

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE RELAÇÃO ENTRE  
ORIENTAÇÃO DE PAPÉIS DE GÊNERO, SATISFAÇÃO  
DE VIDA E LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE**

**Andreia Patrícia Neto Aires D'Oliveira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2008**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE RELAÇÃO ENTRE  
ORIENTAÇÃO DE PAPÉIS DE GÉNERO, SATISFAÇÃO  
DE VIDA E LOCUS DE CONTROLO DE SAÚDE**

**Andreia Patrícia Neto Aires D'Oliveira**

**Dissertação orientada pela Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica  
Dinâmica)**

**2008**



# Índice

<b>1.Revisão de Literatura</b>	8
1.1.Género e Teorias de Género	8
1.2.Breve Consideração sobre o Envelhecimento	10
1.3.Envelhecimento e Papel de Género	12
1.4.Orientações de Papel de Género	13
1.4.1.Masculinidade, Feminilidade e Androginia	13
1.4.1.1.Androginia ao longo do ciclo de vida	10
1.4.1.2.Androginia e Adaptação com sucesso	20
1.5.Locus de Controlo e a Terceira Idade	18
1.5.1.Locus de Controlo de Saúde e Satisfação de Vida	26
1.5.2.Locus de Controlo e Androginia	28
<b>2.Método</b>	31
2.1.Participantes	31
2.2.Instrumentos	32
2.3.Procedimentos	37
2.4.Análise Estatística	37
<b>3.Resultados</b>	39
3.1.Hipótese 1	39
3.2.Hipótese 2	40

3.3.Hipótese3	40
<b>4.Discussão e Conclusões</b>	<b>45</b>
4.1.Integração e Discussão dos Resultados Empíricos	45
4.2.Conclusões gerais, limitações e pistas para investigações futuras	50
<b>5.Bibliografia</b>	<b>52</b>
<b>6.Anexos</b>	

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Distribuição da amostra por género e idade (anos)	31
<b>Quadro 2.</b> Características demográficas da amostra	31
<b>Quadro 3.</b> Tipologia Questionário de Atributos Pessoais	34
<b>Quadro 4.</b> Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov	38
<b>Quadro 5.</b> Teste do Qui-Quadrado para categorias de idade e Androginia	39
<b>Quadro 6.</b> Teste Exacto de Fisher para categorias de idade e Androginia	39
<b>Quadro 7.</b> Análise da Variância (ANOVA <i>one-way</i> ) para factor Satisfação de Vida	40
<b>Quadro 8.</b> Análise da Variância (ANOVA <i>one-way</i> ) para factor Locus de Controlo de Saúde	41
<b>Quadro 9.</b> Valores de correlação de Pearson (bivariada) para Satisfação de Vida, Locus de Controlo e outras variáveis.	41
<b>Quadro 10.</b> Média das Ordens de Estado Civil relativamente à Satisfação de Vida	43
<b>Quadro 11.</b> Teste de Kruskal-Wallis para Satisfação de Vida e Estado Civil	43
<b>Quadro 12.</b> Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para Satisfação de Vida e Estado Civil	43
<b>Quadro 13.</b> Valores de correlação de Pearson (bivariada) para Satisfação de Vida e Actividades de Lazer	44

## **Resumo**

A presente investigação tem como objectivo estudar a Androginia na terceira idade, e a relação entre orientação de papel de género, Satisfação de Vida e Locus de Controlo de Saúde. A orientação de papel de género foi avaliada através do PAQ (Questionário de Atributos Pessoais, Spence & Helmreich, 1978). A Satisfação de Vida foi avaliada através da Escala Geriátrica de Ânimo de Lawton (Lawton, 1975) e o Locus de Controlo de Saúde através da Escala de Locus de Controlo de Saúde (Pais Ribeiro, 1994).

A amostra de idosos é constituída por 47 participantes, sendo que 22 são do sexo feminino e 25 do sexo masculino, com idades entre os 60 e os 98 anos.

Os resultados permitem-nos concluir que os sujeitos mais idosos são mais andróginos na orientação de papel de género do que os sujeitos menos idosos. Para além disto, verificou-se que a orientação de papel de género não se constitui como potenciador de Satisfação de Vida e Locus de Controlo de Saúde na presente amostra de idosos.

Palavras Chave: Papel de Género, Satisfação de Vida e Locus de Controlo de Saúde.

## **Abstract**

This research aims to study Androgyny in old age and therefore the relationship between gender role orientation, Life Satisfaction and Health Locus of Control. Gender role orientation was assessed by PAQ (Personal Attributes Questionnaire, Spence & Helmreich, 1978). Life Satisfaction was assessed by The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975) and the Health Locus of Control by the Health Locus of Control Scale (Pais Ribeiro, 1994).

The sample of elderly participants consists of 22 female participants and 25 male participants, with ages ranging from 61 to 98 years old.

The results show that the old participants were more androgynous in their gender role orientation than the younger ones. Besides, it was verified that, in the present sample, the gender role orientation doesn't constitute itself as a potential increment in Life Satisfaction or Health Locus of Control.

Key words: Gender Role; Life Satisfaction; Health Locus of Control

## 1. Revisão de Literatura

### 1.1. Género e Teorias de Género

O termo género é, frequentemente, usado para classificar a anatomia do sistema reprodutivo como masculino ou feminino. Contudo, nas ciências sociais, o conceito de género significa mais que o biológico. Refere-se às expectativas socialmente construídas, tendo em conta os modos como o indivíduo deve pensar e agir, dependendo da classificação sexual. Estas expectativas estereotipadas são comumente designadas de papel de género (Friedrich, 2007).

O sexo, por outro lado, designa os aspectos biológicos de se ser feminino ou masculino.

Em síntese, actualmente pode-se considerar género a palavra sexo *des*-biologizada e integrada na rede sociocultural, representando a expressão cultural da diferença sexual (Negreiros, 2004).

A teoria Psicanalítica do Desenvolvimento Humano de Sigmund Freud, que emergiu no final do século XIX, reflectia uma atitude de superioridade masculina. Este autor baseava as suas ideias sobre as diferenças psicológicas entre homens e mulheres, nas distinções anatómicas entre os sexos. Considerava a masculinidade e feminilidade como sinónimo de actividade e passividade, respectivamente. Com base nesta dicotomia, tendo como pano de fundo os estádios do desenvolvimento psicosexual, conceptualizou um percurso que seria característico do homem ou da mulher.

Freud advogava que, enquanto crianças, os rapazes reconheciam-se como superiores às raparigas, quando descobriam a diferença nos seus genitais. Por outro lado, as raparigas atribuíam a sua inferioridade ao facto de não possuírem pénis. Este sentimento de inferioridade estaria na base da idolatração e desejo das raparigas pelos pais, resultando na passividade, tendências masoquistas, inveja e vaidade – todas vistas por Freud como sendo características, tipicamente, femininas (Bergeret, 2000).

Jung (1933), inspirado na antropologia, descreveu dois princípios complementares influenciadores do comportamento: um princípio feminino, que denominou de *Eros* e um princípio masculino que designou de *Logos*. O primeiro

expressa a tendência para o relacionamento com os outros, enquanto o segundo diz respeito a características como a lógica e a racionalidade.

Na sua teoria das relações de objecto, Nancy Chodorow (cit por Friedrich, 1996) não favorecia nenhum dos sexos. A autora propunha que as crianças se desenvolviam de acordo com interacções com os cuidadores primários, que tendiam a ser, preferencialmente, as mães. Assim, as meninas identificar-se-iam com as mães numa escala mais ampla, nutrindo uma “habilidade” para fomentar relações interpessoais, assim como traços de dependência. Contrariamente, “empurrariam” os rapazes para a independência, para que se ajustassem ao ambiente de trabalho masculino dominante. A teoria de Chodorow aponta as forças e as fraquezas inerentes ao desenvolvimento masculino e feminino, não sendo nenhuma destas dotada de supremacia.

O desenvolvimento do papel de género é uma das tarefas centrais da pessoa em desenvolvimento, de acordo com Erikson (1950), sendo um traço central da personalidade.

Em 1974, Sandra Bem chama a atenção para o conceito de androginia, ou altos níveis de masculinidade e feminilidade, como chave para a saúde mental, concepção que voltará a ser abordada mais à frente.

Nos anos 80, psicólogos como Carol Gilligan (cit por Friedrich, 1996) procuraram “implementar” o respeito pelos traços estereotipicamente femininos. Introduziram, assim, a noção de que a mulher funcionaria de acordo com uma ética de cuidado e relação que não seria inferior aos homens, apenas diferente.

Em 1985, a teoria do desenvolvimento de Daniel Stern favorecia a feminilidade, sugerindo que os humanos iniciam a sua vida desligados dos outros e, gradualmente, vão criando conexões interpessoais mais complexas, à medida que vão amadurecendo.

As teorias de género actuais parecem menos preocupadas em estabelecer a superioridade masculina ou feminina. O consenso vai cada vez mais no sentido de que o género é socialmente construído em vez de biologicamente determinado (Néri, 2001). Como crianças e depois como adultos, as pessoas adoptam características e comportamentos que “expõem” para o mundo exterior o sexo a que pertencem. As pessoas expressam o seu género para o mundo social numa “exposição” carregada de género, ou seja, as pessoas adoptam uma identidade de género (Goodfellow, 1996).

Boswell (cit por Woodhill, 2003) sugeriu que nenhum traço comportamental é intrinsecamente feminino ou masculino, em vez disso, cada sociedade “atribui”

diferentes agrupamentos de traços a cada sexo e deixa alguns como “neutros de género”. Assim, as pessoas percebem que se uma pessoa é do sexo feminino, deve comportar-se de uma forma feminina; se pertence ao sexo masculino, deve comportar-se de forma masculina.

Como já foi referido anteriormente, se o sexo da pessoa é determinado biologicamente, então a identidade de género é construída cultural e socialmente. Género não iguala comportamento, apesar de se sugerir que as pessoas se comportam de acordo com o género e que os comportamentos típicos de cada género decorrem de uma identidade de género (Ribeiro, 2003).

