



QUALIDADE DE VIDA NOS HOMENS NO PERÍODO
DO CLIMATÉRIO MASCULINO

Patrícia dos Santos Belo

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dra. Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica e das Organizações, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Em primeiro lugar e antes de tudo quero agradecer aos meus pais, António e Adélia e ao meu irmão Ricardo, são eles o pilar da minha vida e responsáveis pelo que eu sou hoje enquanto pessoa. Ao longo destes cinco anos de curso, como todos os momentos da minha vida, sempre estiveram presentes ao meu lado e é a eles que dedico este trabalho. Aos meus tios, José e Custódia, à minha madrinha Idalina e padrinho Fernando que sempre estiveram presentes na minha vida e me deram forças para seguir sempre em frente e escolher o meu próprio caminho.

Aos meus amigos de longa data, Tiago, Telma, Mónica, Luís, Vanessa, que desde há muito tempo me acompanham nesta caminhada, com a amizade, alegria, divertimento que devem sempre fazer parte nas nossas vidas e tantos outros que permanecem na minha vida, como outros que fui conhecendo e outros que ao longo do tempo se foram perdendo.

Às minhas colegas deste projecto, Raquel, Eduarda e Raquel, que com o esforço conjunto conseguimos obter grandes resultados. As horas passadas na biblioteca ou na recolha de material para este projecto que é de todas e até passadas na conversa, a todas desejo o maior sucesso e felicidade na vida.

Ao longo destes cinco anos fomos conhecendo colegas e professores, alguns tornaram-se amigas, Ana Rita, Ana Filipa, Margarida e outras que permanecem, embora mais distantes, em que partilhámos sucessos, fracassos, alegrias e tristezas, mas acima de tudo chegarmos ao final e podermos partilhar as nossas conquistas. Um agradecimento especial à minha madrinha de curso Marta por todo o apoio, tempo e material dispendido nestes anos.

Para a professora Isabel Leal, pelo o tempo dispendido e cuja orientação foi fundamental para a conclusão deste trabalho e também o professor João Maroco pela ajuda na estatística.

Agradeço à minha explicadora Renata, a sua ajuda foi fundamental para compreender todos os passos necessários para a estatística e que fiquei a perceber bastante de como se trabalha com o SPSS.

Por fim quero agradecer a duas pessoas muito especiais que infelizmente não chegaram comigo ao fim desta etapa da minha vida, mas que estiveram sempre comigo e assistiram ao início deste meu percurso.

A todas estas pessoas o meu mais sincero e sentido obrigada.

Índice

Resumo:	V
Abstract:	VI
Introdução:	1
Qualidade de Vida:	2
Climatério Masculino:	4
Método:	8
Delineamento:	8
Participantes:	8
Procedimento:	8
Material:	9
Resultados:	10
Discussão e Conclusão	15
Bibliografia:	19
ANEXOS	22
ANEXO A – OUTPUTS DAS CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS	23
ANEXO B – ESCALAS UTILIZADAS	25
ANEXO C – OUTPUTS DA VALIDADE	28
ANEXO D – OUTPUTS DA VALIDADE (Confirmação)	31
ANEXO E – OUTPUTS DA FIDELIDADE	34
ANEXO F – OUTPUTS DA SENSIBILIDADE	38
ANEXO G – OUTPUTS DA DISTRIBUIÇÃO NORMAL DAS VARIÁVEIS	41
ANEXO H – OUTPUTS DA VARIÁVEL MEDICAÇÃO	44
ANEXO I – OUTPUTS DA VARIÁVEL DOENÇAS	46
ANEXO J – OUTPUTS DA VARIÁVEL IDADE	56
ANEXO L – ESCALA FINAL	64

Lista de Tabelas

Tabela 1: Teste do Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Esfericidade de Bartlett.....	10
Tabela 2: Índices de Fidelidade	12
Tabela 3: Estatísticas descritivas por factor	12
Tabela 4: Coeficientes de assimetria e de achatamento	13
Tabela 5: Média e desvio-padrão da Variável Doenças (Não tem e Crónicas).....	14

Resumo:

O Climatério Masculino é um período por que todos os homens passam, muitas vezes sem se aperceberem. Este período ocorre devido a uma diminuição gradual dos níveis de testosterona que provoca alterações físicas, sexuais, psicológicas e na vida do quotidiano destes homens alterando, eventualmente, a sua qualidade de vida.

O objectivo deste estudo foi exactamente o de perceber se existem alterações na qualidade de vida nos homens entre os 50 e os 65 anos, constituindo uma amostra de conveniência e no caso de haver alterações, e quais as áreas que são afectadas. Para este efeito estes homens responderam a um questionário sócio-demográfico construído para o efeito e uma escala para avaliar a qualidade de vida em quatro domínios, Escada da Qualidade de Vida.

Nos resultados constatou-se que a qualidade de vida é afectada a nível físico, emocional, ocupacional e sexual em circunstâncias específicas de medicação, doenças e a idade, principalmente em homens acima dos 58 anos.

Palavras-chave: qualidade de vida, climatério masculino, envelhecimento

Abstract:

The male climaterium is a period that all man go trough, often without realizing. This period is due to a testosterone's gradual decreasing level that causes physical, sexual, psychological and everyday life changes and eventually in their quality of life.

The aim of the study was precisely to understand if there are changes in quality of life in men between the age of 50 and 65 year-old, constituting a convenience sample and in case of changes, and which areas are affected. For this purpose these men answered a socio-demographic questionnaire constructed for this purpose and a scale for assessing the quality of life in four areas of Quality of Life Scale.

The results found that the quality of life is affected physical, emotional, occupational and sexual circumstances of medication, disease and age, mostly in men over 58 years.

Key-words: quality of life, male climaterium, testosterone, aging

Introdução:

A população idosa no mundo e sobretudo na Europa tem vindo a aumentar em grande número nos últimos anos, sendo que a informação mais recente que existe a nível da Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 a população acima dos 60 anos terá atingido o dobro da actual e em 2050 será de 1,2 biliões. Esta população torna-se assim um alvo de estudo preferencial, na medida em que se pretende que além de uma vida longa, tenha também um envelhecimento activo e uma boa qualidade de vida (Moncada, 2006). Assim, torna-se importante o estudo das alterações verificadas a nível psicofisiológico e as suas consequências na qualidade de vida, neste caso específico, nos homens com mais de 50 anos de idade.

O conceito da qualidade de vida começou a ser invocado nos anos 20 do século XX no contexto das condições de trabalho e das suas consequências no bem-estar dos trabalhadores tendo posteriormente desaparecido até aos anos 60 (Pais-Ribeiro, 2009). O seu ressurgimento já num contexto de qualidade de vida da população tem ganho um peso crescente na Psicologia e em todas as ciências sociais, humanas da saúde.

Nos últimos anos tem-se tornado um tema de interesse na Psicologia o estudo da qualidade de vida dos indivíduos na sua dada circunstância, nomeadamente em fases específicas da sua vida. Paralelamente tem havido um aumento no interesse das alterações hormonais associadas com o processo etário, tanto nas mulheres como nos homens. Este interesse é baseado, em parte, no aumento da longevidade dos humanos, que se traduz num aumento significativo da população envelhecida no mundo. Outros factores incluem o desenvolvimento de novas fórmulas e métodos de administração de testosterona, o interesse da indústria farmacêutica que tem encorajado os profissionais médicos a prescreverem estes novos produtos e feito com que os média se interessassem pelo assunto. Todos estes factores têm contribuído para a confusão à volta da terapia de testosterona (Morales, 2004).

O interesse do estudo da qualidade de vida no período do climatério tanto no homem como na mulher tem-se saldado numa profusão de material sobre o género feminino e, nem tanto, sobre o género masculino.

Qualidade de Vida:

A Qualidade de Vida (QdV) é um conceito do senso comum que tende a que todas as pessoas saibam o seu significado. A popularidade do conceito contribui para dificultar a sua clarificação. Embora cada investigador tende a interpretar a QdV à sua maneira e raramente seja definida nas investigações, porém para a compreensão e avaliação da QdV é fundamental adoptar uma definição (Pais-Ribeiro, 2009).

No contexto específico da saúde, a QdV pode ter um significado mais abrangente ou mais limitado (Pais-Ribeiro, 2009). O conceito da QdV subjectiva foi introduzido na pesquisa na área da saúde durante a década de 80 do século XX, de forma a avaliar o impacto e a avaliação da eficácia dos impactos que tratamentos médicos e psicossociais têm nas pessoas. Simultaneamente, assistiu-se ao desenvolvimento de diversos instrumentos que tinham como objectivo a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, como também o aumento substancial de estudos que procuram avaliar o impacto de doenças e outros factores na qualidade subjectiva dos pacientes (Paredes et al, 2008).

A QdV era definida em 1986 como a percepção que dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas as oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas. Nos anos 90 do século XX a QdV era definida como “*satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem-estar*” (Shumaker, Anderson, & Czajkowski, 1990, p.96). Cramer (1994) define o conceito como bem-estar físico, mental e social completo, e não apenas, a ausência de doença ou incapacidade. Esta definição é aquela que mais se aproxima da definição de Saúde da OMS.

O facto de não haver uma definição única da QdV (Ribeiro, 2009) acarreta alguns problemas metodológicos e teóricos quando se trata de avaliar o construto, bem como o reconhecimento dos instrumentos habitualmente utilizados não conseguem ainda avaliar este conceito de forma mais abrangente. Estes factos levaram um grupo internacional de investigadores da Organização Mundial de Saúde a desenvolver uma nova conceptualização teórica e metodológica na avaliação da QdV, com o objectivo de obter uma clarificação teórica deste conceito e conduzir à elaboração de instrumentos de avaliação adequados (Paredes et al, 2008). Neste contexto, este grupo chegou à definição de qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, 1995). Esta definição considera que o significado de qualidade de vida vai muito para além da sintomatologia e dos efeitos da

doença no estado funcional do indivíduo, abrangendo a importância dos sistemas de significação cultural, dos valores e preferências pessoais para a qualidade de vida (Paredes et al, 2008).

A QDV é um conceito multidimensional em que devemos ter em conta as dimensões que a integram e as mais relevantes. Quando a OMS foi criada, a sua definição de Saúde já indicava a multidimensionalidade deste conceito quando era referido o bem-estar e funcionalidade aos níveis mental, físico e social (Levi & Drotar, 1998).

Os primeiros estudos efectuados acerca da qualidade de vida foram importantes para identificar os domínios em que este conceito seria fundamental. Em 1976, Campbell et al identificaram 12 domínios principais na QDV são a comunidade, educação, vida familiar, amizades, saúde, habitação, casamento, nação, vizinhança, *self*, padrão de vida e trabalho.

Flanagan em 1982, num outro estudo utilizando um método diferente identificou 15 dimensões em que constam o conforto material, saúde e segurança pessoal, relações familiares, ter e criar filhos, relações de proximidade com a esposa ou parceiro sexual, amizades íntimas, ajudar e encorajar os outros, participação em assuntos de governo locais, aprender, ir à escola, aumentar o conhecimento, aumentar o conhecimento sobre si próprio e conhecer os seus pontos fortes e limitações, trabalhar em algo que seja interessante, que tenha mérito e que seja recompensador, expressar-se de uma forma activa, socializar-se com os outros, ler, ouvir música, ver desporto ou outros entretenimentos, participar em recreação activa.

Nestes dois estudos a saúde constitui um dos domínios identificados como principal e também como o domínio que melhor consegue explicar a QDV, ainda que qualquer um dos domínios referidos pode ser estudado pelas suas próprias características.

Actualmente, o que a maioria dos autores concorda relativamente à QDV é que se trata de uma medida de percepção pessoal, subjectiva e multifactorial e que varia apenas com o tempo. No caso da percepção pessoal implica que apenas a própria pessoa se pode referir à sua própria QDV (Pais-Ribeiro, 2009).

O que define uma medida como objectiva são as suas propriedades métricas, entre as quais a validade e a fidelidade. Sendo assim, até que ponto são importantes as propriedades psicométricas e clinimétricas dos instrumentos utilizados.

Nos últimos 30 anos o número de artigos que usam qualidade de vida como palavra-chave aumentou de forma exponencial. Em 2005, PubMed identificou 5345 artigos que continham este conceito. Em apenas um ano, de 2004 a 2005, o número de artigos com a

palavra-chave qualidade de vida cresceu cerca de 10% (mais de 600) artigos. Esta taxa de crescimento tem sido consistente por diversos anos (Kaplan & Ries, 2007).

Climatério Masculino:

No início dos anos 30 começaram a ser descritos os sintomas do climatério masculino, mas foi apenas ano de 1939 que Werner usou pela primeira vez o termo *climatério viril* para descrever as alterações psicofisiológicas que ocorriam em homens acima dos 50 anos. O processo de envelhecimento é um processo complexo em que as alterações hormonais do climatério jogam um importante papel. O climatério masculino, é compreendido como um período de transição biopsicossocial pelo qual o homem passa quando chega aos 50 anos de idade e ocorre de forma subtil e gradual, podendo também precipitar-se também em crises (Pitelli, 1997).

Tramblay e Gagné (2005) afirmam que o climatério masculino tem uma origem multifactorial, por isso considerada como entidade de difícil diagnóstico. Na maioria dos casos os profissionais de saúde desconfiam dos sintomas, como também dos métodos para o seu diagnóstico apesar de se reconhecer que a manifestação clínica se deve com a diminuição da produção de testosterona.

A partir dos anos 90 o termo *andropausa* começou a ser utilizado para fazer referência às alterações ocorridas nos homens devido ao seu hipogonadismo relacionado com o envelhecimento (Tremblay & Gagné, 2005; Moncada, 2006; Delev et al, 2009). O acrónimo ADAM (Androgen Decline in the Aging Male) é principalmente usado no Canadá e nos Estados Unidos da América. Apesar de ser adequado apenas descreve uma parte da condição, uma vez que não inclui todas as alterações diferentes e típicas para o género e o período em que ocorrem (Delev e tal, 2009). A definição mais apropriada de *andropausa* é um declínio dos níveis de testosterona dependentes da idade e há medida que os homens vão envelhecendo em comparação com os níveis de testosterona num homem jovem e associado com manifestações clínicas de sintomas e síndromes que estão relacionados com a diminuição do androgénio.

