nas gerações futuras, as diferenças no controlo pessoal entre homens e mulheres idosas tenderão a esbater-se e a tornar-se mais subtis, pois hoje em dia o acesso à educação, por parte das mulheres, é ligeiramente diferente.

Em relação às diferenças observadas nas percepções de controlo pessoal comparativamente entre pessoas idosas com diferentes níveis de escolaridade, os resultados obtidos indicam que os indivíduos com menor escolaridade são os que apresentam índices médios de controlo pessoal mais baixos, o que vai ao encontro dos estudos que referem que indivíduos menos instruídos estão mais sujeitos ao declínio nas percepções de controlo pessoal (e.g., Mirowsky & Ross, 2005). Contudo, não se verificam percepções de controlo mais elevadas para os indivíduos com maiores habilitações literárias, e as diferenças entre os níveis de escolaridade também não são significativas, pelo que não se pode inferir que melhores

capacidades de resolução dos problemas e um maior acesso a recursos, proporcionados pela educação formal, fortaleçam as percepções de controlo pessoal (Mirowsky & Ross, 2005).

No que se refere à ocorrência ou não de acontecimentos negativos nos últimos 12 meses de vida dos idosos, a análise dos resultados obtidos indica que os indivíduos que consideraram não ocorrerem esse tipo de acontecimentos possuem maiores percepções de controlo pessoal comparativamente aos indivíduos que consideraram ter sofrido algum acontecimento de vida negativo, sendo as diferenças extremamente significativas ao nível estatístico. Assim, neste estudo, constata-se que a ocorrência de acontecimentos de vida negativos tende a alterar as percepções de controlo, tornando-as mais baixas, dados estes que vão ao encontro dos resultados obtidos, por exemplo, por Cairney e Krause (2008). Da mesma forma, a não ocorrência de acontecimentos negativos influencia positivamente as percepções de controlo, tornando-as mais elevadas. Estes resultados também corroboram a ideia defendida por Pearlin et al. (2007) de que o controlo pessoal não é um conceito estático mas dinâmico que sofre alterações quando ocorrem experiências críticas na vida dos indivíduos.

Os acontecimentos de vida negativos que foram referidos pelos idosos (e.g., perda de familiares, problemas de saúde) são eventos muito frequentes na velhice, que implicam mudanças e adaptações importantes por parte dos indivíduos (Afonso, 2012). A forma como esses acontecimentos são percebidos pelos idosos é essencial para a avaliação positiva ou negativa que fazem dos mesmos, e para o modo como depois lidam com esses aspetos de vida. Assim, a percepção que as pessoas têm de poder controlar os acontecimentos também pode influenciar a avaliação que fazem dos mesmos, considerando-os negativos ou positivos. No grupo de idosos que consideraram não ocorrerem acontecimentos negativos, podem encontrar-se indivíduos cujas percepções de controlo são elevadas e, mesmo na presença de perdas e acontecimentos stressantes, fazem uma avaliação positiva dos mesmos. Deste modo, elevadas percepções de controlo pessoal podem alterar a forma de avaliação dos acontecimentos, o que vai ao encontro dos estudos que sugerem que um maior controlo pessoal está associado a uma redução na reatividade física e emocional aos acontecimentos stressantes (e.g, Neupert et al., 2007, Ong et al., 2005) e aos que indicam que a mestria pode moderar o impacto adverso que os acontecimentos negativos acarretam (Lachman & Weaver, 1998, Turner & Roszell, 1994 cit. in Pearlin et al, 2007).

Por outro lado, segundo Carstensen et al. (2003), a perspetiva de tempo que os indivíduos têm em relação aos problemas ou acontecimentos críticos altera a relevância dos mesmos, bem como as suas possibilidades de resolução. As pessoas idosas percecionam o tempo como mais limitado, comparativamente a adultos jovens (Carstensen et al., 2003) e talvez isso tenha ajudado estes participantes a encarar os acontecimentos negativos como menos relevantes ou normativos, e a assumir que continuam a deter controlo sobre as suas vidas.

Relativamente à controlabilidade dos acontecimentos, os resultados obtidos indicam que os indivíduos com percepções de controlo pessoal mais elevadas são os que consideram controlar os acontecimentos negativos de vida, comparativamente aos que acreditam que esses acontecimentos não dependem de si, no entanto estas diferenças não são

estatisticamente significativas. O mesmo se passa no que concerne à estabilidade dos acontecimentos negativos. As diferenças não são estatisticamente significativas, ainda que os resultados indiquem que são os idosos com perceções de controlo pessoal mais fortes que consideram estes acontecimentos temporários e passíveis de ser ultrapassados. Estes dados reforçam a ideia defendida por Weiner (1980, cit. in Neto, 1998) de que as atribuições que as pessoas fazem aos acontecimentos de vida são muito importantes e também influenciam as perceções de controlo pessoal.