A Identidade de Género consiste no *sentido existencial, fundamental, da nossa masculinidade ou feminilidade, uma aceitação do nosso género como construção psicossociológica paralela à aceitação do nosso sexo biológico* (Spence, 1984).

Assim, este é um conceito que consiste num fenómeno aprendido, sofrendo mediação de processos cognitivos. Para além disso, deve-se atribuir relevada importância às expectativas sociais que são desenvolvidas em conformidade com os estereótipos sexuais, que determinam os atributos e comportamentos típicos para cada sexo, bem como o papel desempenhado pelos agentes socializadores, na construção da identidade de género.

## **1.2. Breve Consideração sobre o Envelhecimento**

Envelhecimento significa acto ou efeito de envelhecer; diz-se da evolução degenerativa das células vivas, ou seja, da função tecidual e do próprio tecido. Em biologia, a senescência é o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenómenos associados a este processo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a terceira idade teria início entre os 60 e os 65 anos. No entanto, o processo de envelhecimento vai decorrendo ao longo do curso de vida, dependendo sempre de três aspectos principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes factores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o processo e o aparecimento de doenças e de sintomas característicos da idade avançada.

Até ao início do século XX, priorizaram-se os estudos nas faixas etárias da infância e da adolescência, existindo outros que comparavam desempenhos entre grupos

de adultos e idosos, o que resultava numa associação invariável e inevitável do envelhecimento a perdas e involução no desenvolvimento.

Apenas nos meados do século XX foi então possível, fruto dos estudos longitudinais e de comparações de várias coortes, observar a heterogeneidade subjacente ao processo de envelhecimento, iniciando o interesse pela investigação dos determinantes de um envelhecimento saudável.

Considerando que as teorias biológicas do envelhecimento, por si só, seriam limitadas, alargou-se o horizonte aos factores culturais e sociais e ao papel que estes poderiam ter na qualidade e satisfação de vida dos envelhecidos.

A expansão da investigação nas últimas décadas, tanto a nível de análise de processos específicos como de modelos globais, resulta da procura de respostas à questão de como o comportamento dos indivíduos se transforma ao longo do curso de vida e como se caracteriza na velhice (Novo, 2003).

Assim, numa sociedade em que as representações do papel do idoso se têm evidenciado de forma cada vez mais diversa, considerando que a velhice como processo de perdas tem vindo a sofrer uma inversão, esta etapa da vida torna-se cada vez mais valorizada e privilegiada, tendo agora em vista novas conquistas como a busca de prazer, satisfação e realização pessoal.

Domínio recente de estudo, a psicologia do envelhecimento vem focalizar-se nas mudanças que ocorrem ao nível dos desempenhos cognitivos, afectivos e sociais, assim como nas alterações ao nível da motivação, interesses, atitudes e valores que são característicos dos anos mais avançados da idade adulta e velhice (Neri, 2004). Cabe também a esta disciplina colocar o foco nas diferenças inter e intra-individuais que caracterizam todos os processos anteriormente descritos, tendo sempre em conta desempenhos em diferentes coortes e, acima de tudo, o contexto e história individual, e por isso idiossincrático, de cada um.

Contudo, e como Novo (2003) argumenta “(...)apesar dos avanços, os conhecimentos da área são predominantemente de cunho experimental. Por isso, a velhice ainda é a fase da vida sobre a qual menos se sabe e mais carente de conhecimentos teóricos”.

### **1.3. Envelhecimento e Papel de Género**

O envelhecimento envolve muito mais do que uma mera mudança nos padrões demográficos; refere-se, como já apontado, a um processo multidimensional de mudanças físicas, psicológicas e sociais.

A “des-sexualização” do corpo envelhecido sempre foi literal nas descrições da fisiologia senescente: os órgãos genitais e reprodutivos encolhiam e atrofiavam.

É interessante notar que existiram duas escolas de pensamento com respeito à transformação do homem na velhice. Uma mantinha que ambos os sexos exibiam características masculinas fortes, enquanto a outra mantinha que o homem se tornava semelhante à mulher, assuntos que serão abordados à frente.

Uma vez ultrapassado o período da reprodução e atingido um período climatérico mais ameno, existem, mais uma vez, numerosas mudanças físicas. Ao invés de assumir características sexuais mais marcadas, cada um dos sexos parece tender a assumir características do sexo oposto (Goodfellow, 1996).

A trajetória da vida tem sido vista como linear e também como curva, embora vá apenas numa direcção, temporalmente. A retórica da “curva de vida”, que se abordou no parágrafo anterior, reporta-se, não a uma metáfora mas sim a uma semelhança. Falou-se dos idosos como sendo parecidos com as crianças, não sendo crianças. Numa era pós-Freud, os idosos continuaram a ser infantilizados, com a adição de que a sua segunda infância já não era vista como ameaçadora, como um retorno ao início da vida, mas antes um estado regressivo ou neurótico (Goodfellow, 1996).

Segundo a autora, a ideia de que a vida segue uma curva, ou mesmo um círculo, aponta para as semelhanças entre a infância e a velhice. A terceira idade tem sido frequentemente designada como uma “segunda infância”, e este aspecto poderá ter sentido se considerarmos a discussão da androginia, na terceira idade. Esta ideia de que a velhice representa um retorno à infância é uma das formas da “des-sexualização” dos idosos, como já anteriormente referido, e objecto de atenção no presente estudo.

## **1.4. Orientações de Papel de Género**

### **1.4.1. Masculinidade, Feminilidade e Androginia**

O estudo de diferenças entre homens e mulheres começou por ser abordado no âmbito da biologia, atendendo a estas diferenças como parte do estudo das diferenças individuais, como já anteriormente referido, sendo à luz desta abordagem, considerado o género como uma variável individual ou de sujeito (Vieira, 2004).

De uma base biológica da diferença, passou-se, com o continuar do estudo das diferenças entre homens e mulheres, a incluir uma base de âmbito psicológico da diferença. Este foi o *starting point* dos diversos trabalhos relativos à masculinidade e feminilidade. Assim, as pesquisas tradicionais, no âmbito da personalidade, apontavam para que ao homem estariam associados traços e comportamentos designados como “masculinos”, e à mulher uma série de características que eram consideradas “femininas”. É importante referir que as primeiras medidas tinham como pressuposto que a masculinidade e a feminilidade compreendiam dois pólos de uma única dimensão, funcionando como que se de duas categorias tipológicas bem definidas se tratassem (Vieira, 2004).

Em 1955, Parson e Bales, sob a influência da Psicologia Social, da Sociologia e ainda da Psicanálise, defenderam que a mulher estava mais predisposta ao estabelecimento de interações sociais, à manutenção dos laços e da harmonia familiares. Era, por isso, sobretudo expressiva, cabendo ao homem desempenhar papéis subjugados à instrumentalidade (eg. orientação para alcance de metas e estabelecimento de relações entre a família e o mundo exterior).

A pesquisa empírica, nesta área, tem dependido sempre dos instrumentos disponíveis. Em 1973, existiam apenas disponíveis escalas de masculinidade e de feminilidade, resultantes do trabalho crítico de Constantinople (1973). Um avanço na conceptualização da masculinidade e feminilidade veio com o conceito e medida da Androginia. São desta altura os trabalhos de Bem (1974), Spence e Helmreich (1978, 1979), Spence, Helmreich e Stapp (1975), divulgando novos instrumentos psicológicos de avaliação do género, que viriam dar azo a diversas investigações (e.g. Helmreich, Spence & Holahan, 1979).

Estes instrumentos, que se propunham medir a masculinidade e feminilidade e que passaram a ser os mais utilizados neste campo, o *Bem Sex Role Inventory* (Bem, 1974) e o *Personal Attributes Questionnaire* (Spence & Helmreich, 1974/1978) tinham como base três principais pressupostos: a masculinidade e feminilidade seriam características separadas e independentes, em vez de extremos opostos de um *continuum*, cada indivíduo passou então a poder ser avaliado, quer em masculinidade quer em feminilidade; a saúde psicológica não estaria necessariamente relacionada com tipificação sexual e, por fim, a masculinidade e feminilidade seriam melhor definidas em referência a normas culturais sobre papéis de género (Anselmi & Law, 1998 cit pot Ribeiro, 2003).

O *Bem Sex Role Inventory* classifica os indivíduos em quatro tipos: andróginos, masculinos, femininos e indiferenciados, acreditando Bem, que os indivíduos andróginos, de ambos os sexos, são o epítome da saúde psicológica. A sua teoria incorpora um postulado proposto anteriormente por Kagan (1964) e Kohlberg (1966) em que os indivíduos com “sexo-tipo” têm um papel sexual *standard* internalizado e estão motivados para manter a consistência entre o seu comportamento e este *standard*. O indivíduo “sexualmente tipificado” alcança este objectivo suprimindo os comportamentos que violam o papel sexual *standard*.

Assim, e tendo em conta o raciocínio anteriormente descrito, Bem (1974, 1975, 1979a) sugere que todos os indivíduos livres destas internalizações deveriam ser mais adaptados e psicologicamente saudáveis, devido a menores restrições na panóplia de comportamentos que lhe estavam “disponíveis”, em diversas situações. Estes indivíduos eram chamados de “psicologicamente andróginos”, já que o seu auto-conceito era, supostamente, menos “restrito” e por sua vez, permitir-lhes-ia embarcar, livremente, num comportamento masculino e feminino.

Nesta linha, surgiram conclusões baseadas em dados empíricos, segundo as quais os indivíduos assim classificados eram, por exemplo, mais inteligentes e criativos (Deaux, 1976), socialmente mais adaptados (Spence, Helmreich e Holahan, 1979), mais flexíveis, em termos comportamentais, e detentores de maior auto-estima (Spence e Helmreich, 1980) e como anteriormente descrito, psicologicamente mais saudáveis (Bem, 1985; Vieira, 2004).