A abundância de termos surgidos para definir esta condição de forma precisa mostra o quanto o nosso conhecimento actual acerca deste tema é inadequado. Novas variantes continuarão a surgir até se conseguir encontrar a designação mais apropriada que consiga nomear as condições clínicas e biológicas que marcam o processo do envelhecimento nos homens. Devido à quantidade de nomes surgidos devido à necessidade de precisão para uma

terminologia médica, Morales et al (2006) afirma que deve de haver apenas uma terminologia apropriada para designar esta condição e propôs o termo Síndrome de Deficiência de Testosterona (TDS- *Testosterone Deficiency Syndrome*). Contudo em 1997, mais especificamente em Dezembro, o ISSAM (International Society for the Study of the Ageing Male), definiu a *andropausa* como uma condição clínica que tem como característica a deficiência parcial de androgénio no sangue e/ou a diminuição da sensibilidade em diversos tecidos alvo (Kabir, Al-Amin, & Siddique, 2008).

Os termos mais frequentemente usados, como as suas abreviaturas, ADAM, EDS, entre outras apenas descrevem a existência clínica de um síndrome associado com a idade. A *andropausa* parece ser o único termo que sumariza de forma relevante as mudanças e o declínio progressivo dos níveis de testosterona dependentes da idade. Este termo é também o mais comum usado por profissionais, pela razão que tem implícito algumas referências ao termo *menopausa* nas mulheres (Delev et al, 2009). No entanto, Morales (2004) refere que o termo *andropausa* deve apenas ser aplicado quando as gónadas deixam de desempenhar a sua função. A *andropausa*, no seu verdadeiro significado deve-se, em casos raros, a características muito específicas, tanto a nível anatómico e/ou a nível psicológico coincidindo com a paragem da actividade testicular.

O estado de hipogonadismo masculino, caracterizado pela diminuição da produção de androgénio e testosterona pelas hormonas masculinas, provocam diversos sintomas que podem colocar um peso significativo tanto nos pacientes como no sistema de saúde. Alguns dos sintomas levam à diminuição da energia física, letargia, falta de motivação e a um estado alterado de bem-estar, disfunção sexual e várias alterações metabólicas. Estas alterações podem ter efeitos a nível da massa muscular com a perda de força, também se começa a diminuir o vigor e da energia física, a densidade óssea e eventualmente, afectar as funções cognitivas, como dificuldades na memória a curto prazo. Alguns destes pacientes perdem o interesse em trabalho, têm menos iniciativa e pouca auto-estima (Kabir, Al-Amin, & Siddique, 2008), bem como uma redução da sua virilidade, fertilidade e diminuição do desejo e actividade sexual (Wespes & Schulman, 2002; Seidman, 2006). Existem outros sintomas relacionados com o climatério como diminuição da qualidade e quantidade do sono, suores nocturnos, depressão, irritabilidade, fadiga e diminuição da quantidade de pelos no corpo (Wespes & Schulman, 2002; Seidman, 2006; Delev et al, 2009), anemia e redução do desempenho no emprego e/ou trabalho que realiza (Langham et al, 2008).

Esta condição pode afectar os pacientes de diversas formas e ter impacto ao nível do funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e sexual, sendo estes os domínios

principais inerentes à qualidade de vida relacionado com a saúde. Outros sintomas, incluindo fadiga e humor depressivo que pode levar a uma depressão, a perda de densidade óssea que pode conduzir à osteoporose, têm o potencial de causar consequências económicas a curto e longo prazo que permanecem desconhecidas (Maggi et al, 2007).

O estudo realizado por Pommerville e Zakus (2006), evidenciam que uma das principais preocupações na saúde destes homens é a diminuição dos níveis de testosterona, que têm demonstrado uma diminuição de 2,8% ao ano em homens dos 47 anos de idade. Segundo a Sociedade Canadiana para o estudo do envelhecimento dos homens 30% dos homens quando chegam aos cinquenta anos têm níveis de testosterona baixos o suficiente para causar e/ou aumentar o risco de disfunção eréctil diminuição da libido, osteoporose, falta de energia e diminuição da massa corporal. Este número, e diversidade de sintomas, dificulta um diagnóstico do climatério masculino por parte dos profissionais de saúde. O climatério deve ser visto como um dado irrefutável (Morales, 2004) mesmo que o diagnóstico clínico seja problemático uma vez que nem os níveis de testosterona nem os sintomas apresentados podem dizer com precisão se os sujeitos estão nesta condição (Goel et al, 2009). Muitos investigadores sugerem que com o envelhecimento os homens experienciam uma redução nos níveis de androgénio, virilidade e fertilidade que são acompanhados por alterações metabólicas. Mesmo assim, a questão do climatério continua a ser controversa, em parte pela dificuldade de discriminar os efeitos das várias variáveis que surgem com o envelhecimento, como o stress, doenças endócrinas, mal-nutrição, obesidade e o uso de medicamentos devido ao avançar da idade (Wespes & Schulman, 2002).

Deste modo, uma visão clínica em concordância com os sintomas e níveis baixos de testosterona é considerado de grande importância para o correcto diagnóstico do climatério masculino (Goel et al, 2009). O diagnóstico do climatério depende maioritariamente dos recursos clínicos e investigações laboratoriais e de uma sensibilização acerca desta condição de forma a poder ser diagnosticada mais cedo (Kabir, Al-Amin, & Siddique, 2008).

Um estudo recente (Swerdlow et al, 2005) com homens com idades acima dos 40 anos observou que homens com níveis normais de testosterona tinham uma taxa de mortalidade de cerca de 20% em comparação com uma taxa de 35% em homens com baixos níveis de testosterona. A associação entre os baixos níveis de testosterona e o aumento da mortalidade foi significativo mesmo após o ajuste da idade, comorbilidade como outros factores clínicos. A mortalidade surgiu em relação com outros factores, incluindo diabetes, que podem estar ou não directamente relacionados com baixos níveis de testosterona. Se os baixos níveis de testosterona forem associados com a mortalidade, por confirmação de estudos futuros, então a

mortalidade prematura causada por baixos níveis de testosterona pode ser adicionada como uma consequência desta condição (Maggy et al, 2007).

Num estudo elaborado por Finas et al (2006) que teve como objectivo comparar as diferenças na qualidade de vida em homens com idades superiores a 50 anos com baixos níveis de testosterona, usando um grupo de controlo com homens da mesma idade. No final verificou-se que existiam diferenças significativas nos sintomas apresentados a nível físico, e na vitalidade entre os dois grupos, no entanto não foram encontradas diferenças significativas a nível da saúde mental. Porém, ambos os grupos referiram ter menos energia e problemas a nível sexual, tendo este facto um maior impacto negativo na qualidade de vida. Este estudo identificou 7 domínios importantes que devem ser considerados quando se avalia o impacto da qualidade de vida nos homens, nomeadamente energia, emocional, social, sócio-emocional, funcionamento mental, funcionamento físico e sexual.

Maggi et al (2007) encontraram evidências do impacto negativo que o deficit de testosterona tem no funcionamento sexual, níveis de energia, composição corporal, humor e funcionamento cognitivo e qualidade de vida. Apesar dos muitos estudos que têm sumarizado como os sintomas têm impacto na qualidade de vida, nenhum estudo tem especificado as consequências que o climatério masculino tem na qualidade de vida dos homens em relação à sua saúde. Apenas um estudo elaborado por Finas et al (2006) se interessou sobre este assunto enquanto outros estudos têm apenas tentado avaliar as mudanças na qualidade de vida através de tratamentos de hormonais, com substituição de testosterona.

Considerando os vários estudos apresentados, para os homens parece essencial que para a manutenção da sua qualidade de vida devem manter o seu comportamento, funcionamento, força muscular, funcionamento cognitivo e sensação de bem-estar, assim todas as alterações verificadas podem vir a reduzir a sua qualidade de vida, mas existe ainda falta de informação disponível acerca das alterações metabólicas nos homens a partir desta idade, e as consequências para sua qualidade de vida, sendo esta uma avaliação subjectiva da saúde de um indivíduo (Finas et al, 2006).

Verifica-se assim que no período do climatério masculino, as alterações psicológicas e metabólicas anteriormente referidas e de acordo com os estudos anteriores, indicam que a diminuição de testosterona também reduz a qualidade de vida dos homens a partir dos 50 anos de idade (Moncada, 2006).

O climatério masculino é actualmente o objecto de cada vez mais investigações, contudo a qualidade de vida ainda está pouco explorado, principalmente em relação aos homens portugueses, como também o próprio conceito e como este afecta a vida dos homens.

Assim, o objectivo deste estudo prende-se com o estudo da qualidade de vida e as alterações sofridas nesta fase pelos homens acima dos 50 anos que estejam no período do climatério masculino.

Outro objectivo do estudo foi a validação da Escala da Qualidade de Vida usada para efectuar este estudo. Actualmente esta escala encontra-se validada para a população feminina portuguesa que se encontra no período do climatério (menopausa), nesta escala existem sub-escalas que medem alterações em vários aspectos da vida destes homens, alterações essas indicadas pelos vários estudos. Por essa razão, a adaptação desta escala para a população masculina seria uma mais-valia para o estudo da qualidade de vida desta população durante o climatério, como também verificar a existência deste período.

Método:

Delineamento:

Este é um estudo exploratório descritivo transversal em que se pretende observar se existe nos homens em período de climatério, queixas, sinais e sintomas idênticos ou comparáveis aos que existem nas mulheres do mesmo grupo etário. Pretende-se saber de a andropausa, tem uma formulação idêntica à das mulheres à menopausa e se existem idênticos ou diferentes impactos na qualidade de vida para os homens nesta fase da vida.

Participantes:

Os participantes neste estudo foram 432 homens com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos. A amostra foi recolhida por conveniência e em bola de neve na área metropolitana de Lisboa, no distrito de Leiria e no distrito de Évora.

O sistema bola de neve consiste em chegar a determinados sujeitos através de outros que tenham características semelhantes que sejam relevantes para o estudo, como a idade e o género.

Procedimento:

O protocolo de investigação foi distribuído a homens com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos que quiseram participar sendo informados que se tratava de um projecto académico.

Na aplicação do protocolo, este encontrava-se dentro de subscritos de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Assim, os inquéritos foram entregues aos sujeitos dentro dos subscritos, sendo devolvidos preenchidos, com os subscritos selados no pelos próprios.

A análise dos dados foi elaborada com recurso ao *Software* estatístico PASW Statistics (v.18, SPSS Inc, Chicago, IL).

Material:

Os instrumentos utilizados foram:

Um questionário sócio-demográfico, constituído para o efeito, para a caracterização da amostra nos seguintes aspectos: idade, profissão, estado civil, doenças, medicação, visita ao médico nos últimos 6 meses.

Uma Escala da Qualidade de Vida que é a versão portuguesa adaptada por Pimenta (2009), sendo que a versão original foi elaborada por Janata, Utian, Kingsberg e Hamilton (2005). A escala desenvolvida por estes autores tem como objectivo de compreender as influências da sensação de bem-estar devido a vários factores que sejam empiricamente determinados (Janata et al, 2005).

A Escala da Qualidade de Vida é um questionário de auto resposta, constituída por 23 itens em que avalia quatro domínios diferentes que se correlacionam entre si, Qualidade de Vida Ocupacional, Qualidade de Vida Física, Qualidade de Vida Sexual e Qualidade de Vida Emocional.

A QdV Ocupacional é constituída por 7 itens “*Sinto-me desafiada pelo meu trabalho.*”, QdV Física tem 7 itens “*Sinto-me insatisfeita com a minha aparência*”, QdV Emocional composta por 6 itens “*Sou capaz de controlar as coisas que, na minha vida, são importantes para mim.*”, e por fim a QdV Sexual com 3 itens “*Não estou satisfeita com a minha vida sexual.*”.

A classificação dos itens varia entre o 1 os 5 valores, numa escala Tipo Likert, em que 1 corresponde a “*Não é verdadeiro no meu caso*” e 5 corresponde a “*Largamente verdadeiro no meu caso*”.

Resultados:

A primeira tarefa foi o estudo psicométrico desta escala para a nossa população, uma vez que só tinha sido usada para mulheres do mesmo grupo etário.

Assim, torna-se fundamental fazer uma primeira análise dos dados obtidos através dos conceitos da psicometria, ou seja, analisar os dados relativamente à validade, fidelidade e sensibilidade.

A validade é a qualidade em avaliar aquilo que se propõe avaliar (Cronbach e Meehl, 1955). A validade relativa ao critério estabelece uma relação estatística entre o teste e um critério (Cronbach e Meehl, 1955).

		Frequências
Medida de adequação da amostragem de Keiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,831
Teste de esfericidade de Bartlett	Proximidade do Qui-quadrado	2231,601
	GI	0,235
	Sig.	0,000

Tabela 1: Teste do Kaiser-Meyer-Olkin e Teste de Esfericidade de Bartlett

Como se pode ver na tabela 1 (Anexo C), de acordo com o valor obtido do KMO, admitimos que podemos avançar com a análise factorial ($KMO = 0,831 > 0,5$), já que o valor é superior a 0,5 (valor mínimo de comparação). Assim, este valor pode ser adjectivado como “bom”, encontrando-se no intervalo 0,8 a 0,9 (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008).

Outro procedimento estatístico a utilizar é o teste de Esfericidade de Bartlett que tem como objectivo verificar se os resultados podem ou não ser extrapolados (Pestana e Gageiro, 2008). De acordo com a tabela 1 (Anexo C), admitimos que podemos fazer extrapolações dos

resultados e continuar com a análise factorial, uma vez que o valor de significância é inferior ao α de 0,05 ($p = 0,000 < 0,05$).