É importante referir que estas duas últimas questões (a controlabilidade e a estabilidade dos acontecimentos de vida) não foram formuladas da forma mais correta, uma vez que na análise dos dados se identificaram respostas de indivíduos que consideraram não terem ocorrido acontecimentos negativos de vida (e não deveria sequer haver resposta), bem como a ausência de respostas de sujeitos que consideraram ter sofrido esses acontecimentos (e deveria haver uma resposta). Esta incorreta formulação das questões pode ter levado a uma má compreensão dos itens, por parte dos sujeitos que responderam de forma autónoma ao protocolo e, conseqüentemente, às inconsistências observadas nas respostas. Aponta-se este fato como uma limitação inerente ao protocolo e sugere-se a reformulação dos respetivos itens.

A análise realizada entre o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (AVD's) e o controlo pessoal sugeriu uma correlação negativa fraca, estatisticamente muito significativa entre estas variáveis. Observou-se uma tendência para que os idosos com dependência nas atividades básicas de vida diária possuam perceções de controlo pessoal mais baixas. Simultaneamente, idosos independentes nestas atividades possuem perceções de controlo pessoal mais elevadas. Estes resultados vão ao encontro dos estudos revistos na literatura que salientam que a perda de funcionalidade está associada a um declínio nas perceções de controlo pessoal (Mirowsky, 1995). O declínio do estado de saúde e o aumento das limitações funcionais, muito frequentes na velhice, parecem restringir as atividades nas quais os indivíduos podem exercer controlo, influenciando negativamente as perceções de controlo, tal como Schulz et al. (2003 cit. in Cairney & Krause, 2008) salientaram. Assim, idosos com dificuldade em deslocar-se, subir e descer escadas, cuidar de si parecem ter menor controlo real e percebido sobre as suas vidas.

Relativamente à relação entre a dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) e as perceções de controlo pessoal, os resultados apontam no mesmo sentido, indicando a existência de uma correlação negativa moderada extremamente significativa ao nível estatístico. Deste modo, identifica-se uma tendência para que os idosos com dependência nestas atividades tenham perceções de controlo pessoal mais baixas. Ao mesmo tempo, a independência está associada a maiores perceções de controlo pessoal. Neste sentido, estes resultados reforçam uma vez mais que a saúde e ausência de limitações funcionais são elementos fundamentais para que as pessoas idosas continuem a sentir que exercem controlo sobre o que as rodeia.

Os resultados relacionados com a autoavaliação da saúde indicaram que a maioria (77,1%) dos idosos desta amostra percebem positivamente o seu estado de saúde, embora o quantifiquem de forma diferenciada (e.g., aceitável, boa, muito boa) e apenas uma pequena franja (19,4%) autoavalia a sua saúde de forma negativa. Isto sugere que apesar das perdas de ordem física e funcional, frequentes na velhice, os idosos continuam a avaliar de forma positiva a sua saúde, adaptando-se e resistindo a esses acontecimentos adversos, fato este que apoia a Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes & Baltes, 1990 cit. in Baltes et al., 1999), que defende que os indivíduos percorrem um processo contínuo de ganhos e perdas ao longo do seu desenvolvimento humano, em que ao longo dos últimos anos as perdas vão sendo gradualmente maiores, no entanto essas perdas são ultrapassadas através de mecanismos compensatórios.

A análise da relação entre a autoavaliação da saúde e o controlo pessoal indicou uma correlação positiva fraca mas extremamente significativa ao nível estatístico. Observou-se assim uma tendência para que os idosos que avaliam mais favoravelmente a sua saúde tenham percepções de controlo mais elevadas. Simultaneamente, idosos com percepções de controlo pessoal mais baixas autoavalia a sua saúde menos favoravelmente. Estes dados vão ao encontro dos estudos de Lowis et al. (2009) que sugerem que as pessoas necessitam de perceber um nível razoável de saúde para manterem algum sentido de controlo sobre as suas vidas.

Relativamente ao bem-estar/felicidade, os resultados indicaram que a maioria dos idosos (77,7%) expressaram índices elevados de bem-estar, o que sugere uma vez mais que apesar das frequentes adversidades que acompanham a velhice, existem capacidades de reserva e mecanismos que permitem aos idosos recuperar e adaptarem-se (Baltes & Baltes, 1990 cit. in Baltes et al., 1999), pois o bem-estar e a felicidade com a vida não parecem ser facilmente abalados na velhice. Mesmo considerando a ocorrência de acontecimentos negativos muito recentes (nos últimos 12 meses de vida) os participantes continuam a manifestar bem-estar, demonstrando que são capazes de envelhecer ativamente, por um lado, recuperando-se das adversidades e, por outro, mantendo e desenvolvendo as suas competências perante a acumulação das experiências desafiantes.