Em sequência da falta de suporte empírico da teoria de Bem (1981; 1985), Spence (1985) foi um dos primeiros investigadores a investigar e a referir-se à

multidimensionalidade do conceito de género, especialmente na análise dos conceitos de masculinidade e feminilidade. Começa por afirmar que a maioria das escalas que se propõem medir a masculinidade e feminilidade são, de facto, medidas mais restritas de “*agencidade*” (*agency*) e *comunhão* (*communion*). Esta autora propôs-se desenvolver um modelo geral de identidade de género que assumisse tal multidimensionalidade e variabilidade, ou seja, que tivesse em conta os vários domínios da vida em que o género se manifesta (eg. traços de personalidade, atributos físicos, interesses recreativos). Por este motivo, é possível observar uma considerável variabilidade intra-sexo e *intersexos* quanto à constelação de características congruentes com o género, que cada sujeito é susceptível de manifestar. Assim, em vez de operar num ambiente completamente vazio e inócuo, o género está profundamente contextualizado, quer no espaço quer na história/tempo, em que o sujeito vive.

No âmbito da perspectiva multidimensional, proposta por Spence, o género passou, então, a ser concebido como uma entidade composta por vários factores, não necessariamente correlacionados entre si, facto que abre caminho à possibilidade de observação de uma variedade de comportamentos individuais, por parte do homem e da mulher (Deaux, 1999 cit por Vieira, 2004).

Como já anteriormente apontado, a medida da androginia constitui uma das grandes áreas de investigação dos anos 80. Este conceito, ao mesclar características masculinas e femininas, sugeria maior flexibilidade e criatividade bem como melhor ajustamento (Ribeiro, 2003).

Esta área de investigação não está isenta de críticas, destacando-se algumas que se apontam a seguir:

- o facto da visão do papel de género como personalidade simplificar os múltiplos e mutantes significados de género, e não associar papéis de género ao comportamento actual;

- segundo Bem (1974), os itens da escala pareciam estar relacionados com ideias culturais sobre masculinidade e feminilidade; para Spence e Helmreich (1978), os itens da escala que supostamente deveriam medir a masculinidade e feminilidade, mediam, afinal, estereótipos de papéis de género, em vez de características da personalidade;

- a maioria das medidas usadas para avaliar feminilidade e masculinidade centra-se nas características de expressividade e de instrumentalidade, o que é útil sobretudo para estudar a **identidade dos papéis de género**. Sendo que papel se refere ao conjunto

de comportamentos, deveres e expectativas associados a determinada acção social, o papel sexual (ou de género) compreende as actividades e comportamentos associados aos homens e às mulheres.

No decorrer das suas investigações, Spence (1993,1999) conclui que o instrumento que havia construído, conjuntamente com Helmreich, em 1978, não media os constructos globais de masculinidade e feminilidade mas sim as dimensões de instrumentalidade (ou agencidade) e de expressividade (ou comunalidade), as quais teriam uma ligação forte com comportamentos sequentes. A masculinidade supõe um papel de orientação instrumental para a tarefa, para a realização, tendo habitualmente um nível elevado de ambição e de impulso (as pessoas masculinas são assertivas e líderes, com tendência para dominar e reprimir os sentimentos). Por outro lado, a feminilidade supõe um papel em que há uma preocupação/atenção aos aspectos expressivos e emocionais da vida, sublinhando uma ênfase nas relações interpessoais, expressando-se por comportamentos como o contacto, união, a cooperação e não contenção das emoções (as pessoas femininas seriam tipicamente responsivas).

Assim, e tendo em conta as duas dimensões anteriormente descritas, a identidade de papel género (ou sexual), de cada pessoa, passa a poder ser concebida como uma conjugação dos seus níveis de masculinidade e de feminilidade. Consequentemente, poderemos encontrar pessoas cujo níveis de masculinidade e de feminilidade sejam ambos elevados (andrógino), ou ambos reduzidos (indiferenciado), ou correspondendo a estereótipos sexuais da identidade tipicamente feminina (níveis elevados de feminilidade e níveis reduzidos de masculinidade) ou por fim, da identidade tipicamente masculina (nível elevado em masculinidade e reduzido em feminilidade).

#### **1.4.1.1. Androginia ao longo do Ciclo de Vida**

As raízes do conceito de Androginia reportam-nos à Antiga Grécia. De acordo com Heilbrun (1973), esta antiga palavra grega de *andro* (masculino) e *gyn* (feminino) define uma condição sob a qual as características dos sexos e os impulsos humanos expressos, por homens e mulheres, não estão, rigidamente, atribuídos.

A Androginia procura libertar o indivíduo das limitações daquilo que é apropriado (Heilbrun, cit por Guastello, 2003).

As mudanças que ocorrem, ao longo da vida, na masculinidade e na feminilidade, têm recebido alguma atenção teórica e empírica, em Psicologia. O trabalho de Bem (1974) representa um grande avanço na conceptualização dos papéis de género (ou sexuais), contudo, quase toda a sua pesquisa foi realizada com estudantes universitários. Tendo isto em conta, tornou-se sempre muito difícil fazer considerações acerca do padrão de desenvolvimento da androginia, ao longo da vida, ou sequer, se existe, noutras idades.

Alguns investigadores argumentam que estas características psicológicas, diferenciadoras do género, são dinâmicas e mudam no decorrer da vida (Hyde, Krajinik & Niederberger, 1991; Shimonaka, Nakazato, Kawai & Sato, 1997).

Em 1975, Pleck (cit por Hyde, 1991) é um dos primeiros autores a propor que o desenvolvimento dos papéis de género passa por uma série de estádios, que são paralelos ao desenvolvimento cognitivo.

Guttman, o grande impulsionador da androginia na terceira idade, demonstrou, em 1958, que as pessoas de meia-idade percepcionavam os homens como mais passivos, com o passar da idade. Em 1975, expõe a sua teoria de inversão de papéis, em que considera que os tradicionais papéis de género estão, rigidamente, mantidos durante os anos em que se desempenham funções parentais, declinando depois com a velhice. Esta “troca” de papéis nos anos pós-parentais resulta, segundo o mesmo autor, numa androginia normal da terceira idade e consiste num caminhar, lado a lado, no sentido de um estado de igualdade. Não é apenas o comportamento mas também as qualidades intrínsecas que estão subjacentes ao core das noções de género que são transformadas pelo processo de envelhecimento.

Recentemente tem sido prestada atenção ao estudo da meia-idade e tem-se produzido alguma evidência de que a personalidade sofre uma mudança, nesta precisa altura, pelo menos nas coortes mais velhas. Uma destas mudanças, e que tem sido a mais “publicitada”, é a de que os homens, neste estádio da vida, se tornam mais amáveis e delicados enquanto as mulheres se “desenvolvem” de forma mais arrojada, como atrás, superficialmente, foi abordado.

Os homens mais velhos teriam uma sexualidade mais difusa e menos fálica, retirando maior prazer em coisas como a comida, paisagens e relações humanas. Para contrastar, o autor refere ocorrer uma virilidade de “sargento” na mulher que, segundo o autor, age, psicologicamente, na direcção contrária do homem (Guttman, cit por

Goodfellow, 1996). A mulher torna-se, assim, mais agressiva, menos sentimental e mais “administrativa”.

Guttman (1975), nas suas investigações, apontou que os homens reportavam maior necessidade de afiliação e de prover cuidados na terceira idade, enquanto que as mulheres se tornavam mais dominantes, autónomas e agressivas (Shimonaka, 1997). Contudo, alguns dos resultados no corpo de pesquisa não se mostram convergentes. De facto, alguns estudos não encontraram suporte para tal mudança, enquanto outros encontraram apenas um apoio marginal, tendo outros estudos encontrado esta ocorrência em algumas pessoas, no curso da sua vida. Alguns autores sugerem que tal inconsistência poderá ser devida à enorme mudança social, nas áreas de trabalho e família, que a sociedade actual defronta.

De acordo com a teorização de Jung (1931), já atrás referida, o desenvolvimento normal da personalidade, na meia-idade e velhice, traz de volta o arquétipo feminino *anima* no homem, e o arquétipo masculino *animus* na mulher, dizendo *devemos comparar a masculinidade e feminilidade e os seus componentes psíquicos com uma dada loja de substâncias, na qual, na primeira metade de vida, uso desigual é feito. O homem consome grande quantidade da sua substância masculina e deixa de parte apenas a pequena quantidade de substância feminina, que tem agora de ser posta em uso. Inversamente, a mulher permite que se torne activa a sua amostra de masculinidade, até aqui não usada* (Jung, 1931).

Jung refere que esta mudança é mais visível no reino psíquico do que no físico. Anos mais tarde, o autor descreve o homem de meia-idade como mais “terra-a-terra” e atento ao lar e relações, e a mulher de meia-idade mais mundana, orientada para o trabalho e assertiva. Jung apontou esta mudança como um processo de integração dos aspectos latentes da personalidade, gerados no interior do *self*, considerando este processo como sendo uma inevitabilidade da vida adulta, uma fase ontogénica que transcenderia a cultura e o tempo.

Guttman vai um pouco para além da teorização de Jung, na explicação das suas descobertas. Segundo o autor, esta mudança, ou melhor, o cruzamento de papéis, é o resultado do fim da “emergência parental”, já que a chegada de filhos requer um período extensivo de serviço parental e, conseqüentemente, polaridades estritas nos papéis apropriam-se dos comportamentos dos pais. Então, para o bem da sociedade e de todos, as mães tornam-se as cuidadoras e os pais os “fornecedores”. Quando este

período termina, há, segundo Guttman, a libertação de poderes e potencial previamente não usado (porque previamente desnecessário) para continuar o desenvolvimento, durante os anos que se seguem (James, Lewkowicz, Libhaber & Lachman, 1995).