Deste modo, o passo seguinte passa pela realização da Matriz Anti-Imagem. Esta “*é uma medida da adequação amostral de cada variável para uso da análise factorial (...) e contém na diagonal principal as medidas de adequação amostral para cada variável*” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 503) e permite ver quais os itens (inferiores a 0,5) que podem dar problemas. Segundo esta matriz, verificou-se que todos os itens são superiores a 0,5, logo não existem itens que poderão dar problemas.

Quanto ao número de factores essenciais para descrever os dados, salienta-se o procedimento estatístico: Total de Variância Explicada.

O Total de Variância Explicada (ou critério de Kaiser) determina o número de factores a reter (Maroco, 2007). Após sua realização, verifica-se que existem seis componentes com valor de *Eigenvalue* superior a 1 e, assim, segundo o critério de Kaiser, admite-se que o questionário avalia com significância seis factores com uma variância de 60,521% (Anexo C). Assim, tentou-se agrupar estes seis componentes em apenas quatro, obtendo-se no KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett os mesmos valores anteriores e na variância 50,639% (Anexo D).

A análise da Matriz de Componentes após Rotação ou a Matriz Rodada de Componentes permite dar significado aos factores, mas é indispensável encontrar um número de factores que trate a realidade da maneira mais simples possível (Pestana e Gageiro, 2008).

Observando os resultados, apresentados na tabela 1 (Anexo D), verificámos que os 23 itens que estavam agrupados em seis factores, na análise confirmatória apenas 4 itens foram excluídos mantendo-se apenas 19 itens.

A Fidelidade é outro conceito importante de se analisar, uma vez que garante um determinado grau de confiança da medida efectuada (Bryman & Cramer, 1992). Para verificar esta consistência interna, uma das medidas mais utilizadas é o Alpha de Cronbach (α Cronbach) (Nunnally, 1978).

Factor	Alfa de Cronbach
Geral	0,775
QdV Ocupação	0,871
QdV Emocional	0,694

QdV Física	0,697
QdV Sexual	0,639

Tabela 2: Índices de Fidelidade

Ao analisar a tabela anterior (Tabela 2) (Anexo E), verificámos que o questionário apresenta um Alpha superior ao valor considerado aceitável (α Cronbach = 0,775 > 0,7), o que significa que este questionário tem uma razoável consistência interna. O primeiro factor tem um α Cronbach = 0,871 > 0,7, logo apresenta uma boa consistência interna, contrariamente aos factores 2, 3 e 4. No factor 2, verifica-se um α Cronbach = 0,694 ($\approx 0,7$) = 0,7, apresentando uma razoável consistência interna, visto ser um valor muito próximo a 0,7. E o factor 3, apresenta um α Cronbach = 0,697 ($\approx 0,7$) = 0,7, ocorrendo uma situação semelhante em relação ao valor anterior. E o factor 4, apresenta um α Cronbach = 0,639 < 0,7 verificando-se uma consistência interna fraca (Pestana e Gageiro, 2008).

A sensibilidade corresponde à capacidade que o teste tem em discriminar os sujeitos segundo o factor que está a ser avaliado. Os coeficientes de assimetria e achatamento permitem descrever como os elementos da população da amostra se distribuem em torno da média (Maroco, 2010).

	QdV Emocional	QdV Ocupação	QdV Física	QdV Sexual
N	340	340	340	340
Média	3,5163	2,14160	3,1657	3,5253
Desvio-padrão	0,82107	0,81270	0,94263	1,04530
Simetria	-0,421	0,287	-0,005	-0,420
Erro de Simetria	0,132	0,132	0,132	0,133
Curtose	-0,229	0,156	-0,257	-0,395
Erro de Curtose	0,264	0,264	0,264	0,265
Mínimo	1,25	1,00	1,00	1,00
Máximo	5,00	5,00	5,00	5,00

Tabela 3: Estatísticas descritivas por factor

Tendo em conta a estatística descritiva (Tabela 3) (Anexo F), realizaram-se os cálculos para obter os coeficientes de assimetria e achatamento.

	QdV Emocional	QdV Ocupação	QdV Física	QdV Sexual
Coefficiente de Assimetria	-3,189	2,174	-0,038	-3,157
Coefficiente de Achatamento	-0,867	0,591	-0,973	-1,491

Tabela 4: Coeficientes de assimetria e de achatamento

Segundo a tabela apresentada anteriormente (Tabela 4) (Anexo F) e respectivos histogramas (Anexo F), podemos verificar que o coeficiente de assimetria da QdV Emocional, QdV Ocupação e da QdV Sexual não se encontram dentro do intervalo $[-1,96; 1,96]$.

Assim, no factor QdV Emocional, coeficiente de assimetria -3,189 não se encontra dentro do intervalo anteriormente referido, obtendo-se uma distribuição assimétrica negativa, com alongamento do lado esquerdo do histograma, o coeficiente de achatamento -0,867 encontra-se dentro do intervalo definido.

No factor QdV Ocupação, o coeficiente de assimetria é 2,174, não se encontra dentro do intervalo a distribuição é assimétrica positiva, com alongamento do lado direito no histograma, o valor do coeficiente de achatamento 0,591 encontra-se dentro do intervalo.

O factor QdV Física, o coeficiente de assimetria -0,038 como o coeficiente de achatamento -0,973 encontram-se dentro do intervalo, tendo uma distribuição assimétrica à esquerda.

Por último, o factor QdV Sexual tem um coeficiente de assimetria -3,157, não estando dentro do intervalo, mas com um coeficiente de achatamento de -1,491 que se encontra dentro do intervalo, assim a distribuição é assimétrica negativa do lado esquerdo.

Fazendo a análise geral a todos os factores descritos anteriormente, pode-se inferir que nenhum dos factores apresenta os parâmetros de normalidade validados.

No estudo das variáveis que podem influenciar a Qualidade de Vida e as suas respectivas variáveis, quando se faz a análise da variável da Medicação em relação às variáveis da QdV usando o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da

distribuição, verifica-se que apenas a variável QdV Ocupação ($p=0,078$) e QdV total ($p=0,230$) têm distribuição normal (Anexo H). Usando o teste de Levene para a verificação da homogeneidade das variáveis, verificou-se que apenas a variável QdV Ocupação ($p=0,011$) não têm variância homogênea enquanto as outras variáveis como a QdV total ($p=0,148$), QdV Emocional ($p=0,948$), QdV Física ($p=0,470$) e QdV Sexual ($p=0,972$) têm variâncias homogêneas (Anexo H). Aplicando o teste da Anova One-Way à variável em que se aplicam os pressupostos, verifica-se que a QdV total [$F(6; 332) = 1,712, p=0,117$] não é afectada pela Medicação. Aplicando o teste de Kruskal–Wallis verifica-se que a QdV Ocupação ($p=0,282$) também não afecta a qualidade de vida, mantendo H_0 (Anexo H).

Usando a variável Doenças para verificar a influência destas na qualidade de vida, utiliza-se o teste de Levene e verifica-se que a variável QdV Ocupação ($p=0,042$) e QdV Física ($p=0,007$) não têm variância homogênea, tendo que se aplicar o teste Kruskal – Wallis (Anexo I). Aplicando o teste Anova One-Way às restantes variáveis, verifica-se que as doenças não influenciam a QoV total [$F(7; 328) = 1,858, p=0,076$], contudo verifica-se a sua influência na QdV Emocional [$F(7, 328) = 2,162, p=0,037$] e na QdV Sexual [$F(7; 324) = 3,156, p=0,004$]. Na aplicação do teste Kruskal–Wallis verifica-se que a variável Doenças afecta a QdV Ocupação ($p=0,024$) e a QdV Físico ($p=0,000$), na medida em que se rejeita H_0 . Também se encontraram diferenças na QdV nas pessoas que não têm doenças ($M=3,2320$; $DP=0,03671$) e aquelas com doenças crónicas ($M=3,0715$, $DP= 0,07881$) (Tabela 5). Apesar de se confirmar que existem diferenças entre quem não tem doenças e as doenças crónicas o teste Post Hoc (Scheffe) não indicou entre quais as variáveis da qualidade de vida existem essas diferenças (Anexo I).

Doenças	QdV Total		QdV Emocional		QdV Ocupação		QdV Física		QdV Sexual	
	Não tem	Crónicas	Não tem	Crónicas	Não tem	Crónicas	Não tem	Crónicas	Não tem	Crónicas
Média	3,2320	3,0715	3,6138	3,4900	2,3157	2,4700	3,3567	2,6667	3,6860	3,2818
Desvio-padrão	0,03671	0,07881	0,5458	0,12012	0,5925	0,10085	0,05983	0,14781	0,07019	0,14837

Tabela 5: Média e desvio-padrão da Variável Doenças (Não tem e Crónicas)

Para avaliar a influência da Idade na qualidade de vida e nas suas subsequentes sub-escalas recorreu-se a uma regressão linear múltipla, verificou-se que a idade tem a sua influência na QdV total [$F(1;338) = 7,510, p=0,006, R_a^2 = 0,019$], na QdV Emocional [$F(1;338) = 12,234, p=0,001, R_a^2 = 0,032$], na QdV Física [$F(1;338) = 3,906, p=0,049, R_a^2 = 0,009$], e por último na QdV Sexual [$F(1;334) = 5,481, p=0,020, R_a^2 = 0,013$] (Anexo J).

Quando se procedeu à comparação das idades para se verificar como estas influenciam a qualidade de vida procedeu-se à constituição de dois grupos (≤ 58 anos de idade e >58 anos de idade), usou-se o teste Levene para verificar a homogeneidade das variáveis e verificou-se que todas as variáveis correspondentes à QdV têm uma variância homogéneas, uma vez que os *p-value* são superiores ao α ($p\text{-value} > \alpha=0,05$) (Anexo J). Efectuou-se o teste T- student com os pressupostos avaliados (Maroco, 2010) verificou-se que todas as variáveis afectam ambos os grupos etários constituídos à excepção da QdV Ocupação ($t\text{-student} = -1,008$; $p\text{-value}_{(2\text{-tailed})} = 0,227$) que não afecta a qualidade de vida, uma vez que $p\text{-value}_{(2\text{-tailed})} > \alpha=0,05$. Assim, verificou-se que os sujeitos com idades ≤ 58 anos de idade têm uma maior qualidade de vida (Anexo J).

Discussão e Conclusão

Quando a amostra foi recolhida para este estudo, teve-se em conta a sua dimensão, uma vez que esta seria importante para a validação da Escala da Qualidade de Vida para a população dos homens portugueses que se encontrem entre os 50 e os 65 anos de idade, sendo esta a idade propícia para o climatério masculino. Conseguiu-se obter uma amostra total $n=342$ do género masculino, da zona centro do país (Leiria), área de Lisboa e da região sul (Évora).

Com os dados obtidos passou-se ao estudo das qualidades psicométricas da escala, os valores obtidos do KMO e Teste de Esfericidade de Bartlett são considerados “bom”, uma vez que se encontram num intervalo entre 0,8 e 0,9 (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008). Este valor é bastante positivo quando se trata de verificar se esta escala validada para a população feminina seria possível de ser usada para a população masculina e isso foi verificado. Em relação às sub-escalas da escala original, sofreram modificações, ou seja, alguns dos itens foram suprimidos quando se fez a análise confirmatória da escala, porém mantêm-se as quatro sub-escalas originais.

A fidelidade foi também analisada e confirmou-se e analisando todos os itens, existe uma razoável consistência interna, porém quando analisamos as várias sub-escalas constatamos que na sub-escala da QdV Ocupação tem uma boa consistência interna, as sub-escalas QdV Emocional e QdV Física têm uma consistência interna razoável sendo estes valores de 0,7 quando feito arredondamento. Apenas a QdV Sexual tem uma consistência interna fraca, uma vez que consiste em apenas dois itens.

Quanto à sensibilidade, os dados não se encontraram dentro dos parâmetros da normalidade, havendo apenas 3 valores que não se encontravam dentro do intervalo definido.

Deste modo, em relação aos resultados apresentados anteriormente, pode afirmar-se que esta escala não é perfeita e tem as suas próprias limitações.

No entanto, esta escala pode ser usada para o estudo do conceito que foi analisado ao longo trabalho, o climatério masculino. Apesar de haver alguma literatura, nenhuma delas é de origem portuguesa, visto ser um tema ainda muito pouco explorado na nossa sociedade.

No estudo das variáveis que podem ter influência na qualidade de vida dos homens nesta idade, a avaliação do pressuposto da normalidade, considerada a robustez da ANOVA a desvios à normalidade e a sensibilidade dos testes de ajustamento à elevada dimensão da amostra com o conseqüente acréscimo do erro de tipo I (Maroco et al., 2008), para as variáveis que não apresentavam distribuição normal com o teste Kolmogorov-Smirnov, valores esses que não se afastaram excessivamente da distribuição normal.

Procedeu-se ao estudo da Medicação, a partir dos 50 anos de idade é comum muitos homens tomarem determinadas medicações para hipertensão, colesterol e outras medicações associadas a doenças que aparecem por consequência do avançar da idade, sendo este um dos factores apresentados no estudo de Wespes e Schulman (2002) que dificultam o diagnóstico do climatério masculino. A medicação em si não afecta a qualidade de vida pelo facto de este tipo de medicação se tornar algo habitual para estas pessoas, ou seja tomar esta medicação não as impede de seguirem normalmente com a sua vida, uma vez que aprenderam a lidar com estas doenças de características “normais” para a sua própria idade.