A análise relativa à relação entre o bem-estar/felicidade e o controlo pessoal revelou a existência de uma correlação positiva moderada, extremamente significativa ao nível estatístico. Há uma tendência para que os indivíduos que possuem percepções de controlo mais elevadas manifestem maiores índices de bem-estar/felicidade. Ao mesmo tempo, os indivíduos que revelam índices de bem-estar mais baixos possuem menor controlo pessoal. Estes resultados corroboram os estudos que associam a manutenção das percepções de controlo pessoal a maior bem-estar e satisfação de vida (e.g., Smith et al., 2000) e acompanham a linha de pensamento de Rowe e Kahn (1998 cit. in Krause, 2007) de que fortes percepções de controlo são a chave para um envelhecimento bem-sucedido.

Constata-se que o controlo pessoal desempenha um papel essencial no bem-estar dos indivíduos envelhecidos. Desta forma, promover o desenvolvimento de um forte sentido de

controlo pessoal contribui também para o desenvolvimento positivo do bem-estar nas pessoas idosas. Estes dados reforçam a necessidade de que seja disponibilizada uma atenção especial sobre a população idosa. O crescente conhecimento sobre esta população e sobre o envelhecimento bem-sucedido permite perceber que a forma como se tem lidado com as pessoas idosas não se coaduna com as verdadeiras e atuais necessidades das mesmas. Deverão ocorrer significativas e importantes adaptações que estão a cargo de todos. Os principais responsáveis pela ocorrência destas mudanças são as entidades, órgãos e serviços locais e regionais. São eles que melhor compreendem e estão aptos a reagir às mudanças específicas que o envelhecimento acarreta para a sua comunidade, e a forma como estas entidades (e.g., educacionais, sociais, de saúde, transportes ou infraestruturas urbanas) se adaptam é determinante para a qualidade de vida das pessoas idosas e para o bem-estar de toda a comunidade (EU, 2011). As instituições e organismos, que lidam com a população idosa, devem proporcionar experiências de vida em que seja possível aos idosos adotarem uma postura ativa, interventiva e mobilizadora, em que a sua participação na tomada de decisões seja permitida, ou mesmo requerida. É pois, muito importante, que sejam delineadas políticas sociais e programas de intervenção que, adequados ao facto de a maioria das pessoas idosas possuir competências e potencialidades, valorizem não só a componente assistencial, mas também a ocupação, a educação, a promoção da autonomia e a tomada de decisão sobre os diversos aspetos das suas vidas.

Globalmente, este estudo evidenciou que a maioria das pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã possuem um elevado sentido de controlo pessoal, o que revela que se percecionam a si próprios como responsáveis pelas suas vidas, tanto ao nível dos seus sucessos/ganhos como dos seus fracassos/perdas (Mirowsky, 1995). A identificação de fortes perceções de controlo pessoal na amostra, reforça a ideia de existirem capacidades, processos e mecanismos (Baltes & Baltes, 1990 cit. in Baltes et al., 1999) que contribuem para uma adaptação eficaz da população envelhecida, mesmo na presença das ameaças e desafios a que estão sujeitos.

A complexidade e a heterogeneidade do fenómeno do envelhecimento também foi evidenciada neste estudo, onde se destacaram diferenças significativas nas perceções de controlo pessoal entre pessoas idosas do género feminino e masculino, e indivíduos que consideraram ou não a ocorrência de acontecimentos negativos, no último ano das suas vidas.

Identificaram-se relações entre o controlo pessoal e a variáveis da funcionalidade, autoavaliação da saúde e bem-estar. Neste estudo, a dependência funcional, tal como é referido na literatura, afeta as perceções de controlo pessoal contribuindo para o seu declínio (e.g., Mirowsky, 1995, Mirowsky & Ross, 2005). A autoavaliação da saúde também está positivamente correlacionada com o controlo pessoal, em que as pessoas que avaliam mais favoravelmente a sua saúde apresentam perceções de controlo mais elevadas, o que é relatado nas fontes teóricas (Lowis et al., 2009). Por fim, a manutenção de um certo nível de controlo pessoal, tal como nos estudos referidos na revisão de literatura, parece estar

associado a uma maior qualidade e satisfação de vida, contribuindo assim para o bem-estar dos indivíduos envelhecidos (e.g., Kostka & Jachmowicz, 2010, Seligman, 1975, Windser et al., 2007).