Esta fase desenvolvimental tem sido largamente interpretada como a altura para integrar atributos de assertividade e *agencidade* para a mulher, e atributos interpessoais e expressivos para o homem. Assim sendo, é teoricamente construída menos como uma mudança e mais como o tempo de integração ou balanço da personalidade.

São os trabalhos de Guttman (1975) que, embora bastante criticados do ponto de vista teórico e metodológico, se constituem como ponto de partida para investigação na orientação de papéis de género, na terceira idade.

Paralelo ao trabalho deste autor, relativo aos papéis de género na velhice, estava a proposta de Bem (1974), já anteriormente abordada, do modelo da androginia, assim como o desenvolvimento de uma medida desta. Assim, e como principal consequência do trabalho destes autores, vão surgindo diversos estudos relativos à androginia, no ciclo de vida (*life span*). Devem apontar-se, neste contexto, alguns autores como Hyde e Phillis (1979), Hyde, Krajnik e Skuldt-Niederberger (1991) e Sinnott (1977, 1982) que analisaram a relação entre os papéis de género e o envelhecimento e descobriram que os papéis de género, nos homens e mulheres, se tornam “indiferenciados” e tendem para a androginia, na terceira idade.

Hyde, Krajnik e Niederberger reproduzem, em 1991, um estudo que haviam realizado, em 1979, com o intuito de estudar a androginia, ao longo do ciclo de vida. Num primeiro estudo, replicam os resultados encontrados por Hyde e Phillis, em 1971, que iam no sentido da existência de um aumento no número de mulheres femininas e homens andróginos, na categoria de pessoas mais idosas estudadas (idade superior a 61 anos). Segundo os autores, estes resultados sugerem que cada género se torna mais “feminino” com a idade, o que poderia ser justificado pela dependência aumentada, na velhice, que afecta ambos os sexos, devido à falta de emprego no período pós-reforma e à posição financeira menos vantajosa.

Numa posterior investigação, realizada pelos mesmos autores, e com objectivos de investigar, longitudinalmente, o desenvolvimento da androginia, foi “re-aplicado” o *Bem Sex Role Inventory*, aos mesmos sujeitos a que havia sido aplicado, dez anos antes. Os autores chegaram à conclusão que 54% dos participantes permaneceram na mesma categoria de papel de género, durante este período de tempo.

### 1.4.1.2 Androginia e Adaptação com Sucesso

Parece pertinente, antes de partir para a relação entre androginia e adaptação com sucesso, tecer algumas considerações sobre o conceito de adaptação, para que se possa ter uma melhor compreensão e evidenciar o contexto em que tal conceito será abordado, na presente investigação.

Segundo Statt (1998), a adaptação é, originalmente, um termo biológico, usado para descrever mudanças físicas ou comportamentais que aumentam as hipóteses de um organismo sobreviver. Em Psicologia, é usado para descrever respostas a mudanças no ambiente ou em situações em que as expectativas da sociedade exigem um certo tipo de adaptação social, no comportamento do indivíduo.

A adaptação ocorre, quando os sujeitos aprendem a lidar com a perda, e ajustam os seus objectivos, de acordo com esta. Este processo implica diversas tarefas, incluindo habituação emocional e atencional, mudança nos conteúdos dos objectivos ou mesmo na estrutura destes, assim como outras estratégias de coping (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

O coping tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987). Os autores apresentam diferentes definições de *coping*, nomeadamente: qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem serem magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o “*distress*” psicológico ou condições stressantes.

A ideia de adaptação está então profundamente ligada, por um lado, à noção de *stress* enquanto perturbação da adaptação e, por outro, à de mecanismo de confronto e bem-estar.

É interessante, neste contexto, relembrar o conceito de *coping*, tal como foi introduzido, em 1984, por Lazarus e Folkman, que o definem da seguinte forma: “*esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais*”. Segundo Lazarus, DeLongis, Folkman, e Gruen (1985) um coping adequado,

a dada situação, conduz a um ajustamento adequado. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontramos o bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática.

A ideia de que as pessoas se adaptam, rapidamente, a acontecimentos negativos ou positivos é defendida por Diener e seus colaboradores, que descobriram que, em menos de 3 meses, os efeitos de acontecimentos de vida *major* (ex. ser despedido ou ser promovido) perdem o impacto no bem-estar subjectivo (Diener, 2000). Assim, e tendo ainda em linha de conta o mesmo autor, o que acontece é que as pessoas se adaptam não à neutralidade, mas sim a níveis positivos de felicidade (Diener, cit por Novo, 2003).

Num estudo realizado por Diener, em 1995, com uma amostra de estudantes universitários de vários países, chegou-se à conclusão que as pessoas apresentavam uma predisposição para sentir, predominantemente, afecto agradável, desde que nada de negativo tivesse lugar. Os níveis de satisfação de vida indicados pelos participantes eram, em grande parte dos casos, superiores ao ponto médio da escala, permitindo aos autores tirarem a supra-citada conclusão.

Contudo e ainda segundo Diener, não se deve concluir este comentário sem porém referir o papel substancial que as características da personalidade desempenham no bem estar subjectivo, em parte porque os indivíduos se adaptam, até certo ponto, às circunstâncias boas e más da vida.

Assim sendo, deve referir-se que não se pretende, no presente trabalho, estudar mecanismos de *coping* ou mesmo de bem-estar subjectivo, tendo contudo a supra-citada teorização sido utilizada para que se torne claro o entendimento de adaptação, adoptado nesta investigação. Um indivíduo convenientemente adaptado será aquele que evidencie melhores medidas de bem-estar, uma vez que as suas estratégias de *coping* parecem ser eficazes na redução das dificuldades com as quais este é confrontado e que, por isso, contribuem para uma melhor adaptação.

Definido o conceito de adaptação que se pretende ter em conta na presente investigação, partir-se-à para a teorização propriamente dita que associa a Androginia com adaptação com sucesso.

Muita controvérsia tem surgido acerca da relação entre a masculinidade, feminilidade, androginia, personalidade, auto-conceito, bem-estar subjectivo e tantas outras variáveis.

Um grande crítico do modelo da androginia foi Whitley (1983). Este autor não concordava com a proposição de que os indivíduos andróginos tivessem mais auto-estima e manifestassem maior bem-estar. Fez então uma análise dos três modelos relacionados com este assunto: o modelo da congruência (bem-estar acontece quando o papel de género do indivíduo corresponde ao seu sexo), o modelo da androginia (bem-estar acontece quando um indivíduo “incorpora” um elevado grau de masculinidade e feminilidade, sem ter em conta o sexo) e por fim, o modelo da masculinidade (bem-estar é função da orientação de papel masculino).

Apesar deste autor ter descoberto que a masculinidade e a feminilidade estavam positivamente relacionadas com a auto-estima, verificou também que a masculinidade tinha maior peso, em ambos os sexos, o que suportava o modelo da masculinidade (Whitley, 1983).

Na presente investigação, parte-se do modelo da androginia, adoptando a perspectiva de que a androginia está associada com uma melhor adaptação do que as outras três possíveis combinações geradas pela classificação dos indivíduos como “elevados” ou “reduzidos”, em masculinidade e feminilidade (Garnets & Pleck, 1979).

Um das hipóteses propostas por Bem é que as sociedades modernas são mais “indutoras” de androginia e, por isso mesmo, a autora estudou esta hipótese com jovens adultos. Esta relação androginia-adaptação com sucesso tem sido alvo de constante investigação, em vários grupos de idade.

Durante muitos anos, a pesquisa foi, então, feita no sentido de se perceber os benefícios psicológicos que a personalidade androgina apresentaria (Murphy, 1994).

Não se deve descurar o facto de, como anteriormente referido, alguns estudos apontarem para a masculinidade como sendo relevante para uma melhor adaptação (Bassoff & Glass, 1982; Taylor & Hall, 1982; Whitley, 1983, 1984). Lubinski, Tellegen e Butcher (1981) também comprovaram que existia uma conexão mais forte entre a masculinidade e a saúde mental. Zeldow, Clark e Daugherty (1985) observaram que a masculinidade estava associada a um maior ajustamento numa amostra de estudantes de medicina, demonstrando, tanto as mulheres quanto os homens masculinos, maior segurança, maior estabilidade psicológica e extroversão, assim como menor depressão, do que os sujeitos menos masculinos.

No final da década de 70, Jones, Chernovetz e Hansson (Lubinski, Tellegen & Butcher, 1981) testaram a hipótese de que a androginia psicológica permitiria uma

maior flexibilidade comportamental que, conseqüentemente, levaria a um melhor ajustamento psicológico. Baseados nos resultados obtidos, neste estudo, os autores concluíram que, tanto para homens como para mulheres, a flexibilidade e ajustamento tendiam a estar associados com a masculinidade, ao invés de androginia. À masculinidade estavam associadas as medidas de ajustamento, definidas pelos autores (locus de controlo interno, baixo neuroticismo, elevada auto-estima e baixos níveis de problemas com o álcool).

Contudo, a maior parte dos estudos revela que é com a androginia que uma alta auto-estima e elevado auto-conceito, entre outros, têm maior correlação (Flaherty & Dusek, 1980; Nevill, 1977; O'Connor, Mann & Bardwick, 1978; Shimonaka e Nakazato, & Homma, 1996; Shimonaka, Nakazato, & Marushima, 1994; Sinnott, 1982; Spence, Helmreich & Stapp, 1975).

Sinnott, em 1982, desenvolveu um estudo com objectivo de analisar relações entre papéis de género (ou sexuais), diferentes situações de vida e saúde física e mental, em idosos. O autor chegou à conclusão que a maior parte dos sujeitos podia ser classificada como andrógina e que os sujeitos, assim classificados, tinham melhores resultados na saúde mental e física.