As Doenças, outra das variáveis estudadas prendem-se com as várias doenças que nos foram referidas pelos sujeitos que representam a nossa amostra. Quando se fez o estudo desta variável e a sua influência na qualidade de vida dos sujeitos observou-se que a doença não influencia a variável da QdV total, ou seja, quando reunidas as várias subescalas da qualidade de vida não se verificam alterações significativas, contudo quando se analisam as várias variáveis de forma isolada verificaram-se alterações na qualidade de vida a nível da QdV Emocional, QdV Sexual, QdV Ocupacional e QdV Física. A nível emocional as doenças influenciam a nível do humor, podendo este tornar-se depressivo, no caso de doenças mais graves que podem não estar associadas com o envelhecimento. A nível sexual, as doenças por si e também quando associadas à idade trazem problemas acrescidos a este nível, visto que a partir dos 50 anos e com o decréscimo dos níveis de testosterona se verificam alterações a nível da função sexual e agravados por algumas doenças, tornando-se um problema a nível da

auto-estima (QdV Emocional). Na população portuguesa, na faixa etária representada pela amostra, muitos destes homens ainda se encontram activos com os seus respectivos empregos ou então, alguns dos que já se encontram reformados encontram actividades que os mantenham activos, contudo as alterações que se verificam na QdV Ocupacional prendem-se com a passividade que começa a instalar-se, também referido nos estudos de Langham et al, (2008) e Maggy et al (2007), entre outros que referem a falta de interesse pela actividade desempenhada, como também falta de energia e letargia. Estes homens que se consideravam activos, começam a sentir menos força, vontade e até capacidades cognitivas diminuídas para desempenhar determinadas tarefas que eram executadas com menor esforço anteriormente (Seidman, 2006; Maggy et al 2007; Langham et al, 2008; Wespes & Schulman, 2002; Delev et al, 2009). A nível físico também se começam a perceber algumas transformações que podem vir a afectar a forma como a pessoa se percebe, o aumento do peso, da massa gorda e acompanhado pela perda de força, que são resultado de algumas doenças nesta idade, como cardiovasculares e aumento da tensão arterial. Todas estas alterações têm consequências na QdV Física. As doenças, por si, trazem muitas alterações na vida de qualquer pessoa, ainda mais quando se envelhece, aqui é uma das principais condicionantes para se verificar se as alterações observadas são das doenças ou deste período (Wespes e Schulman, 2002)

A Idade é um dos factores mais importantes para a qualidade de vida, a partir do momento que há medida que esta vai aumentando vão ocorrendo alterações na vida de qualquer pessoa, mas neste caso em particular, com a diminuição gradual das hormonas masculinas (androgénio e testosterona) maiores vão sendo as alterações verificadas nos homens a partir dos 50 anos de idade. Deste modo, mesmo que a influência da idade para a qualidade de vida não tenha sido de grande significado, esta encontra-se presente na QdV Emocional, QdV Física e QdV Sexual. Contudo, a Idade não afecta a QdV Ocupacional, esta pode ser explicada pelo facto de grande parte das pessoas entre os 50 e os 65 anos de idade se encontram activas e gostam do que fazem, muitas delas até têm outras actividades paralelas que os mantêm activos. As restantes variáveis podem estar directamente relacionadas com a diminuição hormonal característica desta faixa etária. A nível da QdV Emocional prende-se pelas alterações psicológicas que esta fase trás, mesmo por vezes não admitindo, ou até não pedindo ajuda, muitos homens começam a sentir alterações nesta área sem saberem do que se trata, como é referido pelos autores Wespes e Schulman, (2002), Maggi et al (2007), Pommerville e Zakus, (2006), Kabir, Al-Amin e Siddique, (2008) neste período começam alterações no humor, ficando depressivo e baixa auto-estima. A nível físico, todas as

alterações que começam a ocorrer e que são claramente visíveis, aumento do peso (barriga, na maioria dos homens), perda de força, perda de cabelo (Seidman, 2006; Maggi et al 2007; Kabir, Al-Amin & Siddique, 2008; Delev et al, 2009). Estas alterações têm o seu impacto na QdV Físico. A nível sexual a questão prende-se com o desejo e satisfação, que afecta também a sua qualidade de vida, vistos estes começarem a diminuir. Contudo, muitas vezes a vergonha leva os homens a não procurarem ajuda e a agravar o problema, ou seja disfunção eréctil. A diminuição das hormonas masculinas (testosterona e androgénio) levam a que ocorram alterações nesta área, como é referido por Kabir, Al-Amin, & Siddique (2008) contudo não é significativa dependendo do impacto que este período tem para cada pessoa, nos casos em que as alterações afectam a sua QdV Sexual devem pedir a ajuda dos profissionais.

Por fim, quando agrupando as idades (≤ 58 anos e > 59 anos) e comparando-as, verificou-se que a QdV Ocupacional não é afectada, pelas razões mencionadas anteriormente, porém os homens com idades ≤ 58 anos têm melhor qualidade de vida. Este resultado deve-se ao facto de as alterações hormonais só se manifestarem de forma mais significativa a partir dos 60 anos de idade, antes disso, o decréscimo hormonal que ocorre de forma gradual têm pouca influência nas diferentes QdV's observadas ao longo deste estudo.

Apesar de este estudo mostrar que existem alterações nas diferentes variáveis da qualidade de vida, surge também um problema, ou seja não se consegue compreender se alterações verificadas são de facto das alterações sofridas a nível hormonal, como referido na literatura, ou por causas externas, como as doenças, medicações ou mesmos por outros factores associados à idade e ao conseqüente envelhecimento. Um estudo a nível endócrino, aos níveis de androgénio e testosterona nos homens a partir dos 50 anos, seriam benéficos para complementar muitos dos resultados obtidos por este estudo.

Na nossa sociedade existe algum desconhecimento por este conceito, devido a razões culturais, ou seja, apenas se considera que as mulheres é que passam por um período de modificações (menopausa), verificando que existem muitos homens que não procuram profissionais de saúde quando começam a sentir diferenças no seu corpo, como também alterações a nível emocional e sexual, podendo conduzir ao agravamento dos sintomas.

A maioria dos estudos utilizados referem a descida dos níveis hormonais, apesar de recentes, estes são estudos feitos em países culturalmente diferentes, mesmo que sejam ocidentais. As diferenças culturais também podem afectar a percepção desta condição, daí haver contradições em diversos especialistas.

Bibliografia:

- Bowling A. & Windsor, J. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2, 55-81
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinic*, 12(1), 1-13
- Delev, D., Kostadinova, I., Kostadinov, I., & Ubenova, D. (2009). Physiological and clinical characteristics of andropause. *Folia Medica*, 1, 15 – 21
- Feldman, H., Longcope, C., Derby, C., Johannes, C., Araujo, A., Coviello, A., Bremner, W., & McKinlay, J. (2002). Age Trends in the Level of Serum Testosterone and Other Hormones in Middle-Aged Men: Longitudinal Results from the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87 (2), 589–598
- Finas, D., Bals-Pratsch, M., Sandmann, J., Eichenauer, R., Jocham, D., Diedrich, K., Schmucker, P., & Huppe, M. (2006). Quality of life in elderly men with androgen deficiency. *The Authors Journal Compilation*, 38, 48–53
- Goel, A., Sinha, J., Dalela, D., Sankhwar, S., & Singh, V. (2009). Andropause in Indian Men. *Urology Journal*, 6, 40 – 46
- Hafez, B., & Hafez, E. S. (2004). Andropause: Endocrinology, Erectile Dysfunction, and Prostate Pathophysiology. *Archives of Andrology*, 50, 45–68
- Heinemann, L., Saad, F., Zimmermann, T., Novak, A., Myon, E., Badia, X., Potthoff, P., T'Sjoen, G., Pöllänen, P., Goncharow, N., Kim, S., & Giroudet, C. (2003). The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: Update and compilation of international versions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1 – 15
- Hijazi, R., & Cunningham, G. (2005). Andropause: Is Androgen Replacement Therapy Indicated for the Aging Male? *Annu. Rev. Med*, 56, 117–137
- Hill & Hill (2002). *Investigação por questionário*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Kabir, M., Al-Amin, M., & Siddique, M. (2008). Andropause: The Male Climacterium. *The Journal of Teachers Association*, 21, 87 – 92
- Kaplan, R., & Ries, A. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4, 263–271

- Langham, S., Maggi, M., Schulman, C., Quinton, R., & Uhl-Hochgraeber, K. (2008). Health-Related Quality of Life Instruments in Studies of Adult Men with Testosterone Deficiency Syndrome: A Critical Assessment. *Journal Sexual Medicine, 5*, 2842–2852
- Levi, R., & Drotar, D. (1998). Critical issues and needs in health-related quality of life assessment of children and adolescents with chronic health conditions. In: D. Drotar (Ed.). *Measuring health-related quality of life in children and adolescents* (pp.3-24). London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Maggi, M., Schulman, C., Quinton, R., Langham, S., & Uhl-Hochgraeber, K. (2007). The Burden of Testosterone Deficiency Syndrome in Adult Men: Economic and Quality-of-Life Impact. *Journal Sexual Medicine, 4*, 1056–1069
- Maggi, M. (2008). Gender Differences Mirrored: Andro-Pause, a Palindromic Meno-Pause, or Just a Lean-Pause? *Journal Sexual Medicine, 5*, 2243–2245
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Moncada (2006). Testosterone and men's quality of life. *The Aging Male, 9* (4), 189 –193
- Morales, A. (2004). Andropause (or symptomatic lateonset hypogonadism): facts, fiction and controversies. *The Aging Male, 7*, 297–303
- Novák, A., Brod, M. & Elbers, J. (2002). Andropause and quality of life: findings from patient focus groups and clinical experts. *Maturitas, 43* (4), 231 - 237
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York, NY: McGraw-Hill
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Gameiro, S. & Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde e doença, 9*, 73 - 87
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Pitelli, J. (1997). Sexualidade no climatério: influências psicológicas e socioculturais. *Sexualidade Humana, 8*, 238 - 253
- Pommerville, P., & Zakus, P. (2006). Andropause: knowledge and awareness among primary care physicians in Victoria, BC, Canada. *The Aging Male, 9*, 215–220

- Seidman, S.N. (2006). Normative hypogonadism and depression: does 'andropause' exist? *International Journal of Impotence Research*, 18, 415 – 422.
- Schumaker, S.A., Anderson, R.T., & Czajkowski, S.M. (1990). Psychological tests and scales. In B. Spilker (Ed.) *Quality of Life Assessments in Clinical Trials* (pp. 95-111). Raven Press, NY
- Swerdlow A.J., Higgins C.D., Schoemaker M.J., Wright A.F., & Jacobs P.A. (2005). Mortality in patients with Klinefelter syndrome in Britain: A cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*, 90, 6516–22
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tramblay, R., & Gagné, J.-M. (2005). Can we get away from serum total testosterone in the diagnosis of andropause? *The Aging Male*, 8, 147 – 150
- Utian, W. (2005). Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 1 – 10
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life- ordering concepts and measures of the good life. *Journal Of Happiness Studies*, 1, 1-39
- Wespes, E. & Schulman, C. (2002). Male andropause: myth, reality, and treatment. *International Journal of Impotence Research*, 14, 93 – 98

ANEXOS

ANEXO A – OUTPUTS DAS CARACTERÍSTICAS DAS AMOSTRAS

Statistics

		idd	medicação	doença
N	Valid	342	341	338
	Missing	0	1	4
Mean		1,3450	1,36	2,07
Std. Deviation		,47607	1,647	1,680
Minimum		1,00	0	1
Maximum		2,00	6	8

idd

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<=58	224	65,5	65,5	65,5
	>58	118	34,5	34,5	100,0
Total		342	100,0	100,0	

medicação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	149	43,6	43,7	43,7
	1	65	19,0	19,1	62,8
	2	60	17,5	17,6	80,4
	3	27	7,9	7,9	88,3
	4	18	5,3	5,3	93,5
	5	7	2,0	2,1	95,6
	> 5	15	4,4	4,4	100,0
	Total	341	99,7	100,0	
Missing	System	1	,3		
Total		342	100,0		

		doença			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tem	210	61,4	62,1	62,1
	Doenças Etárias	36	10,5	10,7	72,8
	Doenças Respiratórias	11	3,2	3,3	76,0
	Crónicas	55	16,1	16,3	92,3
	Psicológicas	7	2,0	2,1	94,4
	Outras	9	2,6	2,7	97,0
	> a 2	5	1,5	1,5	98,5
	> a 3	5	1,5	1,5	100,0
	Total	338	98,8	100,0	
Missing	System	4	1,2		
Total		342	100,0		

ANEXO B – ESCALAS UTILIZADAS

Estamos a realizar uma investigação no âmbito da Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde I. D. do I.S.P.A.

Agradecemos desde já a sua colaboração, garantindo o anonimato e confidencialidade, pelo que lhe solicitamos que não assine.

Não existem respostas certas ou erradas pelo que lhe pedimos a sua opinião.

Questionário Sócio – demográfico

Pedimos que leia e responda um de cada vez, sem deixar nenhuma questão por responder.

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

Onde nasceu? _____ Estado Civil: _____

Frequentou a escola?

() Sim, por ____ano(s) () Não

Profissão: _____

Trabalha?

() Sim. Em que? _____ () Não. Especifique. _____

Tem filhos?

() Sim. Quantos? _____ () Não

Com quem mora? _____

Em relação ao seu estado de saúde:

Quantas vezes foi ao médico nos últimos 6 meses?

Quantos medicamentos toma por dia? _____

Quantas vezes meteu baixa durante o último ano? _____

Tem alguma doença:

() Sim. Qual? _____ () Não

Muito obrigado pelo preenchimento!