Como potencialidades deste estudo podem salientar-se várias. Por um lado, o seu contributo para a investigação que se debruça sobre o controlo pessoal, constructo que em termos de investigação ao nível nacional tem sido pouco explorado, uma vez que não se teve conhecimento de estudos realizados neste âmbito e especificamente com a população idosa. Pode, portanto, ser um ponto de partida para uma investigação mais aprofundada sobre esta temática e com desenvolvimentos posteriores. Este estudo proporcionou a obtenção de muitos resultados e de relações a explorar entre variáveis, sendo uma delas a relação entre a escolaridade dos homens e das mulheres desta amostra e as perceções de controlo pessoal. Por outro lado, destaca-se o carácter multidisciplinar desta investigação e a inclusão de uma população específica de uma cidade do interior de Portugal, cuja taxa de envelhecimento é muito elevada. É por isso um estudo valioso, nomeadamente por permitir que a partir deste desenho transversal se desenvolva um estudo longitudinal.

A amostra para este trabalho foi selecionada com rigor, tendo sido garantida a aleatoriedade dos elementos da amostra, tornando-a de alguma forma representativa da população envelhecida da Covilhã.

Outra potencialidade relaciona-se com as medidas de avaliação utilizadas, que se encontram integradas num protocolo interdisciplinar utilizado em vários países da Europa. São, portanto, medidas de avaliação que permitem analisar corretamente as questões ligadas ao fenómeno do envelhecimento. Uma vez que já foram utilizadas em diversos países europeus podem ainda facilitar a comparação entre estudos.

No entanto, este trabalho também apresenta algumas limitações. O facto de ser um estudo transversal exige alguma atenção no estabelecimento de conclusões inferenciais a partir dos resultados obtidos. Por outro lado, apesar de se integrar numa investigação multidisciplinar, e esta ser uma potencialidade, a extensão do protocolo criou grandes exigências e dificultou a recolha dos dados (e.g., desistências por parte dos participante, sensação de repetitividade de alguns itens e algum cansaço entre os participantes).

Outras limitações metodológicas se impõem, nomeadamente as relacionadas com a dimensão da amostra. Constrangimentos e dificuldades inerentes à recolha dos dados (e.g., recusas em participar no estudo, atraso na devolução dos protocolos de investigação) dificultou a obtenção de uma amostra mais elevada. O número de participantes (n=188) deverá ser aumentado em estudos posteriores pois, embora permita a concretização dos objetivos do estudo, não permite a generalização dos dados.

Relativamente às limitações conceptuais do estudo podem ser referidas especialmente duas. A primeira tem a ver com as questões formuladas no protocolo acerca dos acontecimentos de vida. Constata-se que é necessária a sua reformulação para que os sujeitos possam responder de forma autónoma e sem qualquer engano. A segunda refere-se ao fato de não se ter conseguido discriminar o tipo de controlo mais frequentemente utilizado pelas

pessoas idosas em função dos acontecimentos de vida. Os estudos sugerem que na velhice o controlo secundário é mais frequente e adaptativo (Afonso, 2012), sobretudo nas situações irreversíveis e incontroláveis. É provável que as elevadas perceções de controlo pessoal identificadas na amostra, consistam mais em alterações de perceções e regulação emocional (controlo secundário) do que em condutas instrumentais de modificação dos acontecimentos (controlo primário), tendo em conta os desafios a que estes sujeitos foram expostos. Perante as doenças, limitações funcionais, perdas de amigos e familiares o controlo primário não seria viável, pelo que o controlo pessoal percebido por estes indivíduos estará provavelmente relacionado com o seu mundo interno. Contudo inferências deste tipo não podem ser feitas, sem que se analise adequadamente estas questões, que mereciam atenção e não foram tidas em conta no presente estudo.

Apesar das limitações metodológicas e conceptuais desta investigação, crê-se que os resultados obtidos constituem contribuições valiosas no âmbito da ciência psicológica, quando se debruça sobre as questões do controlo pessoal na velhice.

Tendo em conta as relações verificadas entre funcionalidade, autoavaliação da saúde, bem-estar e as perceções de controlo pessoal, surge neste sentido um caminho de investigação e intervenção fulcral para a Psicologia. Estes dados reforçam a importância da integração dos aspetos relacionados com a avaliação do controlo pessoal nos Cuidados de Saúde Primários ou nas Instituições de Idosos, pois uma compreensão a este nível permitirá o desenvolvimento de estratégias de promoção do controlo pessoal, que acarretam benefícios tanto para os problemas de ordem física como psicológica.