Nos anos 80, a relação entre androginia e adaptação com sucesso foi estudada do ponto de vista do desenvolvimento psicossocial e do desenvolvimento do ego. Glazer e Duzek (1985, cit por Shimonaka, 1997) confirmaram que a androginia é um bom preditor de ajustamento psicológico, entre os estudantes universitários. Outros estudos que examinaram a relação entre androginia e desenvolvimento psicológico apontam no sentido em que os indivíduos andróginos demonstram uma maior capacidade adaptativa, relacionada com o desenvolvimento do ego.

Em 1993, Dean-Church e Gilroy realizaram uma investigação cujo principal interesse era examinar se a androginia seria preditiva de Satisfação de Vida, numa amostra de idosos não institucionalizados. Os resultados obtidos neste estudo permitiram afirmar que a androginia era melhor preditor de satisfação de vida do que uma orientação de papel de género indiferenciada. Verificaram também, neste estudo, que os valores de satisfação de vida dos sujeitos com um papel de género tipificado (masculino ou feminino) “caíam” entre os valores dos sujeitos andróginos e dos indiferenciados, suportando, mais uma vez, o modelo que associa a androginia a uma melhor adaptação.

Ramanaiah, Detwiller e Byravan, num estudo realizado em 1995, testaram a hipótese de que as pessoas androginas estariam mais satisfeitas com a vida do que nas outras orientações de papel de género. Os resultados confirmaram, fortemente, esta hipótese, mas apenas no sexo masculino.

Num estudo realizado, apenas, com participantes acima dos 65 anos de idade, com o objectivo de estudar a adaptação da mulher ao processo de envelhecimento, Davison (2000) demonstrou que uma orientação de papel de género, mais flexível, poderá ajudar a uma melhor adaptação. Neste estudo, a autora concluiu que a androginia era preditiva de níveis superiores de Bem-Estar subjectivo.

Em suma, ao longo dos anos, diversos estudos têm surgido com diversas associações em relação à androginia, associando-a, por exemplo, a auto-descrições mais maduras (Block, 1973), a uma maior satisfação conjugal (Zammichieli, Gilroy & Sherman, 1988) e uma maior eficácia parental (Baumrind, 1982) e a uma maior capacidade criativa (Norlander, Erixon e Archer, 2000). Na generalidade, a androginia aparece, assim, associada a “benefícios” psicológicos.

## **1.5. Locus de Controlo e a terceira idade**

O Locus de Controlo é um constructo nascido no seio da Teoria da Aprendizagem Social. Este conceito refere-se às crenças dos indivíduos sobre a fonte de controlo dos comportamentos e acontecimentos quotidianos que ocorrem consigo ou no ambiente em que estão inseridos (Rotter, 1966, cit por Rotter, 1990).

De acordo com este autor, o *Locus* de Controlo é um constructo unidimensional, consistindo, usualmente, na opção entre dois pólos: um interno e outro externo, ao indivíduo. O primeiro pólo concerne a crença de que os êxitos ou fracassos da vida do sujeito se devem aos seus próprios comportamentos e esforços. Já o segundo pólo refere-se à crença de que tais êxitos e fracassos são devidos a factores externos como: Deus, o acaso, a outras pessoas, outros factores externos.

Assim, os indivíduos com um controlo interno tendem a atribuir os resultados dos acontecimentos ao seu próprio controlo, enquanto que indivíduos com controlo externo atribuem os resultados dos acontecimentos a circunstâncias externas.

Rotter (1966) defendia que os indivíduos com um controlo interno apresentavam duas características essenciais: uma motivação para a realização elevada e baixa orientação para o exterior. Contudo, esta abordagem de Rotter baseia-se na sua assumpção de unidimensionalidade e, desde então, esta tem sido muito discutida.

Rotter desenvolveu um inventário que media o grau de controlo interno e externo e afirmou que a percepção de controlo se mantinha estável, ao longo do ciclo de vida, tanto que, conseqüentemente, deveria ser considerada como um traço de personalidade.

Lefcourt (1981) apontou que a noção de unidimensionalidade do locus de controlo poderia levar a classificações tendenciosas, no sentido de associar aos indivíduos internos características mais valorizadas socialmente, e aos externos, características menos valorizadas.

Levenson (1972, 1974), num desenvolvimento posterior da teoria de Rotter, sugere que os sujeitos com externalidade não apresentam características, necessariamente, negativas, já que, na realidade, e em situações específicas, a percepção de controlo exterior pode ser justificada. É neste contexto que esta autora propõe três dimensões de controlo: internalidade, externalidade autêntica ou congruente, onde o destino, acaso ou alguma entidade sobrenatural é percebido como controlador dos eventos e por fim, externalidade defensiva, onde outras pessoas, principalmente os outros poderosos, têm ascendência sobre o indivíduo e são por isso controladoras dos eventos.

Schulz e Heckhausen, em 1995, apresentam uma teoria de ciclo de vida do controlo, sugerindo que a percepção do controlo é alterada durante a vida, como resultado do processo de envelhecimento e subjacentes mudanças psicossociais e biológicas. Do ponto de vista destes autores, o conceito de controlo consiste num controlo primário, que resulta das tentativas de mudar o mundo externo, de forma a que este se enquadre com as necessidades pessoais e desejos, e o controlo secundário, que se refere aos processos internos e envolve os esforços do indivíduo para influenciar a sua motivação, emoção e representação mental (Heckhausen & Schulz, 1995). A disponibilidade e uso de estratégias de controlo sofrem alterações, como já anteriormente referido, ao longo do ciclo de vida. O controlo primário segue uma linha em U invertido, sendo um curso que diminui a partir da meia idade e velhice, enquanto

que o controlo secundário aumenta, linearmente, com a idade, aumento este que reflecte, possivelmente, a adaptação a perdas relacionadas com a idade (Berg, 2008).

De facto, o sentimento de controlo do ambiente (controlo interno) que envolve o sujeito tem sido, repetidamente, associado com o bem-estar, na terceira idade (Femia, Zarit & Johansson, 1997; Langer & Rodin, 1976).

Numa investigação realizada, em 2001, por Siu, Spector, Cooper e Donald, em que se estudava as diferenças de idade, no *coping* e no Locus de Controlo, chegou-se à conclusão que a idade estava positivamente relacionada com o bem-estar, e que os indivíduos mais velhos reportavam menor número de fontes de stress, melhores estratégias de *coping* e um locus de controlo interno.

Num estudo experimental realizado por Langer e Rodin (1976), verificou-se que aumentando a responsabilidade pessoal e a possibilidade de escolha, num grupo de idosos institucionalizados, o bem-estar melhorava. Num outro estudo, realizado por Landau e Litwin (2001), que apenas incluía participantes acima dos 80 anos, os autores chegaram à conclusão que o locus de controlo era mais importante para o bem-estar do que os recursos sociais da pessoa.

Berg, num estudo, recentemente, realizado (Berg, 2008), conclui que o Locus de Controlo foi uma das variáveis que encontrou relação com a Satisfação de Vida, numa amostra de idosos não institucionalizados, sendo que, em indivíduos em que a doença era mais gravosa, era o Locus de Controlo Externo o que estava mais associado com resultados de Satisfação com a Vida.

Embora o Locus de Controlo seja uma característica geral que se aplica a todas as situações da vida, inúmeros instrumentos têm sido construídos para avaliar o Locus de Controlo em aspectos específicos, como é o caso da saúde.

### **1.5.1. Locus de Controlo de Saúde e Satisfação de Vida**

Em 1976, Wallston, Wallston, Kaplan e Maides expandiram a teoria de Rotter ao desenvolver o constructo de Locus de Controlo de Saúde. Estes investigadores começaram por detectar o uso do Locus de Controlo na comunidade médica, em consultas de diabéticos, recentemente diagnosticados. O que observaram foi que o

peçoal médico tentava empreender, nos pacientes e suas famílias, um locus de controlo interno que melhoraria as hipóteses de controlar a sua doença e a qualidade de vida global (Kaplan, Maides, Wallston & Wallston, 1999 cit por Graffeo & Silvestri, 2006).

O Locus de Controlo de Saúde refere-se, então, ao grau em que o indivíduo acredita que pode ter controlo sobre a sua saúde (Bennet, 2002). A partir do trabalho de Rotter (1966), que se centrou nas crenças de controlo generalizadas, Wallston e colaboradores (1978) identificaram três dimensões do controlo percebido no que se refere à saúde: interno, acaso e figuras de autoridade. Indivíduos com pontuações elevadas na dimensão interna encaram a sua saúde como dependendo, em grande parte, do seu próprio controlo. Inversamente, os que têm pontuações elevadas na dimensão acaso encaram a sua saúde como algo que é relativamente independente do seu comportamento. Finalmente, os que têm pontuações elevadas na dimensão figuras de autoridade consideram que a sua saúde é controlada por outros, concretizados como médicos (idem).

Desde 1966, diversos estudos têm demonstrado que o Locus de Controlo de Saúde é um importante preditor de comportamentos de saúde. Um controlo interno tem sido associado a variáveis consideradas importantes, tanto para o sistema de saúde em geral como para o de cuidados de saúde em particular, nomeadamente: conhecimento acerca das doenças, capacidade para deixar de fumar, capacidade para perder peso etc. Para além destes aspectos, outras investigações (MacArthur & MacArthur, 1999) têm demonstrado que um locus de controlo interno está associado a: envelhecimento saudável; ajustamento à dor; adopção de comportamentos de promoção de saúde; redução de consumo de tabaco e melhoras na saúde mental e emocional.

Estudos realizados em amostras Asiáticas descobriram a associação entre locus de controlo de saúde interno e ajustamento psicológico positivo, em estudantes do ensino secundário (Takakura & Sakihara, 2001 in Wu, Tang & Kwok, 2004). Foi também demonstrado que os sujeitos que detêm uma expectativa generalizada de controlo externo têm menos sucesso no *coping* com o seu ambiente, sendo menos eficazes e menos independentes (Phares, 1976 cit por Jones, Chernovetz & Hansson, 1978).