Escala de Qualidade de Vida

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si em relação ao passado mês. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção, tendo em conta a seguinte escala de cinco pontos:

Não é verdadeiro no meu caso		Parcialmente verdadeiro no meu caso		Largamente verdadeiro no meu caso
1	2	3	4	5

1 - Sou capaz de controlar as coisas que, na minha vida, são importantes para mim.	1	2	3	4	5
2 - Sinto-me desafiada pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5
3 - Acredito que o meu trabalho beneficia a sociedade.	1	2	3	4	5
4 - Não estou satisfeita com a minha vida sexual.	1	2	3	4	5
5 - Estou satisfeita com a minha vida amorosa.	1	2	3	4	5
6 - Tenho recebido muito reconhecimento pessoal na minha comunidade ou no meu emprego.	1	2	3	4	5
7 - Sinto-me insatisfeita com a minha aparência.	1	2	3	4	5
8 - A minha alimentação não é equilibrada.	1	2	3	4	5
9 - Sinto que controlo o meu comportamento alimentar.	1	2	3	4	5
10 - Habitualmente, faço exercício físico três ou mais vezes por semana.	1	2	3	4	5
11 - O meu humor está geralmente deprimido.	1	2	3	4	5
12 - Sinto ansiedade frequentemente.	1	2	3	4	5
13 - A maior parte das coisas que me acontecem estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5
14 - Estou satisfeita com a frequência com que tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a).	1	2	3	4	5
15 - Actualmente, sinto desconforto físico ou dor durante a actividade sexual.	1	2	3	4	5
16 - Acredito que não tenho controlo sobre a minha saúde física.	1	2	3	4	5
17 - Sinto-me orgulhosa das metas que alcancei em termos profissionais.	1	2	3	4	5
18 - Considero a minha vida estimulante.	1	2	3	4	5
19 - Continuo a traçar para mim novos objectivos pessoais.	1	2	3	4	5
20 - Tenho a expectativa de que irão acontecer na minha vida coisas boas.	1	2	3	4	5
21 - Sinto-me bem fisicamente.	1	2	3	4	5
22 - Sinto-me em forma fisicamente.	1	2	3	4	5
23 - Continuo a traçar para mim novos objectivos profissionais.	1	2	3	4	5

ANEXO C – OUTPUTS DA VALIDADE

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,831
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2231,601
	df	253
	Sig.	,000

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,876	25,548	25,548	5,876	25,548	25,548	4,344	18,888	18,888
2	2,884	12,538	38,085	2,884	12,538	38,085	2,439	10,605	29,493
3	1,674	7,279	45,364	1,674	7,279	45,364	2,411	10,484	39,977
4	1,213	5,275	50,639	1,213	5,275	50,639	1,772	7,703	47,680
5	1,150	5,002	55,640	1,150	5,002	55,640	1,739	7,562	55,242
6	1,122	4,880	60,521	1,122	4,880	60,521	1,214	5,278	60,521
7	,950	4,129	64,650						
8	,884	3,844	68,493						
9	,833	3,624	72,117						
10	,782	3,400	75,517						
11	,709	3,084	78,601						
dimension0	,633	2,751	81,352						
12	,633	2,751	81,352						
13	,583	2,535	83,887						
14	,521	2,264	86,151						
15	,474	2,060	88,211						
16	,455	1,978	90,189						
17	,411	1,786	91,975						
18	,398	1,732	93,707						
19	,382	1,661	95,368						
20	,333	1,450	96,818						
21	,307	1,337	98,155						
22	,290	1,262	99,417						
23	,134	,583	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
qol1	,580					
qol2	,765					
qol3	,675					
qol4					,672	
qol5				,722		
qol6	,743					
qol7					,655	
qol8					,544	
qol9						
qol10						,658
qol11			,631			
qol12			,689			
qol13			,701			
qol14				,660		
qol15						
qol16			,689			
qol17	,728					
qol18	,675					
qol19	,664					
qol20	,536					
qol21		,861				
qol22		,869				
qol23	,601					

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

ANEXO D – OUTPUTS DA VALIDADE (Confirmação)

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,831
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2231,601
	df	253
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5,876	25,548	25,548	5,876	25,548	25,548	4,478	19,470	19,470
2	2,884	12,538	38,085	2,884	12,538	38,085	3,042	13,224	32,694
3	1,674	7,279	45,364	1,674	7,279	45,364	2,343	10,189	42,883
4	1,213	5,275	50,639	1,213	5,275	50,639	1,784	7,755	50,639
5	1,150	5,002	55,640						
6	1,122	4,880	60,521						
7	,950	4,129	64,650						
8	,884	3,844	68,493						
9	,833	3,624	72,117						
10	,782	3,400	75,517						
11	,709	3,084	78,601						
12	,633	2,751	81,352						
13	,583	2,535	83,887						
14	,521	2,264	86,151						
15	,474	2,060	88,211						
16	,455	1,978	90,189						
17	,411	1,786	91,975						
18	,398	1,732	93,707						
19	,382	1,661	95,368						
20	,333	1,450	96,818						
21	,307	1,337	98,155						
22	,290	1,262	99,417						
23	,134	,583	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
qol1	,642			
qol2	,732			
qol3	,660			
qol4				
qol5				,652
qol6	,760			
qol7		,596		
qol8				
qol9				
qol10			,584	
qol11		,725		
qol12		,689		
qol13		,632		
qol14				,628
qol15				
qol16		,617		
qol17	,732			
qol18	,667			
qol19	,665			
qol20	,565			
qol21			,819	
qol22			,842	
qol23	,600			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

ANEXO E – OUTPUTS DA FIDELIDADE

Todos os itens

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,775	19

1ºFactor – QdV Ocupação

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,871	9

2ºFactor – QdV Emocional

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,694	5

3ºFactor – QdV Física

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,697	3

4ºFactor – QdV Sexual

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
---------------------	------------

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,639	2

Todos os itens

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol1	56,58	88,541	,458	,759
qol2	57,03	84,572	,541	,751
qol3	56,60	88,757	,388	,763
qol5	56,75	88,600	,388	,763
qol6	57,25	85,699	,524	,753
qol7	58,11	95,275	,060	,787
qol10	58,21	90,162	,247	,774
qol11	58,26	97,275	-,001	,788
qol12	58,08	96,856	,012	,788
qol13	58,09	96,745	,023	,787
qol14	57,10	87,415	,444	,759
qol16	57,94	98,000	-,036	,791
qol17	56,90	85,199	,544	,751
qol18	57,03	86,444	,607	,750
qol19	56,93	84,063	,630	,746
qol20	56,88	86,370	,513	,754
qol21	56,77	89,640	,399	,763
qol22	56,99	89,032	,404	,762
qol23	57,33	82,576	,575	,747

1ºFactor – QdV Ocupação

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol1	27,83	45,419	,546	,862
qol2	28,28	41,867	,647	,853
qol3	27,86	44,870	,514	,865
qol6	28,48	43,167	,618	,856
qol17	28,14	42,776	,630	,854
qol18	28,29	44,375	,658	,853
qol19	28,18	42,311	,690	,849
qol20	28,14	43,950	,583	,859
qol23	28,57	41,994	,590	,859

2ºFactor – QdV Emocional

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol7	9,67	11,477	,317	,705
qol11	9,80	10,589	,552	,601
qol12	9,59	10,665	,509	,618
qol13	9,61	11,302	,443	,647
qol16	9,51	11,155	,447	,645

3ºFactor – QdV Física

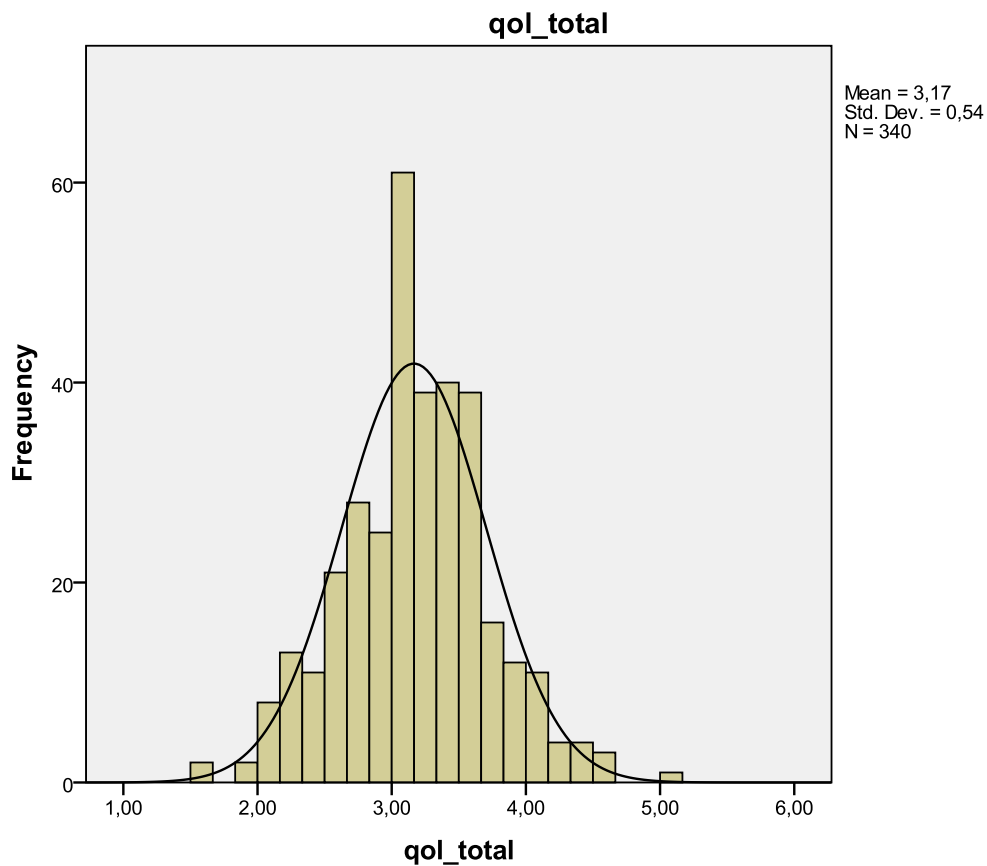
Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qol10	7,18	4,186	,306	,914
qol21	5,77	4,082	,647	,464
qol22	5,98	3,808	,669	,419

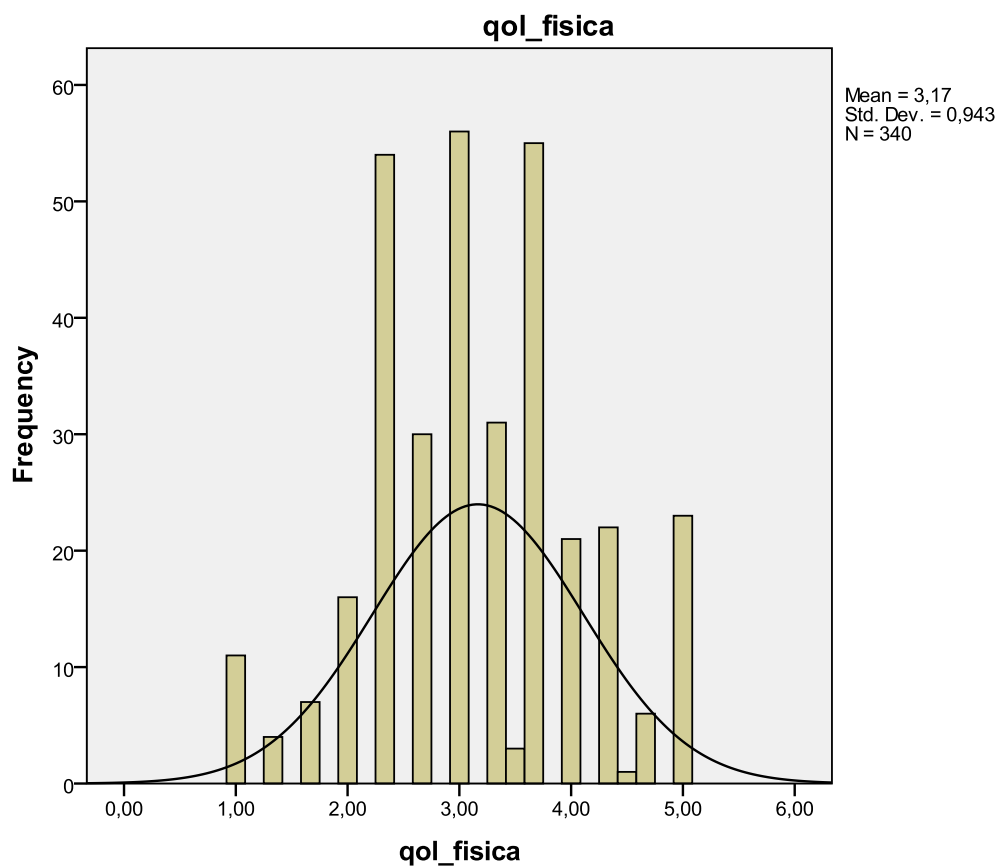
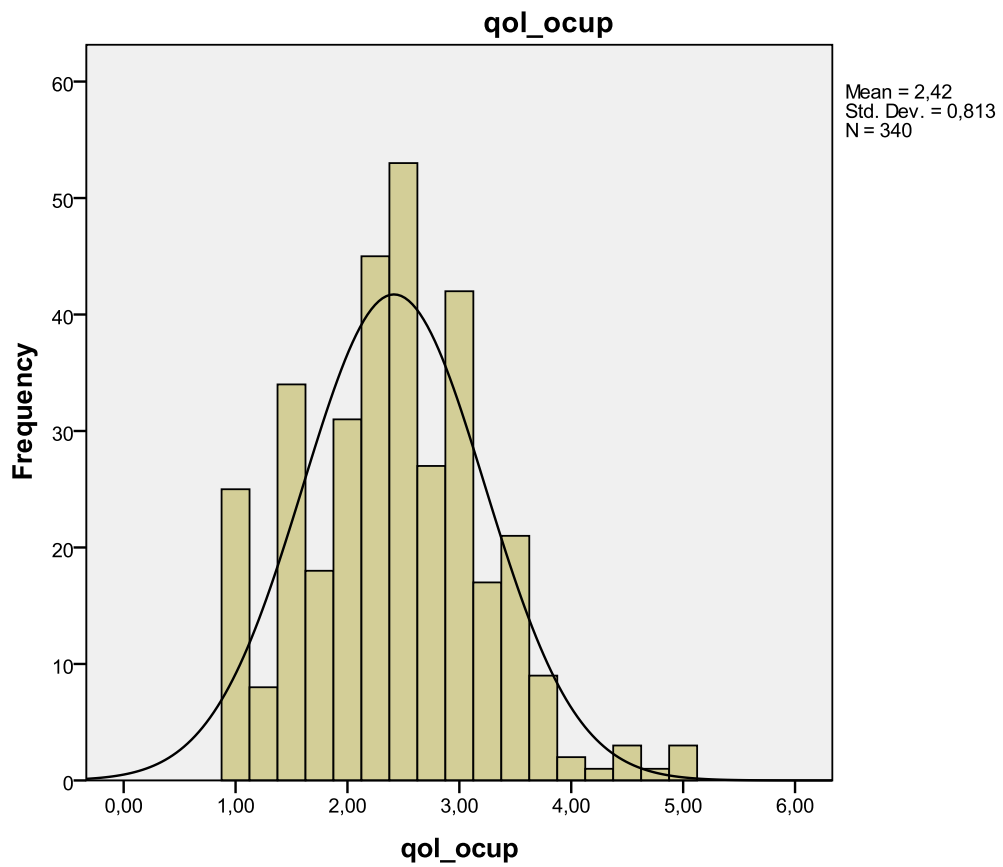
4ºFactor – QdV Sexual