Este trabalho alerta também para a importância do controlo pessoal no envelhecimento bem-sucedido. Envelhecer é inevitável ao ser humano, contudo envelhecer com qualidade e satisfação, é uma opção que depende da determinação pessoal de quem escolhe agir sobre os obstáculos e ultrapassá-los. Estimular esta determinação e a capacidade de cada um regular a sua própria vida, torna-se fundamental em qualquer etapa do ciclo de vida.

## Referências

- Afonso, M. (2012). Stress, Coping e Resiliência em Pessoas Idosas. In O. Ribeiro & C. Paúl, *Manual de Gerontologia* (pp. 163-175). Lisboa: Lidel
- Angel, R., Angel, J., & Hill, T. (2009). Subjective control and health among mexican-origin elders in mexico and the united states: Structural considerations in comparative research. *The Journals of Gerontology*, *64B*(3), 390-401.
- Baltes, P., Staudinger, U., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Reviews Psychology*, *50*, 471-507.
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Kempen, G., & Ranchor, A. (2008). The mediating role of perceived control on the relationship between socioeconomic status and functional changes in older patients with coronary heart disease. *The Journals of Gerontology*, *63B*(6), 353-361.
- Cairney, J., Faulkner, G., Veldhuizen, S., & Wade, T. (2009). Changes over time in physical activity and psychological distress among older adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(3), 160-169.
- Cairney, J. & Krause, N. (2008). Negative Life Events and Age-Related Decline in Mastery: Are Older Adults More Vulnerable to Control-Eroding Effect of Stress? *The Journals of Gerontology*, *63B* (3), 162-170.
- Caplan, L., & Schooler, C. (2007). Socioeconomic status and financial coping strategies: The mediating role of perceived control. *Social Psychology Quarterly*, *70*(1), 43-58.
- Caputo, R. (2003). The Effects of Socioeconomic Status, Perceived Discrimination and Mastery on Health Status in a Youth Cohort. *Social Work in Health Care* *37* (2), 17-42.
- Carstensen, L., Fung, H., & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, *27*(2), 103-123.
- Couto, M., Koller, S., & Novo, R. (2006). Resiliência no envelhecimento, risco e proteção. In D. Falcão & C. Dias (coords.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas (vol. II)* (pp. 315-338). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dawson, B. & Trapp, R. (2001). *Bioestatística Básica e Clínica* (3<sup>th</sup> ed.). Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- DeVellis, R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

European Year for Active Ageing (2012). Belgium: Age Platform Europe.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Rudinger, G., Schroots, J., Hekkinen, E., Drusini, A., et al. (2004). Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Behavioral Science Section*, 50, 330-347.

How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors (2011). Belgium: Committee of the Regions of the European Union.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *A situação demográfica recente em Portugal. Retirado em 17 de Fevereiro de 2012*  
[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2)

Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Springer Science*, 19, 351-361.

Krause, N. (2005). God-mediated Control and psychological well-being in late -life. *Research on Aging*, 27, 136-164.

Krause, N. (2007). Age and decline in role-specific feelings of control. *The Journals of Gerontology*, 62B(1), 28-35.

Lachman, M. & Weaver, S. (1998). Sociodemographic variations in the sense of control by domains: Findings from the MacArthur Studies of Midlife. *Psychology and Aging*, 13, 553-562.

Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

Likken, D. & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon? *Psychological Science*, 7, 186-189.

Lewis, M., Edwards, A., & Burton, M. (2009). Coping with retirement: Well-being, health, and religion. *The Journal of Psychology*, 143(4), 427-448.

Maroco, J. (2003). *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mirowsky, J. (1995). Age and sense of control. *Social Psychology Quarterly*, 58, 31-43.

Mirowsky, J. (1997). Age, subjective life expectancy and the sense of control: The horizon hypothesis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, 125-134.

- Mirowsky, J. & Ross, C. (2005). Education, cumulative advantage, and health. *Ageing International*, 30(1), 27-62.
- Mossey, L. & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among Elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Myers, D.G. (2002). *Social Psychology* (7<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Neupert, S., Almeida, D., Charles, S. (2007). Age Differences in Reactivity to Daily stressors: The Role of Personal Control. *The Journals of Gerontology*, 62B (4), 216-225.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social* (Vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Ong, A., Bergeman, C. & Bisconti, T. (2005). Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. *Personality and Individual Differences*, 38, 1057-1067.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active ageing: a policy Framework. *Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid.
- Pearlin, L. & Aneshensel, C. (1994). Caregiving: The Unexpected Career. *Social Justice Research*, 7(4), 373-390.
- Pearlin, L., Nguyen, K., Schieman, S. & Milkie, M. (2007). The Life Course Origins of Mastery among Older People. *The Journal of Health and Social Behavior*, 48(2), 164-179.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Queroz, N. & Neri, A. (2005) Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 292-299.
- Ribeiro, J.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Reynolds, J., Burge, S., Robbins, C., Boyd, E., & Harris, B. (2007). Mastery and the fulfillment of occupational expectations by midlife. *Social Psychology Quarterly*, 70(4), 366-383.
- Ross, C. & Mirowsky, J. (2002). Age and the gender gap in the sense of personal control. *Social Psychology Quarterly*, 65, 125-145.