Numa investigação levada a cabo por Frazier e Waid (1999) em que se estudava, numa amostra de idosos, a influência de factores tais como o estado de saúde, as percepções de saúde e o locus de controlo de saúde sobre a ansiedade, os autores

chegaram à conclusão de que a perda do controlo interno e uma atribuição de controlo à sorte estavam associados a um aumento de ansiedade e angústia. Concluiu-se com este estudo que a ansiedade estava relacionada com uma diminuição de factores psicológicos positivos, como por exemplo, percepções de saúde favoráveis e locus de controlo interno.

Levine (1995) conduziu um estudo cujo objectivo era o de examinar o papel preditivo da personalidade sobre a saúde. A autora avaliou as variáveis androginia, pensamento criativo e locus de controlo de saúde, e de que forma estas funcionariam como preditores de depressão, em mulheres infectadas com o vírus da SIDA. Concluiu que, nesta amostra, a masculinidade psicológica era o melhor preditor de níveis mínimos de depressão. Depois da masculinidade psicológica, vinha o controlo externo, sendo que as participantes que tinham fé no pessoal médico foram as que apresentaram menores índices de depressão. Por fim e em terceiro lugar, um locus de controlo de saúde interno correlacionava-se, negativamente, com a depressão.

Em suma, um vasto número de investigações sobre as percepções de controlo pessoal sobre a saúde têm sido desenvolvidas, com algum sucesso. O conjunto de estudos com resultados mais promissores deriva do modelo teórico, proposto por Rotter, sobre o Locus de Controlo (Wallston, 1992). De acordo com este modelo, será de prever que sujeitos com um maior sentido de controlo interno da realidade acreditem que podem influenciar a sua saúde e desenvolvam um maior número de atitudes e comportamentos promotores de saúde, de prevenção da doença ou de controlo da mesma e de manutenção de bem-estar.

### **1.5.2. Locus de controlo e androginia**

Uma outra área de interesse envolve a relação entre a androginia e *Locus de Controlo*.

Uma das maiores implicações do conceito de papel de género de Bem é a noção de que os indivíduos andróginos são mais saudáveis e adaptados psicologicamente, como consequência de uma maior flexibilidade comportamental.

No que concerne à relação entre orientação de papel de género e locus de controlo, campo ainda pouco explorado de pesquisa, estudos desenvolvidos até ao momento têm, entretanto, conduzido a resultados divergentes.

Num estudo realizado em 1981, notou-se uma tendência para as mulheres andróginas apresentarem um controlo mais interno do que as tipicamente femininas, não existindo nenhuma tendência, no limite de significância, a apontar no mesmo sentido, para a amostra masculina (Brehony e Geller em 1981).

Também em 1981, Kearney e Kearney concluíram, no estudo que realizaram com uma amostra de estudantes do ensino secundário, que, no caso das raparigas, as que apresentavam resultados mais elevados, na escala de masculinidade, tinham uma orientação mais forte para o locus de controlo interno. No caso dos rapazes, verificou-se que tanto os resultados na escala da masculinidade quanto os da feminilidade contribuíam, significativamente, para a determinação de uma relação entre orientação de papel de género e locus de controlo. Quanto mais congruentes fossem o sexo do participante, neste caso masculino, com a orientação de papel de género, mais orientados internamente os participantes se apresentavam.

Em 1988, Kapalka e Lachenmeyer realizaram um estudo que pretendia relacionar, entre outros, a masculinidade, feminilidade e locus de controlo. No que concerne a resultados deste estudo, os autores chegaram à conclusão que a masculinidade se correlacionou, de forma positiva, com um locus de controlo interno, mas no que diz respeito à feminilidade não se encontrou elemento preditor deste.

Também Zeldow, Clark e Daugherty examinaram, numa investigação levada a cabo em 1985, um forte e consistente efeito da masculinidade sob o locus de controlo interno.

Um estudo levado a cabo por Mullis e McKinley (1989), com o objectivo de testar relações entre orientação de papel de género, auto-estima e locus de controlo, numa amostra de adolescentes do sexo feminino, examinaram que apenas se estabeleceu uma relação entre a orientação de papel de género e a auto-estima. Os autores observaram que as adolescentes que se classificaram como andróginas ou masculinas apresentavam maior auto-estima do que aquelas que se classificaram como femininas.

Devem-se reportar alguns outros estudos realizados neste âmbito e em que não foram estabelecidas associações, empiricamente, significativas entre locus de controlo e orientação de papel de género (Napholz, 1991, 1992).

A consulta da literatura evidenciou a existência de poucos estudos no sentido de investigar relações entre orientação de papel de género e locus de controlo de saúde.

O presente trabalho visa, entre outros objectivos, investigar as relações entre orientação de papel de género, satisfação com a vida e locus de controlo de saúde em adultos mais velhos. Toda a pesquisa bibliográfica apresentada poderá fornecer alguma justificação e orientação no que concerne às hipóteses da presente investigação.

Partindo do princípio, como anteriormente descrito, que a androginia implica uma adaptabilidade, ao longo de várias dimensões e *settings*, será esperado que os sujeitos andróginos tenham um padrão de respostas que reflecta um forte sentido de satisfação de vida e controlo de saúde interno. Mais especificamente hipotetisa-se: (a) os participantes mais velhos serão mais andróginos na orientação de papel de género do que os mais novos; (b) os sujeitos com orientação de papel de género andrógina apresentarão maior satisfação de vida do que os sujeitos com orientação de papel não andrógina; (c) os sujeitos com orientação de papel de género andrógina terão maior locus de controlo interno do que os sujeitos com orientação de papel de género não andrógina;

## 2. Método

### 2.1. Participantes

A amostra estudada é composta por participantes residentes em várias zonas de Portugal (Lisboa, Porto, Algarve e Madeira) perfazendo um total de 47 participantes, sendo 22 do sexo feminino e 25 do sexo masculino. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 60 e os 98 anos, sendo a média de idade de 71,2 anos (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da amostra por género e idade (anos).

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Masculino</b>	25	69.6	9.2	60.0	86.0
<b>Feminino</b>	22	73.0	10.5	60.0	98.0
<b>Total</b>	47	71.2	9.8	60.0	98.0

Foram definidos 3 critérios de selecção dos participantes para inclusão no presente estudo. Os critérios foram os seguintes:

1. Ter idade igual ou superior a 60 anos;
2. Residir na comunidade;
3. Condições gerais de saúde física e mental satisfatórias, com autonomia para realizar as actividades de vida diárias;

No quadro 2, podem ver-se, mais detalhadamente, características demográficas da amostra, obtidas a partir do questionário de dados sócio-demográficos.

Quadro 2 – Características demográficas da amostra

<b>Número de participantes</b>	<b>N= 47 (100%)</b>	
<b>Nível de escolaridade</b>	0-4 anos	11 (23.4%)
	5-8 anos	11 (23.4%)
	9-11anos	13 (27.7%)
	Curso Superior	8 (17%)
	Outro	4 (8.5%)

<b>Actividade Profissional</b>	Activa	6 (12.8%)
	Activa em tempo parcial	4 (8.5%)
	Reformado	33 (70.2%)
	Reformado com actividades em tempo parcial	4 (8.5%)
<b>Estado civil</b>	Solteiro	3 (6.4%)
	Casado ou vivendo como tal	34 (72.3%)
	Separado/Divorciado	1 (2.1%)
	Viúvo	9(19.1%)

---

## 2.2. *Instrumentos*

Foi aplicado um Questionário Sócio-Demográfico para posterior caracterização da amostra.

A Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia foi desenvolvida por Lawton (1972, 1975), tendo como objectivo promover uma medida multidimensional do ânimo, sendo usada como medida de ânimo, bem-estar psicológico, satisfação de vida e qualidade de vida em populações idosas.

A presente escala avalia três aspectos do bem-estar psicológico de idosos: 1) a Solidão-Insatisfação (itens 2, 3, 5, 13 e 14) que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resulta ou não, num sentimento de solidão e insatisfação; 2) as Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (itens 8, 9, 10, 11 e 12), em forma de balanço entre a vida passada e a presente, 3) a Agitação (itens 1, 4, 6 e 7), correspondendo a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a um gradiente dessa componente (Paúl, 1992).

A versão original da escala incluía 17 itens na última versão, e o estudo de adaptação à população portuguesa conservou 14 itens (Paúl, 1992).

Os itens consistem em afirmações que os respondentes devem assinalar se se aplica ou não a eles, numa escala dicotómica sim/não. Os itens da versão portuguesa distribuem-se por três dimensões: Agitação (*alpha* de Cronbach de 0.71), Atitude Face ao Próprio Envelhecimento (*alpha* de Cronbach 0.71) e Solidão/Insatisfação (*alpha* de Cronbach de 0.75).

A cotação desta escala é simples e rápida. A cada resposta de “ânimo elevado” atribui-se um ponto, e a cada resposta de “baixo ânimo” ou item não respondido atribui-se zero pontos, podendo o total na escala variar de zero a catorze pontos. Deve fazer-se um pequeno apontamento no sentido de esclarecer que, valores elevados nas subescalas e escala total são encarados como positivos, ou seja, significa que houve maior pontuação de respostas de ânimo elevado.

Foi levada a cabo uma Análise Factorial Exploratória a este instrumento, de forma a avaliar a sua estrutura interna, para determinar se as medidas hipotéticas, mediam o que se pretendia medir. A extracção dos factores foi realizada com base no método de análise em componentes principais com rotação varimax. A selecção dos itens para cada um dos factores respeitou os seguintes critérios: (1) depois de realizada a rotação varimax, consideraram-se os itens saturados a mais de 0.50; (2) eliminaram-se todos os itens que apresentassem pesos superiores a 0.20, em vários factores simultaneamente (itens ambíguos) e (3) calculou-se os alfas de *Cronbach*, a correlação entre item e o valor global da escala, bem como do valor de *alpha* caso o item fosse eliminado (Castanheira, 2005). Uma análise em componentes principais feita aos dados do presente estudo resultou numa clara diferenciação de factores. Desta forma, considerou-se a existência de três factores (tal como no estudo de validação da escala realizado por Paúl, 1992), com alfas de Cronbach de 0.72, 0.68 e 0.58, portanto superiores a 0.50, que indicam consistência interna aceitável.