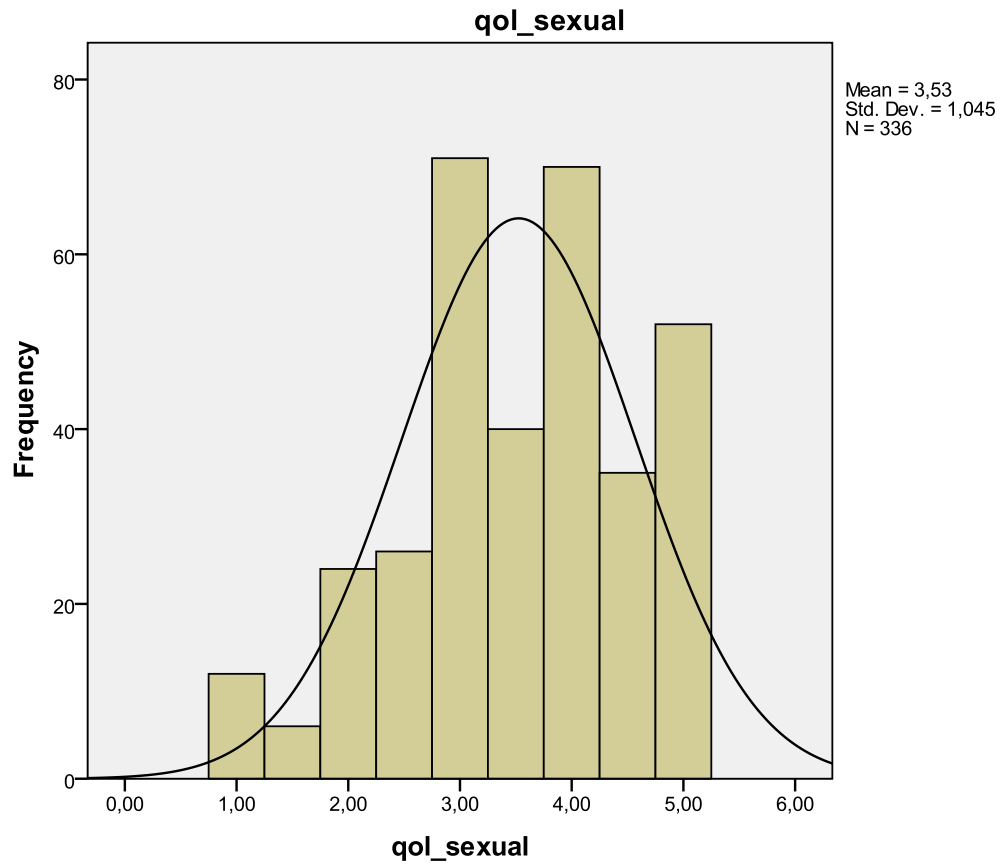
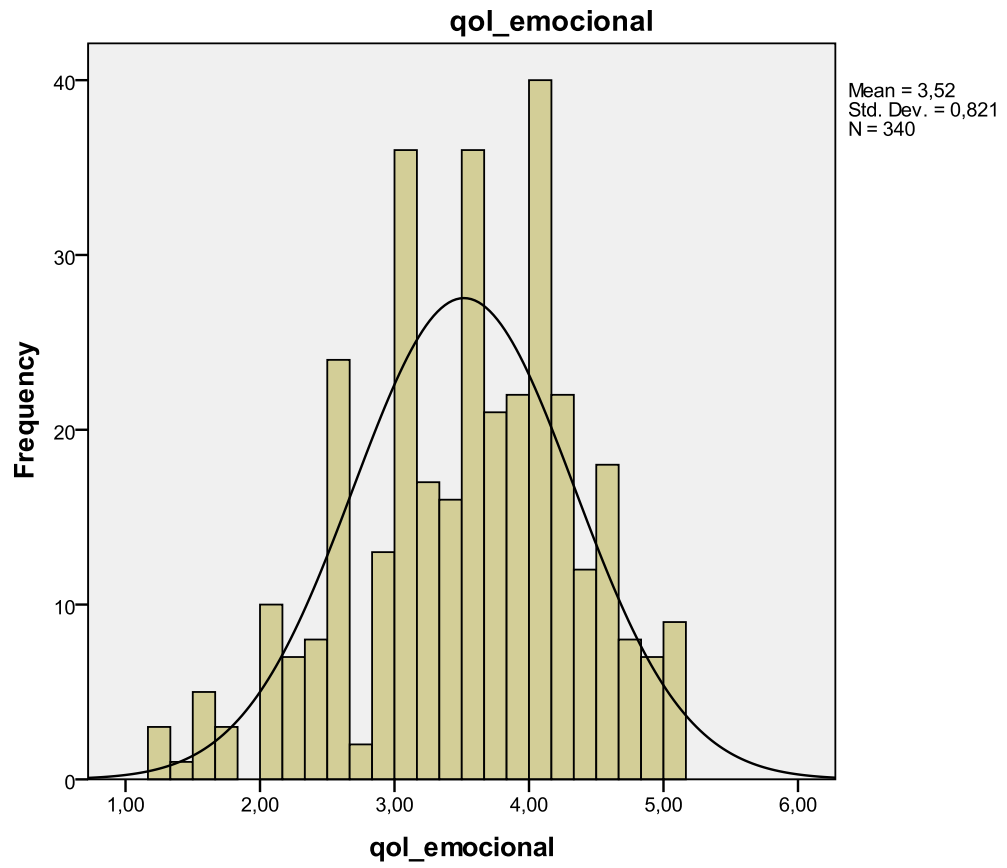
Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
3,36	1,408	,470	. ^a
3,72	1,429	,470	. ^a

ANEXO F – OUTPUTS DA SENSIBILIDADE

		Statistics				
		qol_total	qol_emocional	qol_ocup	qol_fisica	qol_sexual
N	Valid	340	340	340	340	336
	Missing	2	2	2	2	6
Mean		3,1657	3,5163	2,4160	3,1657	3,5253
Std. Deviation		,53961	,82107	,81270	,94263	1,04530
Skewness		,004	-,421	,287	-,005	-,420
Std. Error of Skewness		,132	,132	,132	,132	,133
Kurtosis		,392	-,229	,156	-,257	-,395
Std. Error of Kurtosis		,264	,264	,264	,264	,265
Minimum		1,50	1,25	1,00	1,00	1,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00







ANEXO G – OUTPUTS DA DISTRIBUIÇÃO NORMAL DAS VARIÁVEIS

1ª Variável – Medicação

medicação		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qol_total	0	,071	145	,069	,993	145	,756
	1	,069	63	,200 ⁺	,988	63	,803
	2	,064	60	,200 ⁺	,988	60	,814
	_ 3	,135	27	,200 ⁺	,956	27	,306
	4	,125	18	,200 ⁺	,920	18	,131
	5	,217	7	,200 ⁺	,956	7	,787
	> 5	,167	15	,200 ⁺	,911	15	,138
qol_emocional	0	,097	145	,002	,970	145	,003
	1	,087	63	,200 ⁺	,970	63	,120
	2	,103	60	,178	,980	60	,410
	_ 3	,147	27	,141	,945	27	,159
	4	,177	18	,143	,896	18	,049
	5	,207	7	,200 ⁺	,854	7	,134
	> 5	,135	15	,200 ⁺	,949	15	,502
qol_ocup	0	,073	145	,058	,973	145	,005
	1	,085	63	,200 ⁺	,965	63	,071
	2	,129	60	,015	,958	60	,039
	_ 3	,207	27	,004	,894	27	,010
	4	,129	18	,200 ⁺	,946	18	,372
	5	,184	7	,200 ⁺	,921	7	,476
	> 5	,160	15	,200 ⁺	,955	15	,599
qol_fisica	0	,109	145	,000	,966	145	,001
	1	,115	63	,037	,975	63	,220
	2	,168	60	,000	,947	60	,012
	_ 3	,178	27	,027	,949	27	,208
	4	,179	18	,130	,946	18	,362
	5	,252	7	,199	,942	7	,655
	> 5	,192	15	,142	,920	15	,190
qol_sexual	0	,128	145	,000	,950	145	,000
	_ 1	,164	63	,000	,931	63	,002
	2	,149	60	,002	,939	60	,005

3	,204	27	,005	,911	27	,023
4	,161	18	,200*	,855	18	,010
5	,151	7	,200*	,931	7	,555
> 5	,213	15	,064	,894	15	,077

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

2ª Variável – Doenças

Tests of Normality

doença		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qol_total	Não tem	,065	207	,032	,991	207	,251
	Doenças Etárias	,060	36	,200*	,981	36	,787
	Doenças Respiratórias	,208	9	,200*	,934	9	,518
	Crónicas	,106	55	,188	,965	55	,106
	Psicológicas	,153	7	,200*	,963	7	,840
	Outras	,217	8	,200*	,925	8	,469
	> a 2	,298	5	,168	,840	5	,164
	> a 3	,270	5	,200*	,894	5	,375
qol_emocional	Não tem	,080	207	,003	,977	207	,002
	Doenças Etárias	,130	36	,128	,976	36	,605
	Doenças Respiratórias	,210	9	,200*	,946	9	,644
	Crónicas	,142	55	,007	,941	55	,010
	Psicológicas	,267	7	,141	,871	7	,190
	Outras	,180	8	,200*	,923	8	,452
	> a 2	,282	5	,200*	,897	5	,391
	> a 3	,282	5	,200*	,891	5	,364
qol_ocup	Não tem	,085	207	,001	,965	207	,000
	Doenças Etárias	,114	36	,200*	,961	36	,225
	Doenças Respiratórias	,160	9	,200*	,902	9	,262
	Crónicas	,133	55	,017	,974	55	,278
	Psicológicas	,198	7	,200*	,928	7	,533
	Outras	,261	8	,117	,900	8	,286
	> a 2	,291	5	,191	,905	5	,440
	> a 3	,209	5	,200*	,928	5	,584
qol_fisica	Não tem	,115	207	,000	,966	207	,000
	Doenças Etárias	,142	36	,063	,960	36	,217
	Doenças Respiratórias	,182	9	,200*	,904	9	,276

	Crónicas	,092	55	,200*	,955	55	,036
	Psicológicas	,192	7	,200*	,867	7	,176
	Outras	,202	8	,200*	,946	8	,672
	> a 2	,319	5	,105	,793	5	,071
	> a 3	,237	5	,200*	,961	5	,814
qol_sexual	Não tem	,153	207	,000	,926	207	,000
	Doenças Etárias	,217	36	,000	,931	36	,027
	Doenças Respiratórias	,188	9	,200*	,922	9	,412
	Crónicas	,125	55	,032	,953	55	,032
	Psicológicas	,352	7	,009	,760	7	,016
	Outras	,182	8	,200*	,935	8	,561
	> a 2	,245	5	,200*	,871	5	,272
	> a 3	,287	5	,200*	,914	5	,490

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

3ª Variável – Idade

Tests of Normality

idd		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
qol_total	<=58	,059	221	,056	,994	221	,452
	>58	,070	115	,200*	,987	115	,343
qol_emocional	<=58	,095	221	,000	,967	221	,000
	>58	,063	115	,200*	,986	115	,271
qol_ocup	<=58	,077	221	,003	,965	221	,000
	>58	,086	115	,037	,984	115	,202
qol_fisica	<=58	,106	221	,000	,969	221	,000
	>58	,166	115	,000	,957	115	,001
qol_sexual	<=58	,153	221	,000	,929	221	,000
	>58	,134	115	,000	,949	115	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

ANEXO H – OUTPUTS DA VARIÁVEL MEDICAÇÃO

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
qol_total	1,595	6	332	,148
qol_emocional	,276	6	332	,948
qol_ocup	2,827	6	332	,011
qol_fisica	,934	6	332	,470
qol_sexual	,216	6	328	,972

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		qol_total	qol_emocional	qol_ocup	qol_fisica	qol_sexual
N		340	340	340	340	336
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3,1657	3,5163	2,4160	3,1657	3,5253
	Std. Deviation	,53961	,82107	,81270	,94263	1,04530
Most Extreme Differences	Absolute	,056	,074	,069	,093	,142
	Positive	,044	,042	,069	,093	,106
	Negative	-,056	-,074	-,060	-,079	-,142
Kolmogorov-Smirnov Z		1,030	1,361	1,264	1,720	2,610
Asymp. Sig. (2-tailed)		,239	,049	,082	,005	,000
Exact Sig. (2-tailed)		,230	,047	,078	,005	,000
Point Probability		,000	,000	,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
qol_total	Between Groups	2,913	6	,486	1,712	,117
	Within Groups	94,161	332	,284		
	Total	97,074	338			
qol_emocional	Between Groups	5,673	6	,945	1,428	,203
	Within Groups	219,736	332	,662		
	Total	225,409	338			
qol_ocup	Between Groups	5,669	6	,945	1,440	,198
	Within Groups	217,791	332	,656		
	Total	223,460	338			

qol_fisica	Between Groups	3,232	6	,539	,603	,728
	Within Groups	296,627	332	,893		
	Total	299,859	338			
qol_sexual	Between Groups	6,837	6	1,140	1,041	,398
	Within Groups	358,921	328	1,094		
	Total	365,758	334			