Ruthig, J., Chipperfield, J., Perry, R., Newal, N. & Swift, A. (2007). Comparative Risk and Perceived Control: Implications for Psychological and Physical Well-Being Among Older Adults. *The Journal of Social Psychology, 147*(4), 345-369.

Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.

Schieman, S., Pudrovskaya, T., Pearlin, L. & Ellison, C. (2006). The Sense of Divine Control and Psychological Distress: Variations Across Race and Socioeconomic Status. *Journal for the Scientific Study of Religion, 45*(4), 529-549.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On Depression, development and death*. Oxford, England: Freeman.

Windser, T., Anstey, K., Butterworth, P., Luszcz, M. & Andrews, G. (2007). The role of perceived control in explaining depressive symptoms associated with driving cessation. *Gerontologist, 47*, 215-223.

Wolinsky, F. & Stump, T. (1996). Age and sense of control among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B*, 217-220.

Wolinsky, F., Vander Weg, M., Martin, R., Unverzagt, F., Willis, S., Marsiske, M., et al. (2009). Does cognitive training improve internal locus of control among older adults? *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B*(5), 591-598.

Wolinsky, F., Wyrwich, K., Babu, A., Kroenke, K., & Tierney, W. (2003a). Age, aging, and the sense of control among older adults: a longitudinal reconsideration. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 58B*, 212-220.

Wolinsky, F., Wyrwich, K., Babu, A., Kroenke, K., & Tierney, W. (2003b). 9-11, Personal Stress, mental health and the sense of control among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 58B*, 146-150.

Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology, 62B*(3), 156-164.

# ANEXOS



# ANEXO 1

## Folha de Informação ao Participante

## FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

**Título do estudo:** Estudo sobre o Bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

### **Introdução**

Os investigadores responsáveis pelo estudo, da Universidade da Beira Interior, vêm convidá-la(o) a participar num estudo sobre a forma como se vive após os 65 anos de idade na cidade da Covilhã.

Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação e o que vai envolver. Por favor, leia cuidadosamente a informação que se segue. Não hesite em entrar em contacto em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

### **Qual é o objetivo do estudo?**

O objetivo deste estudo é investigar/analisar as características das pessoas que vivem na cidade da Covilhã e que têm mais de 65 anos, no sentido de perceber o que é que contribui para o seu Bem-estar e qualidade de vida. A sua participação neste estudo terá uma duração máxima de 1 sessão.

### **Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?**

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que vivam na cidade da Covilhã.

### **Será que tenho que participar?**

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar pode desistir a qualquer altura, sem ter que dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não será remunerada.

### **O que me irá acontecer se participar?**

Se concordar em participar neste estudo ser-lhe-á pedido que responda a alguns questionários.

### **A minha participação no estudo será mantida confidencial?**

Os dados recolhidos neste estudo, que não a(o) identificam individualmente, serão guardados e processados em computador.

### **O que irá acontecer aos resultados do estudo?**

Os resultados deste estudo serão alvo de Dissertações de Mestrado, que estarão disponíveis no Departamento de Ciências Médicas e no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira interior. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

### **Quem se encontra disponível para prestar mais informação?**

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Nome ... .. (contacto do investigador que efetua a recolha de dados) e Número de telefone: ... ..

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado. Ser-lhe-á entregue uma cópia desta Informação e do seu Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

# ANEXO 2

## **Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

**Título do estudo:** Estudo sobre o bem-estar e qualidade de vida em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã.

**Ao assinar este documento confirmo o seguinte:**

Li e compreendi a Informação ao participante no estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre o mesmo e de colocar questões.

Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação, sem que os meus direitos legais sejam afetados.

Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de Informação ao participante.

Recebi uma cópia, da informação ao participante, e do consentimento informado deste estudo, que devo guardar.