Estas três dimensões avaliam multidimensionalmente um índice global de ânimo, em termos de bem-estar geral. Apesar de no estudo de validação deste instrumento, levado a cabo por Paúl (1992), ter-se partido da perspectiva multidimensional, no presente estudo irá fazer-se uso de ambas as perspectivas, ora apontando índices de satisfação de vida globais, ora apontando os índices das subescalas, por forma a enriquecer, o mais possível, os resultados encontrados.

Para a operacionalização da orientação de papel de género, foi aplicado o *Personnal Attributes Questionnaire*, da autoria de Spence, Helmreich e Stapp (1975) adaptado à população portuguesa por Ribeiro (2003).

O Questionário de Atributos Pessoais é um instrumento de auto-avaliação num formato tipo *Lickert* cujos itens se agrupam em duas escalas unifactoriais, com oito itens cada, com as designações de expressividade (E) e Instrumentalidade (I). Os 16 itens (8 de cada uma das duas subescalas) descrevem características pessoais relativamente às quais os indivíduos se situam numa escala de cinco pontos. Os itens correspondentes à Instrumentalidade são: 2, 6, 10, 16, 17, 19, 20 e 24 e os que correspondem à escala da Expressividade são: 3, 7, 8, 9, 12, 15, 21 e 22.

Cada item escalonado de (0) a (4) descreve uma característica estereotipada que é suposto diferenciar os sexos (eg. Nada emotivo – Muito emotivo). Assim, a subescala de Expressividade contém itens que representam características consideradas socialmente desejáveis, em ambos os sexos, mas em que é suposto serem as mulheres a possuírem um maior desenvolvimento dessas características do que homens e, a subescala de Instrumentalidade contém itens que representam características consideradas socialmente desejáveis, em ambos os sexos, mas em que é suposto serem os homens a possuírem uma maior incidência das referidas características.

Os resultados totais são obtidos, em cada escala, somando as pontuações individuais dos seus oito itens, podendo o total oscilar de (0) a (32).

A versão aplicada contém 24 itens, mas serão apenas tidos em conta 16, oito correspondentes a cada uma das duas escalas, Instrumentalidade e Expressividade. Os resultados obtidos nos restantes itens serão ignorados. Este facto deve-se ao significado teórico atribuído aos dois conjuntos de características – *instrumentalidade* e *expressividade* – os autores do PAQ passaram a utilizar, unicamente, as duas subescalas unifactoriais, com oito itens cada, que incluíam somente características de *expressividade* (E) e de *instrumentalidade* (I), recomendando aquela nova designação para as subescalas (Spence, 1993 cit. por Ribeiro, 2003).

Após determinar para a amostra total (homens e mulheres) ou para um grupo normativo, os resultados da mediana nas escalas I e E, classificam-se os indivíduos de acordo com a sua posição acima ou abaixo da mediana das suas escalas.

Assim, chega-se a um esquema com quatro células, conforme apresentado em seguida (Ribeiro, 2003).

Quadro 3 – Tipologia Questionário de Atributos Pessoais

		<b>Instrumentalidade</b> (Intervenção)	
		Igual ou Superior à mediana	Inferior à mediana
<b>Expressividade</b> (Comunhão)	Igual ou Superior à mediana	<b>Andrógino</b>	<b>Feminino</b>
	Inferior à mediana	<b>Masculino</b>	<b>Indiferenciado</b>

Os autores do presente questionário estipularam conjuntos de valores normativos para a classificação de indivíduos, de acordo com esta forma reduzida do PAQ, numa amostra de 756 homens e 1013 mulheres – 20 para a subescala I, 23 para a subescala E (podendo os resultados individuais oscilar entre 0 e 32, em cada uma das subescalas).

Apesar de alguns aspectos teóricos susceptíveis de crítica, este instrumento continua a ser um dos instrumentos mais traduzidos e adaptados pelos investigadores de vários países, o que confirma não só que é considerado como uma medida central na operacionalização do constructo de género, como a actualidade do tema. No presente estudo foi utilizada a versão traduzida e validada por Ribeiro, em 2003.

Os estudos de validade efectuados com as subescalas do PAQ têm demonstrado que estas são factorialmente distintas, e que apresentam uma consistência interna adequada (*alphas* de Cronbach que oscilam entre .71 a .85). Assim sendo, e tendo em conta Spence, as subescalas I e E continuam a diferenciar claramente os géneros como o têm demonstrado os estudos mais recentes (Spence, 1993, cit por Ribeiro, 2003).

Tal como foi realizado para o instrumento anteriormente descrito, também para o Questionário de Atributos Pessoais foi realizada uma Análise Factorial Exploratória, com o objectivo de verificar como é que esta se comportava tendo em conta a amostra do presente estudo. A extracção dos factores foi conseguida através do método de análise em componentes principais com rotação varimax. Para a selecção dos itens relativos a cada um dos factores foram novamente tidos em conta os três critérios anteriormente apresentados. Obtiveram-se dois factores que explicam 32% da variância total do instrumento, e são interpretáveis à luz das referidas duas dimensões consideradas por Spence, Helmreich e Stapp (1975): Instrumentalidade e

Expressividade. Ambos os factores apresentam uma consistência interna aceitável, tendo em conta a dimensão reduzida da amostra (N=47): *alpha* de 0.51 e *alpha* de 0.68, respectivamente.

A Escala do Locus de Controlo de Saúde foi reconstruída e adaptada por Pais Ribeiro em 1994. Os itens utilizados na reconstrução da presente escala foram recolhidos a partir de várias escalas de língua inglesa (*Health Locus of Control Scale*, *Multidimensional Health Locus of Control Scales* e *Health-Specific Locus-of-Control*) que, depois de traduzidos e analisados e de verificadas as suas propriedades métricas, deram origem a uma escala de avaliação do Locus de Controlo de Saúde com dois factores.

A escala é constituída por 14 itens, que pertencem a dois factores: Locus de Controlo (LC) (“ Em saúde não se pode invocar, nunca, má sorte) e Outros poderosos (OP) (“Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente”). São itens do factor Locus de Controlo: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12 e 13. Ao factor Outros Poderosos pertencem os itens 1, 5, 9, 10, 11 e 14.

A resposta é dada numa escala de *Lickert* que varia de A a G: A – Discordo totalmente; B – Discordo bastante; C – Discordo um pouco; D – Não concordo Nem Discordo; E – Concordo um pouco; F – Concordo bastante e G – Concordo totalmente.

O resultado é o somatório dos itens da presente escala, podendo variar entre 14 e 98 pontos. O valor mais baixo corresponde ao Locus Externo e o mais elevado ao Locus Interno (Pais Ribeiro, 1994).

A consistência interna da escala original mostrou-se satisfatória, com o *alpha* de Cronbach variando entre 0,60 e 0,78.

Contudo, na presente investigação, foi realizada, mais uma vez, uma Análise Factorial Exploratória, de forma a avaliar a estrutura interna da escala, tendo em conta a amostra estudada. A extracção dos factores foi levada a cabo através do método de análise em componentes principais com rotação varimax. De novo, e como nos anteriores instrumentos, a selecção dos itens relativos a cada um dos factores foi realizada através da conjunção dos critérios supra citados.

Uma análise em componentes principais feita aos dados do presente estudo não resultou numa clara diferenciação dos factores esperados. Desta forma, considerou-se um factor único que revelou um *alpha* aceitável (0.83). Assim sendo, considerou-se no presente estudo um único factor na Escala de Locus de Controlo de Saúde, que explica

30% da variância total do instrumento. Seguindo as *guidelines* especificadas por Pais Ribeiro (1992), resultados mais elevados neste factor significam uma atribuição interna, enquanto resultados mais baixos, revelam atribuição externa.

### 2.3. *Procedimentos*

A selecção da amostra estudada ocorreu através do método de amostragem por conveniência. Os participantes que a compõem residem em Lisboa, Almada, Porto, Madeira e Algarve. A escolha destas zonas do país relacionou-se com a área de residência e contactos da investigadora.

Os instrumentos utilizados, no presente estudo, foram aplicados aos participantes (entre Abril 2008 e Julho 2008), sendo em cada um destes explicitadas as necessárias instruções para o correcto preenchimento dos mesmos. Deve referir-se que todos os instrumentos são de fácil preenchimento, sendo portanto as instruções, em alguns deles, bastante reduzidas. Contudo, e devido aos problemas, algumas vezes, encontrados na população mais idosa em lidar com tarefas que envolvem papel e caneta, na maior parte dos casos por iliteracia ou outras dificuldades, foi expressamente pedido aos aplicadores, estudantes de psicologia e profissionais, que, aquando da aplicação, as escalas fossem aplicadas oralmente.

Todos os participantes foram informados de que a informação veiculada em todos os instrumentos aplicados seria tratada no anonimato e considerada confidencial.

### 2.4. *Análise Estatística*

Os dados recolhidos foram analisados utilizando o SPSS (*Statistical Packages for the Social Sciences*) versão 15.0.

Foi realizado inicialmente um levantamento de estatísticas descritivas a fim de caracterizar as amostras em análise.

O pressuposto da distribuição normal das variáveis dependentes (androginia, satisfação de vida e locus de controlo) nos diferentes grupos definidos pelo cruzamento do factor orientação de papel de género, foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors. Para o grupo “andróginos” obteve-se um valor de  $p < .05$  na variável androginia (categoria de idades) pelo que se conclui que a distribuição da

variável não é Normal. Quanto às variáveis dependentes Satisfação de Vida e Locus de Controlo, obteve-se  $p > 0.05$ , sendo a distribuição normal (ver Quadro 4).