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of qol_ocup is the same across categories of medicação.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.282	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

ANEXO I – OUTPUTS DA VARIÁVEL DOENÇAS

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
qol_total	,574	7	328	,777
qol_emocional	,776	7	328	,608
qol_ocup	2,108	7	328	,042
qol_fisica	2,842	7	328	,007
qol_sexual	,785	7	324	,600

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
qol_total	Between Groups	3,740	7	,534	1,858	,076
	Within Groups	94,306	328	,288		
	Total	98,046	335			
qol_emocional	Between Groups	9,975	7	1,425	2,162	,037
	Within Groups	216,154	328	,659		
	Total	226,129	335			
qol_ocup	Between Groups	8,806	7	1,258	1,923	,065
	Within Groups	214,583	328	,654		
	Total	223,389	335			
qol_fisica	Between Groups	26,078	7	3,725	4,452	,000
	Within Groups	274,498	328	,837		
	Total	300,577	335			
qol_sexual	Between Groups	22,090	7	3,156	3,021	,004
	Within Groups	338,389	324	1,044		
	Total	360,478	331			

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	(I) doença	(J) doença	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
						qol_total	Não tem
		Doenças Respiratórias	,25421	,16589	,937	-,3723	,8807
		Crónicas	,15961	,08130	,796	-,1474	,4667
		Psicológicas	,12590	,20605	1,000	-,6523	,9041
		Outras	,05241	,18256	1,000	-,6370	,7419
		> a 2	-,02271	,24266	1,000	-,9392	,8937
		> a 3	,64636	,24266	,421	-,2701	1,5628
	Doenças Etárias	Não tem	-,14326	,09679	,948	-,5088	,2223
		Doenças Respiratórias	,11095	,18473	1,000	-,5867	,8086
		Crónicas	,01635	,11495	1,000	-,4178	,4505
		Psicológicas	-,01736	,22150	1,000	-,8539	,8191
		Outras	-,09084	,19983	1,000	-,8455	,6638
		> a 2	-,16597	,25591	1,000	-1,1324	,8005
		> a 3	,50311	,25591	,794	-,4634	1,4696
	Doenças Respiratórias	Não tem	-,25421	,16589	,937	-,8807	,3723
		Doenças Etárias	-,11095	,18473	1,000	-,8086	,5867
		Crónicas	-,09460	,17710	1,000	-,7634	,5743
		Psicológicas	-,12831	,25925	1,000	-1,1074	,8508
		Outras	-,20179	,24101	,998	-1,1120	,7084
		> a 2	-,27692	,28921	,996	-1,3691	,8153
		> a 3	,39216	,28921	,968	-,7001	1,4844
	Crónicas	Não tem	-,15961	,08130	,796	-,4667	,1474
		Doenças Etárias	-,01635	,11495	1,000	-,4505	,4178
		Doenças Respiratórias	,09460	,17710	1,000	-,5743	,7634
		Psicológicas	-,03372	,21518	1,000	-,8464	,7789
		Outras	-,10720	,19281	1,000	-,8353	,6210
		> a 2	-,18232	,25046	,999	-1,1282	,7636
		> a 3	,48675	,25046	,804	-,4591	1,4326
	Psicológicas	Não tem	-,12590	,20605	1,000	-,9041	,6523
		Doenças Etárias	,01736	,22150	1,000	-,8191	,8539
		Doenças Respiratórias	,12831	,25925	1,000	-,8508	1,1074
		Crónicas	,03372	,21518	1,000	-,7789	,8464
		Outras	-,07348	,27022	1,000	-1,0940	,9470

		> a 2	-,14861	,31397	1,000	-1,3344	1,0371
		> a 3	,52047	,31397	,907	-,6653	1,7062
	Outras	Não tem	-,05241	,18256	1,000	-,7419	,6370
		Doenças Etárias	,09084	,19983	1,000	-,6638	,8455
		Doenças Respiratórias	,20179	,24101	,998	-,7084	1,1120
		Crónicas	,10720	,19281	1,000	-,6210	,8353
		Psicológicas	,07348	,27022	1,000	-,9470	1,0940
		> a 2	-,07513	,29908	1,000	-1,2046	1,0544
		> a 3	,59395	,29908	,786	-,5356	1,7235
	> a 2	Não tem	,02271	,24266	1,000	-,8937	,9392
		Doenças Etárias	,16597	,25591	1,000	-,8005	1,1324
		Doenças Respiratórias	,27692	,28921	,996	-,8153	1,3691
		Crónicas	,18232	,25046	,999	-,7636	1,1282
		Psicológicas	,14861	,31397	1,000	-1,0371	1,3344
		Outras	,07513	,29908	1,000	-1,0544	1,2046
		> a 3	,66907	,33913	,791	-,6117	1,9498
	> a 3	Não tem	-,64636	,24266	,421	-1,5628	,2701
		Doenças Etárias	-,50311	,25591	,794	-1,4696	,4634
		Doenças Respiratórias	-,39216	,28921	,968	-1,4844	,7001
		Crónicas	-,48675	,25046	,804	-1,4326	,4591
		Psicológicas	-,52047	,31397	,907	-1,7062	,6653
		Outras	-,59395	,29908	,786	-1,7235	,5356
		> a 2	-,66907	,33913	,791	-1,9498	,6117
qol_emocional	Não tem	Doenças Etárias	,28858	,14654	,793	-,2648	,8420
		Doenças Respiratórias	,49488	,25115	,792	-,4536	1,4434
		Crónicas	,12445	,12309	,994	-,3404	,5893
		Psicológicas	,34661	,31195	,990	-,8315	1,5247
		Outras	,06288	,27639	1,000	-,9809	1,1067
		> a 2	,01447	,36738	1,000	-1,3730	1,4019
		> a 3	1,03947	,36738	,335	-,3480	2,4269
	Doenças Etárias	Não tem	-,28858	,14654	,793	-,8420	,2648
		Doenças Respiratórias	,20630	,27967	,999	-,8499	1,2625
		Crónicas	-,16413	,17403	,996	-,8214	,4931
		Psicológicas	,05804	,33533	1,000	-1,2084	1,3245

	Outras	-,22569	,30254	,999	-1,3683	,9169
	> a 2	-,27411	,38744	,999	-1,7373	1,1891
	> a 3	,75089	,38744	,807	-,7123	2,2141
Doenças	Não tem	-,49488	,25115	,792	-1,4434	,4536
Respiratórias	Doenças Etárias	-,20630	,27967	,999	-1,2625	,8499
	Crónicas	-,37043	,26813	,964	-1,3830	,6422
	Psicológicas	-,14827	,39250	1,000	-1,6306	1,3340
	Outras	-,43200	,36487	,985	-1,8100	,9460
	> a 2	-,48041	,43785	,991	-2,1340	1,1732
	> a 3	,54459	,43785	,980	-1,1090	2,1982
Crónicas	Não tem	-,12445	,12309	,994	-,5893	,3404
	Doenças Etárias	,16413	,17403	,996	-,4931	,8214
	Doenças Respiratórias	,37043	,26813	,964	-,6422	1,3830
	Psicológicas	,22216	,32577	1,000	-1,0081	1,4525
	Outras	-,06157	,29190	1,000	-1,1640	1,0408
	> a 2	-,10998	,37919	1,000	-1,5420	1,3221
	> a 3	,91502	,37919	,561	-,5170	2,3471
Psicológicas	Não tem	-,34661	,31195	,990	-1,5247	,8315
	Doenças Etárias	-,05804	,33533	1,000	-1,3245	1,2084
	Doenças Respiratórias	,14827	,39250	1,000	-1,3340	1,6306
	Crónicas	-,22216	,32577	1,000	-1,4525	1,0081
	Outras	-,28373	,40910	1,000	-1,8288	1,2613
	> a 2	-,33214	,47534	,999	-2,1273	1,4630
	> a 3	,69286	,47534	,952	-1,1023	2,4880
Outras	Não tem	-,06288	,27639	1,000	-1,1067	,9809
	Doenças Etárias	,22569	,30254	,999	-,9169	1,3683
	Doenças Respiratórias	,43200	,36487	,985	-,9460	1,8100
	Crónicas	,06157	,29190	1,000	-1,0408	1,1640
	Psicológicas	,28373	,40910	1,000	-1,2613	1,8288
	> a 2	-,04841	,45280	1,000	-1,7584	1,6616
	> a 3	,97659	,45280	,702	-,7334	2,6866
> a 2	Não tem	-,01447	,36738	1,000	-1,4019	1,3730
	Doenças Etárias	,27411	,38744	,999	-1,1891	1,7373
	Doenças Respiratórias	,48041	,43785	,991	-1,1732	2,1340
	Crónicas	,10998	,37919	1,000	-1,3221	1,5420

		Psicológicas	,33214	,47534	,999	-1,4630	2,1273
		Outras	,04841	,45280	1,000	-1,6616	1,7584
		> a 3	1,02500	,51342	,781	-,9140	2,9640
	> a 3	Não tem	-1,03947	,36738	,335	-2,4269	,3480
		Doenças Etárias	-,75089	,38744	,807	-2,2141	,7123
		Doenças Respiratórias	-,54459	,43785	,980	-2,1982	1,1090
		Crônicas	-,91502	,37919	,561	-2,3471	,5170
		Psicológicas	-,69286	,47534	,952	-2,4880	1,1023
		Outras	-,97659	,45280	,702	-2,6866	,7334
		> a 2	-1,02500	,51342	,781	-2,9640	,9140
qol_ocup	Não tem	Doenças Etárias	-,25785	,14601	,873	-,8093	,2936
		Doenças Respiratórias	-,38702	,25024	,934	-1,3321	,5580
		Crônicas	-,15702	,12264	,977	-,6202	,3061
		Psicológicas	-,62988	,31081	,767	-1,8037	,5439
		Outras	-,10924	,27538	1,000	-1,1493	,9308
		> a 2	-,48702	,36604	,971	-1,8694	,8954
		> a 3	-,73702	,36604	,773	-2,1194	,6454
	Doenças Etárias	Não tem	,25785	,14601	,873	-,2936	,8093
		Doenças Respiratórias	-,12917	,27865	1,000	-1,1815	,9232
		Crônicas	,10083	,17340	1,000	-,5540	,7557
		Psicológicas	-,37202	,33411	,990	-1,6338	,8898
		Outras	,14861	,30144	1,000	-,9898	1,2870
		> a 2	-,22917	,38603	1,000	-1,6870	1,2287
		> a 3	-,47917	,38603	,981	-1,9370	,9787
	Doenças Respiratórias	Não tem	,38702	,25024	,934	-,5580	1,3321
		Doenças Etárias	,12917	,27865	1,000	-,9232	1,1815
		Crônicas	,23000	,26715	,998	-,7789	1,2389
		Psicológicas	-,24286	,39107	1,000	-1,7198	1,2340
		Outras	,27778	,36354	,999	-1,0952	1,6507
		> a 2	-,10000	,43625	1,000	-1,7476	1,5476
		> a 3	-,35000	,43625	,999	-1,9976	1,2976
	Crônicas	Não tem	,15702	,12264	,977	-,3061	,6202
		Doenças Etárias	-,10083	,17340	1,000	-,7557	,5540
		Doenças Respiratórias	-,23000	,26715	,998	-1,2389	,7789
		Psicológicas	-,47286	,32458	,952	-1,6987	,7530

	Outras	,04778	,29084	1,000	-1,0506	1,1461	
	> a 2	-,33000	,37781	,998	-1,7568	1,0968	
	> a 3	-,58000	,37781	,937	-2,0068	,8468	
Psicológicas	Não tem	,62988	,31081	,767	-,5439	1,8037	
	Doenças Etárias	,37202	,33411	,990	-,8898	1,6338	
	Doenças Respiratórias	,24286	,39107	1,000	-1,2340	1,7198	
	Crónicas	,47286	,32458	,952	-,7530	1,6987	
	Outras	,52063	,40761	,977	-1,0188	2,0600	
	> a 2	,14286	,47361	1,000	-1,6458	1,9315	
	> a 3	-,10714	,47361	1,000	-1,8958	1,6815	
Outras	Não tem	,10924	,27538	1,000	-,9308	1,1493	
	Doenças Etárias	-,14861	,30144	1,000	-1,2870	,9898	
	Doenças Respiratórias	-,27778	,36354	,999	-1,6507	1,0952	
	Crónicas	-,04778	,29084	1,000	-1,1461	1,0506	
	Psicológicas	-,52063	,40761	,977	-2,0600	1,0188	
	> a 2	-,37778	,45115	,998	-2,0816	1,3260	
	> a 3	-,62778	,45115	,963	-2,3316	1,0760	
> a 2	Não tem	,48702	,36604	,971	-,8954	1,8694	
	Doenças Etárias	,22917	,38603	1,000	-1,2287	1,6870	
	Doenças Respiratórias	,10000	,43625	1,000	-1,5476	1,7476	
	Crónicas	,33000	,37781	,998	-1,0968	1,7568	
	Psicológicas	-,14286	,47361	1,000	-1,9315	1,6458	
	Outras	,37778	,45115	,998	-1,3260	2,0816	
	> a 3	-,25000	,51155	1,000	-2,1819	1,6819	
> a 3	Não tem	,73702	,36604	,773	-,6454	2,1194	
	Doenças Etárias	,47917	,38603	,981	-,9787	1,9370	
	Doenças Respiratórias	,35000	,43625	,999	-1,2976	1,9976	
	Crónicas	,58000	,37781	,937	-,8468	2,0068	
	Psicológicas	,10714	,47361	1,000	-1,6815	1,8958	
	Outras	,62778	,45115	,963	-1,0760	2,3316	
	> a 2	,25000	,51155	1,000	-1,6819	2,1819	
qol_fisica	Não tem	Doenças Etárias	,28695	,16514	,882	-,3367	,9106
		Doenças Respiratórias	,50328	,28303	,869	-,5656	1,5722
		Crónicas	,68510*	,13871	,001	,1613	1,2089