**Nome da(o) participante:**

---

**Assinatura da(o) participante:**

---

**Data (datada pela(o) participante):**

---

**Se a(o) participante for dependente/se estiver impedido de assinar:**

**Nome do tutor legal/cuidador/técnico responsável:**

---

**Assinatura do tutor legal:**

---

**Data (datada pelo tutor legal):**

---

**Nome do investigador:**

---

**Assinatura do investigador:**

---

**Data (datada pelo investigador):**

---

# ANEXO 3

## Questionário de Identificação Geral

## IDENTIFICAÇÃO GERAL

Referência: \_\_\_\_\_

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Data Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
3. Género 1. Feminino  2. Masculino
4. Estado Civil 1. Casado(a)  2. União de facto  3. Viúvo(a)  4. Solteiro (a)  5. Divorciado(a)
5. Filhos Sim  \_\_\_\_\_♀ \_\_\_\_\_♂ 6. Netos Sim  7. Bisnetos Sim   
 Não  Não  Não
8. Última Profissão \_\_\_\_\_ 9. Reformado(a) Sim  Não
10. Escolaridade 1. Analfabeto  2. Ensino Primário  3. ≤ 8 anos escolaridade   
 4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior  5. Ensino Superior

11. Residência permanente 1. Covilhã - Freguesia \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

12. Com quem vive 1. Cônjuge  3. Sozinho(a)   
 2. Filho(s)  4. Outra situação

13. Residente em Lar de Idosos Não  Sim   
 Especifique \_\_\_\_\_

14. Apoio Domiciliário (SAD) Não  Sim   
 Especifique \_\_\_\_\_

15. Instituições que frequenta regularmente 1. Centro de Dia  2. Centro de Convívio   
 3. Universidade Sénior  4. Outra(s)  Especifique \_\_\_\_\_

16. Tem alguém à sua responsabilidade ou que dependa de si?

1. Não

2. Sim  Se sim, quem? \_\_\_\_\_ Que tipo de cuidados presta? \_\_\_\_\_

17. Considera-se uma pessoa religiosa? Não  Sim

Outros dados/Observações

Data(s) de recolha de dados: \_\_\_\_\_

Investigador(a) responsável: \_\_\_\_\_

# ANEXO 4

## Acontecimentos de Vida

### ACONTECIMENTOS DE VIDA

Ocorreram no último ano da sua vida acontecimentos negativos? Sim  Não

Se sim, centre-se agora num desses acontecimentos negativos. Descreva-o sucintamente.

Considera que o controla?  ou considera que não depende de si?

Considera-o estável/permanente?  ou considera-o passível de mudança?

# ANEXO 5

## Questionário Bem-Estar/Felicidade

**QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR/FELICIDADE****(Lykken & Tellegen, 1996)**

Esta questão relaciona-se com o grau de felicidade que se sente quando encara a sua vida atual. Pode indicar a sua opinião marcando os números de 1 a 4, que melhor exprimem os seus sentimentos. O número 1 corresponde a um nível extremamente baixo, enquanto o número 4 indica um nível extremamente elevado de satisfação. Por favor, marque apenas um número.

	1 Nada	2	3	4 Muito
Comparativamente com outras pessoas e fazendo o balanço entre o que sucedeu de bom e o que sucedeu de mau na sua vida, em que medida é que se sente bem e feliz neste momento?				

As quatro questões seguintes visam conhecer o seu grau de concordância ou de discordância.

	1 Discordo	2 Discordo ligeiramente	3 Concordo ligeiramente	4 Concordo
Para já, alcancei as coisas importantes que queria na vida.				
Se eu pudesse voltar atrás, não mudaria quase nada na minha vida.				
O que as outras pessoas fazem e as atitudes que têm determinam o meu grau de felicidade.				
Os acontecimentos que estão fora do meu controlo determinam o meu grau de felicidade.				

# ANEXO 6

## Questionário de Autoavaliação da Saúde

## AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE

(Adaptado por Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999)

**1. Em geral considera que a sua saúde é:**

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Aceitável
- d) Fraca
- e) Muito Fraca

# ANEXO 7

## **Avaliação das Atividades Pessoais e Instrumentais da Vida Diária**

## AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PESSOAIS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Indique o grau de capacidade para cada uma das seguintes atividades. A categoria *totalmente dependente* contempla todas as situações em que a pessoa se vê impossibilitada de desempenhar as atividades e depende de terceiros. Por favor em cada item escolha apenas uma opção e comece pelas *Atividades Instrumentais de Vida Diária*.

Atividades da vida diária		Não sente dificuldade	Sente alguma dificuldade	Sente muita dificuldade	Totalmente dependente	Que tipo de apoio tem e/ou quem dá? <sup>1</sup>
<b>Atividades Pessoais da Vida Diária</b>	1. <b>Higiene pessoal</b> (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. <b>Vestir-se</b> (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. <b>Ir à casa de banho</b> (utilizar a sanita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. <b>Controlar esfíncteres</b> (urina e fezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. <b>Comer</b> (cortar os alimentos, usar molhos ou condimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. <b>Deslocar-se</b> (sem apoio de muletas, andador, cadeira de rodas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. <b>Apanhar objetos no chão</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. <b>Deitar-se e levantar-se da cama</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. <b>Subir e descer escadas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Atividades Instrumentais da Vida Diária</b>	10. <b>Efetuar os trabalhos domésticos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11. <b>Preparar refeições</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12. <b>Tomar conta dos medicamentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13. <b>Fazer a gestão do dinheiro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14. <b>Utilizar o telefone</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15. <b>Ir às compras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16. <b>Tratar de assuntos administrativos</b> ou ir a uma <b>consulta médica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17. <b>Utilizar os meios de transporte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18. <b>Sair de casa e andar na rua</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> Deverá registar, mediante o caso, as seguintes possibilidades de apoio: cônjuge, filho(a), nora, genro, outro familiar (especificar qual), vizinho(a); empregada doméstica; enfermeiro(a); apoio domiciliário; apoio de pessoa em voluntariado; outro apoio (especificar).

# ANEXO 8

## Escala de Mestria

## ESCALA DE MESTRIA

(Pearlin & Schooler, 1978)

**Instruções:** Seguem-se uma série de afirmações sobre vários aspetos da sua forma de lidar com problemas do dia-a-dia e de se confrontar com situações críticas. Cada afirmação tem quatro categorias de resposta possíveis (discordo = 1, discordo ligeiramente = 2, concordo ligeiramente = 3, concordo =4). Pode indicar a sua concordância / discordância com cada afirmação marcando a categoria que melhor exprime o seu sentimento. Por favor, marque apenas uma categoria por afirmação.

(Instrução para o entrevistador: Se o sujeito não for capaz de autoadministrar o instrumento, o entrevistador deve ler-lhe as afirmações e registar a categoria apropriada de acordo com a resposta do sujeito.)

	1 Discordo	2 Discordo ligeiramente	3 Concordo ligeiramente	4 Concordo
2. Tenho pouco controlo sobre o que me acontece.				
3. Quando tenho problemas, gosto de os resolver sozinho(a).				
4. Com frequência surgem obstáculos no meu caminho.				
5. Sou do tipo de pessoa que controla as situações.				
6. Alguns dos problemas que eu tenho não têm mesmo solução.				
7. O que me acontecer no futuro depende essencialmente de mim.				
8. Pouco posso fazer para alterar as coisas de que não gosto.				
9. Posso fazer praticamente tudo em que decido meter-me.				
10. Sinto-me com frequência desanimado(a) ao lidar com os problemas da vida.				
11. Sou capaz de fazer tudo o que necessito fazer.				
12. Por vezes sinto que estou a ser arrastado(a) pelos acontecimentos da vida.				
13. Sei como obter ajuda quando necessito.				
14. Sinto-me com frequência sobrecarregado(a) com o que tenho que fazer.				

(\*) Questões ímpares correspondem à escala de controlo externo e as questões pares à escala de controlo interno.

# ANEXO 9

**Dados do INE (2011) relativos à População Residente na  
Covilhã**

Quadro extraído em 17 de Fevereiro de 2012 (19:05:00)

<http://www.ine.pt>

Local de residência (à data dos Censos 2011)

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal (1)

Período de referência dos dados

2011

Grupo etário

Total

0 - 14 anos

15 - 24 anos

25 - 64 anos

65 e mais anos

Sexo

	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
Portugal	10561614	5047387	5514227	1572546	804133	768413	1145770	580834	564936	5820794	2813232	3007562	2022504	849188	1173316			
Continente	10047083	4799593	5247490	1484328	758970	725358	1078057	546342	531715	5535141	2672822	2862319	1949557	821459	1128098			
Centro	2327580	1111400	1216180	319284	163398	155886	238808	121430	117478	1244936	604815	640121	524452	221757	302895			
Cova da Beira	87689	42017	45852	10612	5490	5122	8584	4430	4154	46392	22813	23579	22281	9284	12997			
Covilhã	51797	24720	27077	6369	3288	3081	5007	2582	2425	28118	13806	14312	12303	5044	7259			
Covilhã (Conceição)	650307	3379	3796	893	471	422	675	337	338	3964	1891	2073	1643	680	963			
Covilhã (Santa Maria)	650317	1449	1771	366	195	171	288	144	144	1721	816	905	845	294	551			
Covilhã (São Martinho)	650319	4165	2203	449	208	241	402	201	201	2249	1118	1131	1065	435	630			
Covilhã (São Pedro)	650320	2225	1169	246	119	127	246	118	128	1201	597	604	532	222	310			

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Notas:

(1) Dados Provisórios

Última atualização destes dados: 07 de dezembro de 2011