	Psicológicas	,54224	,35154	,935	-,7854	1,8699
	Outras	-,01861	,31147	1,000	-1,1949	1,1577
	> a 2	,48510	,41401	,986	-1,0784	2,0486
	> a 3	,81843	,41401	,790	-,7451	2,3820
Doenças Etárias	Não tem	-,28695	,16514	,882	-,9106	,3367
	Doenças Respiratórias	,21633	,31516	1,000	-,9739	1,4066
	Crónicas	,39815	,19612	,765	-,3425	1,1388
	Psicológicas	,25529	,37789	1,000	-1,1719	1,6824
	Outras	-,30556	,34093	,997	-1,5931	,9820
	> a 2	,19815	,43660	1,000	-1,4507	1,8470
	> a 3	,53148	,43660	,983	-1,1174	2,1804
Doenças Respiratórias	Não tem	-,50328	,28303	,869	-1,5722	,5656
	Doenças Etárias	-,21633	,31516	1,000	-1,4066	,9739
	Crónicas	,18182	,30215	1,000	-,9593	1,3229
	Psicológicas	,03896	,44231	1,000	-1,6315	1,7094
	Outras	-,52189	,41118	,978	-2,0747	1,0310
	> a 2	-,01818	,49341	1,000	-1,8816	1,8452
	> a 3	,31515	,49341	1,000	-1,5483	2,1786
Crónicas	Não tem	-,68510 ⁺	,13871	,001	-1,2089	-,1613
	Doenças Etárias	-,39815	,19612	,765	-1,1388	,3425
	Doenças Respiratórias	-,18182	,30215	1,000	-1,3229	,9593
	Psicológicas	-,14286	,36711	1,000	-1,5293	1,2436
	Outras	-,70370	,32894	,711	-1,9460	,5386
	> a 2	-,20000	,42731	1,000	-1,8138	1,4138
	> a 3	,13333	,42731	1,000	-1,4804	1,7471
Psicológicas	Não tem	-,54224	,35154	,935	-1,8699	,7854
	Doenças Etárias	-,25529	,37789	1,000	-1,6824	1,1719
	Doenças Respiratórias	-,03896	,44231	1,000	-1,7094	1,6315
	Crónicas	,14286	,36711	1,000	-1,2436	1,5293
	Outras	-,56085	,46102	,983	-2,3019	1,1803
	> a 2	-,05714	,53566	1,000	-2,0801	1,9658
	> a 3	,27619	,53566	1,000	-1,7468	2,2992
Outras	Não tem	,01861	,31147	1,000	-1,1577	1,1949
	Doenças Etárias	,30556	,34093	,997	-,9820	1,5931
	Doenças Respiratórias	,52189	,41118	,978	-1,0310	2,0747

		Crónicas	,70370	,32894	,711	-,5386	1,9460
		Psicológicas	,56085	,46102	,983	-,1803	2,3019
		> a 2	,50370	,51026	,995	-,14233	2,4307
		> a 3	,83704	,51026	,911	-,10900	2,7641
	> a 2	Não tem	-,48510	,41401	,986	-,20486	1,0784
		Doenças Etárias	-,19815	,43660	1,000	-,18470	1,4507
		Doenças Respiratórias	,01818	,49341	1,000	-,18452	1,8816
		Crónicas	,20000	,42731	1,000	-,14138	1,8138
		Psicológicas	,05714	,53566	1,000	-,19658	2,0801
		Outras	-,50370	,51026	,995	-,24307	1,4233
		> a 3	,33333	,57858	1,000	-,18517	2,5184
	> a 3	Não tem	-,81843	,41401	,790	-,23820	,7451
		Doenças Etárias	-,53148	,43660	,983	-,21804	1,1174
		Doenças Respiratórias	-,31515	,49341	1,000	-,21786	1,5483
		Crónicas	-,13333	,42731	1,000	-,17471	1,4804
		Psicológicas	-,27619	,53566	1,000	-,22992	1,7468
		Outras	-,83704	,51026	,911	-,27641	1,0900
		> a 2	-,33333	,57858	1,000	-,25184	1,8517
qol_sexual	Não tem	Doenças Etárias	,36655	,18454	,785	-,3305	1,0636
		Doenças Respiratórias	,13043	,34798	1,000	-,1839	1,4447
		Crónicas	,40417	,15503	,452	-,1814	,9897
		Psicológicas	,18599	,39274	1,000	-,12974	1,6694
		Outras	,62349	,36823	,896	-,7673	2,0143
		> a 2	,28599	,46252	1,000	-,14609	2,0329
		> a 3	1,58599	,46252	,113	-,1609	3,3329
	Doenças Etárias	Não tem	-,36655	,18454	,785	-,10636	,3305
		Doenças Respiratórias	-,23611	,38086	1,000	-,16746	1,2024
		Crónicas	,03763	,21909	1,000	-,7899	,8651
		Psicológicas	-,18056	,42215	1,000	-,17750	1,4139
		Outras	,25694	,39945	1,000	-,12518	1,7656
		> a 2	-,08056	,48774	1,000	-,19227	1,7616
		> a 3	1,21944	,48774	,512	-,6227	3,0616
	Doenças Respiratórias	Não tem	-,13043	,34798	1,000	-,14447	1,1839
		Doenças Etárias	,23611	,38086	1,000	-,12024	1,6746
		Crónicas	,27374	,36747	,999	-,11142	1,6616

	Psicológicas	,05556	,51502	1,000	-1,8896	2,0008
	Outras	,49306	,49658	,995	-1,3825	2,3686
	> a 2	,15556	,57002	1,000	-1,9974	2,3085
	> a 3	1,45556	,57002	,482	-,6974	3,6085
Crónicas	Não tem	-,40417	,15503	,452	-,9897	,1814
	Doenças Etárias	-,03763	,21909	1,000	-,8651	,7899
	Doenças Respiratórias	-,27374	,36747	,999	-1,6616	1,1142
	Psicológicas	-,21818	,41011	1,000	-1,7671	1,3308
	Outras	,21932	,38670	1,000	-1,2412	1,6799
	> a 2	-,11818	,47736	1,000	-1,9211	1,6848
	> a 3	1,18182	,47736	,526	-,6211	2,9848
Psicológicas	Não tem	-,18599	,39274	1,000	-1,6694	1,2974
	Doenças Etárias	,18056	,42215	1,000	-1,4139	1,7750
	Doenças Respiratórias	-,05556	,51502	1,000	-2,0008	1,8896
	Crónicas	,21818	,41011	1,000	-1,3308	1,7671
	Outras	,43750	,52892	,998	-1,5602	2,4352
	> a 2	,10000	,59840	1,000	-2,1601	2,3601
	> a 3	1,40000	,59840	,603	-,8601	3,6601
Outras	Não tem	-,62349	,36823	,896	-2,0143	,7673
	Doenças Etárias	-,25694	,39945	1,000	-1,7656	1,2518
	Doenças Respiratórias	-,49306	,49658	,995	-2,3686	1,3825
	Crónicas	-,21932	,38670	1,000	-1,6799	1,2412
	Psicológicas	-,43750	,52892	,998	-2,4352	1,5602
	> a 2	-,33750	,58261	1,000	-2,5380	1,8630
	> a 3	,96250	,58261	,908	-1,2380	3,1630
> a 2	Não tem	-,28599	,46252	1,000	-2,0329	1,4609
	Doenças Etárias	,08056	,48774	1,000	-1,7616	1,9227
	Doenças Respiratórias	-,15556	,57002	1,000	-2,3085	1,9974
	Crónicas	,11818	,47736	1,000	-1,6848	1,9211
	Psicológicas	-,10000	,59840	1,000	-2,3601	2,1601
	Outras	,33750	,58261	1,000	-1,8630	2,5380
	> a 3	1,30000	,64635	,774	-1,1412	3,7412
> a 3	Não tem	-1,58599	,46252	,113	-3,3329	,1609
	Doenças Etárias	-1,21944	,48774	,512	-3,0616	,6227

Doenças	-1,45556	,57002	,482	-3,6085	,6974
Respiratórias					
Crônicas	-1,18182	,47736	,526	-2,9848	,6211
Psicológicas	-1,40000	,59840	,603	-3,6601	,8601
Outras	-,96250	,58261	,908	-3,1630	1,2380
> a 2	-1,30000	,64635	,774	-3,7412	1,1412

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of qol_ocup is the same across categories of doença.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.024	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of qol_fisica is the same across categories of doença.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

ANEXO J – OUTPUTS DA VARIÁVEL IDADE

1ª Variável Dependente – QdV Total

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	idade ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: qol_total

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,147 ^a	,022	,019	,53450

a. Predictors: (Constant), idade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,145	1	2,145	7,510	,006 ^a
	Residual	96,564	338	,286		
	Total	98,709	339			

a. Predictors: (Constant), idade

b. Dependent Variable: qol_total

2ª Variável Dependente – QdV Emocional

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	idade ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: qol_emocional

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate

1	,187 ^a	,035	,032	,80778
---	-------------------	------	------	--------

a. Predictors: (Constant), idade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,989	1	7,989	12,243	,001 ^a
	Residual	220,549	338	,653		
	Total	228,538	339			

a. Predictors: (Constant), idade

b. Dependent Variable: qol_emocional

3ª Variável Dependente – QdV Ocupação

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	idade ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: qol_ocup

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,105 ^a	,011	,008	,80942

a. Predictors: (Constant), idade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,461	1	2,461	3,756	,053 ^a
	Residual	221,444	338	,655		
	Total	223,905	339			

a. Predictors: (Constant), idade

b. Dependent Variable: qol_ocup

4ª Variável Dependente – QdV Física

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	idade ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: qol_fisica

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,107 ^a	,011	,009	,93862

a. Predictors: (Constant), idade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,441	1	3,441	3,906	,049 ^a
	Residual	297,780	338	,881		
	Total	301,222	339			

a. Predictors: (Constant), idade

b. Dependent Variable: qol_fisica

5ª Variável Dependente – QdV Sexual

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	idade ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: qol_sexual

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,127 ^a	,016	,013	1,03837

a. Predictors: (Constant), idade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,909	1	5,909	5,481	,020 ^a
	Residual	360,126	334	1,078		
	Total	366,035	335			

- a. Predictors: (Constant), idade
 b. Dependent Variable: qol_sexual

Variável Independente (Idade) – Agrupadas 2 grupos

Group Statistics					
	idd	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
qol_total	<=58	222	3,2404	,52028	,03492
	>58	118	3,0252	,54944	,05058
qol_emocional	<=58	222	3,6394	,77965	,05233
	>58	118	3,2846	,84986	,07824
qol_ocup	<=58	222	2,3811	,85386	,05731
	>58	118	2,4818	,72794	,06701
qol_fisica	<=58	222	3,2560	,94356	,06333
	>58	118	2,9958	,92102	,08479
qol_sexual	<=58	221	3,6335	1,04406	,07023
	>58	115	3,3174	1,02026	,09514

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
qol_total	Equal variances assumed	,073	,787	3,559	338	,000	,21514	,06044	,09625	,33403
	Equal variances not assumed			3,500	227,721	,001	,21514	,06146	,09403	,33625
qol_emocional	Equal variances assumed	,792	,374	3,870	338	,000	,35478	,09167	,17446	,53510
	Equal variances not assumed			3,769	221,612	,000	,35478	,09412	,16929	,54027
qol_ocup	Equal variances assumed	2,911	,089	-1,088	338	,277	-,10070	,09256	-,28277	,08137
	Equal variances not assumed			-1,142	273,316	,254	-,10070	,08817	-,27429	,07289
qol_fisica	Equal variances assumed	1,399	,238	2,441	338	,015	,26024	,10661	,05053	,46995
	Equal variances not assumed			2,459	243,786	,015	,26024	,10583	,05179	,46869
qol_sexual	Equal variances assumed	,711	,400	2,654	334	,008	,31609	,11912	,08177	,55041
	Equal variances not assumed			2,673	235,810	,008	,31609	,11825	,08312	,54906

ANEXO L – ESCALA FINAL

Escala de Qualidade de Vida

Por favor indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações, avaliando em que medida elas se aplicam a si em relação ao passado mês. Certifique-se que responde a todas as afirmações, marcando com um círculo a sua opção, tendo em conta a seguinte escala de cinco pontos:

Não é verdadeiro no meu caso		Parcialmente verdadeiro no meu caso		Largamente verdadeiro no meu caso
1	2	3	4	5

1 - Sou capaz de controlar as coisas que, na minha vida, são importantes para mim.	1	2	3	4	5
2 - Sinto-me desafiada pelo meu trabalho.	1	2	3	4	5
3 - Acredito que o meu trabalho beneficia a sociedade.	1	2	3	4	5
4 - Estou satisfeita com a minha vida amorosa.	1	2	3	4	5
5 - Tenho recebido muito reconhecimento pessoal na minha comunidade ou no meu emprego.	1	2	3	4	5
6 - Sinto-me insatisfeita com a minha aparência.	1	2	3	4	5
7 - Habitualmente, faço exercício físico três ou mais vezes por semana.	1	2	3	4	5
8 - O meu humor está geralmente deprimido.	1	2	3	4	5
9 - Sinto ansiedade frequentemente.	1	2	3	4	5
10 - A maior parte das coisas que me acontecem estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5
11 - Estou satisfeita com a frequência com que tenho relações sexuais com um(a) parceiro(a).	1	2	3	4	5
12 - Acredito que não tenho controlo sobre a minha saúde física.	1	2	3	4	5
13 - Sinto-me orgulhosa das metas que alcancei em termos profissionais.	1	2	3	4	5
14 - Considero a minha vida estimulante.	1	2	3	4	5
15 - Continuo a traçar para mim novos objectivos pessoais.	1	2	3	4	5
16 - Tenho a expectativa de que irão acontecer na minha vida coisas boas.	1	2	3	4	5
17 - Sinto-me bem fisicamente.	1	2	3	4	5
18 - Sinto-me em forma fisicamente.	1	2	3	4	5
19 - Continuo a traçar para mim novos objectivos profissionais.	1	2	3	4	5