Quadro 4 – Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov

	Androginia e		Satisfação de Vida e Androginia	Locus de Controlo e Androginia
	Categoria de Idades			
	60 aos 75	75+		
<b>Kolmogorov-Smirnov Z</b>	,498	,348	,140	,121
<b>Valor p (teste bilateral)</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,200	,200

Assim, e tendo em linha de conta o anteriormente apontado, no caso da distribuição não Normal, submeteram-se os resultados dos instrumentos aplicados ao teste não paramétrico Qui-quadrado.

Nos restantes casos, e em que a distribuição da variável foi Normal, submeteram-se os resultados dos instrumentos aplicados ao teste paramétrico ANOVA a um factor (*one-way*) que permitirá perceber se a orientação de papel de género teve ou não um efeito significativo sobre as variáveis dependentes (satisfação de vida e locus de controlo).

### 3. Resultados

#### 3.1. Hipótese 1

Com o objectivo de se testar a hipótese que os sujeitos mais velhos são mais andróginos na orientação de papel de género do que os mais novos, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado, através de uma análise 2x2. Optou-se por este teste não paramétrico uma vez que ele permite comparar a distribuição de diversos acontecimentos, em diferentes amostras, a fim de se avaliar se as proporções destes eventos mostram ou não diferenças significativas ou, se as amostras diferem significativamente quanto às proporções desse acontecimento.

Assim, considerou-se uma variável denominada categoria de idades, em que foram definidas duas categorias

Quadro 5 - Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) para categorias de idade e Androginia.

	Categoria de Idade		TOTAL
	60 aos 75 anos	75 em diante	
<b>Não Andrógino</b>	23	10	33
<b>Andrógino</b>	5	9	14
	28	19	47

Quadro 6 - Teste exacto de Fisher para categorias de idade e Androginia

	Valor p (bilateral)	Valor p (unilateral)
<i>Fisher's Exact Test</i>	,050	,033

Observando-se este quadro, segundo o *Fisher's Exact Test*, verifica-se um valor  $p=0,05=\alpha=0,05$ . Assim, o grupo de participantes Não Andrógino situa-se maioritariamente na categoria dos 60 aos 70 anos enquanto que o grupo de participantes Andrógino se situa maioritariamente na categoria dos 75 anos em diante, corroborando a hipótese em estudo de que os participantes mais idosos serão mais andróginos na orientação de papel de género do que os participantes mais novos.

Deve contudo fazer-se a ressalva de que esta diferença se situa no limiar da significância, e apontar os *n* reduzidos no grupos de participantes Andróginos, pelo que se poderá apenas falar, verdadeiramente, de tendências.

### 3.2. Hipótese 2

Para avaliar se a orientação de papel de género afecta significativamente a Satisfação de Vida, recorreu-se à ANOVA *one-way*, seguida do teste *post-hoc* HSD de Tukey, como descrito em Maroco (2007).

O quadro 7 apresenta os resultados obtidos no teste ANOVA (*One-way*) a fim de concretizar a comparação de Satisfação de Vida obtida nos grupos de orientação de papel de género androgina e não andrógina. Foi considerado ( $p \leq 0,05$ ), isto é, nível de significância ( $\alpha = 5\%$ ).

Quadro 7– Análise da variância (ANOVA *one-way*) para o factor Satisfação de Vida.

	Soma dos quadrados	Graus de liberdade	Média quadrática	Valor de <i>F</i>	Valor de <i>p</i>
<b>Entre grupos</b>	19,698	1	19,698	1,995	,165
<b>Intra grupos</b>	444,260	45	9,872		
<b>Total</b>	463,957	46			

Observa-se no quadro 7 que o valor de *p* é igual a 0.165, ou seja maior do que 0.05. Neste caso, pode dizer-se que não houve diferenças significativas ao nível da Satisfação com a Vida, entre os grupos em estudo. Desta forma, a hipótese em estudo que os sujeitos com orientação de papel de género andrógina apresentariam maior Satisfação de Vida não é corroborada

### 3.3. Hipótese 3

Para avaliar se as diferenças na orientação de papel de género se traduzem em diferenças no Locus de Controlo de Saúde, recorreu-se mais uma vez ao teste paramétrico ANOVA *one-way*.

Quadro 8 – Análise da variância (ANOVA *one-way*) para o factor Locus de Controlo de Saúde

	Soma dos quadrados	Graus de liberdade	Média quadrática	Valor de F	Valor de p
<b>Entre grupos</b>	1,443	1	1,443	,014	,905
<b>Intra grupos</b>	4497,110	45	99,936		
<b>Total</b>	4498,553	46			

Os resultados obtidos neste teste (valor  $p = 0,905 > \alpha = 0,05$ ), e que pretendem concretizar a comparação de Locus de Controlo de Saúde obtida nos diferentes grupos (andróginos e não andróginos), revelam que não existem diferenças significativas entre os grupos estudados.

Assim, concluiu-se que não é corroborada a hipótese que os sujeitos com uma orientação de papel de género andrógina apresentem maior locus de controlo de saúde (locus de controlo interno).

Uma vez que os dados não corroboraram duas das hipóteses em estudo, decidiu-se fazer uma exploração de dados, por forma a verificar se existem outros factores que contribuam para estes resultados ou que justifiquem outra tendência.

No quadro 9 apresentam-se as médias e os desvios-padrão de algumas variáveis em exploração.

Quadro 9 - Valores de correlação de Pearson (bivariada) para Satisfação de Vida, Locus de Controlo e outras variáveis.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Idade	1										
2.Estado Civil <sup>a</sup>	0,285	1									
3.Nível de Escolaridade <sup>b</sup>	-,463**	-,343**	1								
4.Actividade Profissional <sup>c</sup>	,490**	,053	-,176	1							
5.Nível Sócio-Económico <sup>d</sup>	,328*	,029	-,277	,297**	1						
6.Avaliação do Estado de Saúde <sup>e</sup>	-,188	-,091	,007	-,434**	-,179	1					
7.Satisfação de Vida (Global)	-,377**	-,439**	,291*	-,147	-,252	,436**	1				
8.Atitudes face ao envelhecimento	-,326*	-,342*	,131	-,281	-,048	,417**	,829**	1			
9.Solidão/Insatisfação	-,144	-,341*	,176	-,003	-,371*	,134	,602**	,349*	1		
10.Agitação	-,305*	-,315*	,351*	-,004	-,277	,318*	,741**	,304*	,313*	1	
11.Locus de Controlo de Saúde	,278	,126	-,392*	,326*	,012	-,407**	-,472**	-,533**	-,044	-,295*	1

\*\* Correlação significativa ao nível 0.01 (bilateral)

\*.Correlação significativa ao nível 0,05 (bilateral)

- a. Variável codificada 0 para solteiro, 1 para casado/a com companheiro/a, 2 para separado(a)/divorciado(a) e 3 para viúvo(a).
- b. Variável codificada 0 de para 0 a 4 anos de escolaridade, 1 para 5 a 8 anos de escolaridade, 2 para 9 a 11 anos de escolaridade, 3 para curso superior e 4 para outros.
- c. Variável codificada 0 para Activa, 1 para Activa em tempo parcial, 2 Desempregado/a, 3 para Reformado/a e 4 para Reformado com actividades em tempo parcial.
- d. Variável codificada para 0 muito satisfatório, 1 para satisfatório, 2 para nem satisfatório, nem insatisfatório, 4 para insatisfatório e 5 para muito insatisfatório.
- e. Variável codificada 0 para mau, 1 para insatisfatório, 2 para médio, 3 para bom e 4 para muito bom.

Para a descrição dos resultados (exploratórios) que se seguem, considerou-se o critério proposto por Cohen e Cohen (1983) em que se considera que correlações entre 0 e .20 são fracas, .20 e .40 são moderadas e acima de .40 são fortes.

Uma vez que a orientação de papel de género não mostrou qualquer relação com a Satisfação de Vida, na presente amostra de idosos, resolveu-se explorar a relação de variáveis sócio-demográficas com a Satisfação de Vida.

Tal como indicado no quadro 9, e relativamente à Satisfação de Vida, verifica-se uma correlação positiva forte ( $r=0,436$ ) entre esta variável e a Avaliação do Estado de Saúde. Assim, poderá assumir-se que, para a presente amostra, a satisfação de vida estará associada com a avaliação de saúde que é feita, ou seja, quanto melhor fôr a avaliação de saúde, maior será a satisfação de vida global.

Relativamente à sub-escala Atitudes face ao envelhecimento, verifica-se também uma correlação positiva forte ( $r=,417$ ) com a avaliação do estado de saúde, sendo que, quanto melhor a avaliação do estado de saúde que o sujeito faz de si próprio, melhores as atitudes face ao seu próprio envelhecimento.

Tendo em atenção a variável Locus de Controlo de Saúde, verifica-se que esta se associa fortemente e de forma negativa com outras variáveis em estudo: Avaliação de Saúde ( $r=-,407$ ), Satisfação de Vida ( $r=-,472$ ) e Atitudes face ao envelhecimento ( $r=-,533$ ).

Por fim, com o objectivo de se verificar se existe alguma diferenciação dos níveis de Satisfação de Vida tendo em conta o estado civil, realizou-se um teste de Kruskal-Wallis.

Quadro 10 – Média da ordens do Estado Civil relativamente à Satisfação de Vida

	<b>N</b>	<b>Média das Ordens</b>
<b>Solteiro</b>	3	35,00
<b>Casado ou com companheiro</b>	34	25,87
<b>Separado ou Divorciado</b>	1	24,00
<b>Viúvo</b>	9	13,28

Da observação do quadro 10, tem-se a média das ordens dos resultados obtidos para cada estado civil na escala de Satisfação com a Vida. Assim, obteve-se uma média das ordens superior para o Estado Civil Solteiro e para o Casado/a ou com companheiro.

No quadro 11 observa-se a estatística de teste do Kruskal-Wallis.

Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis para Satisfação de Vida e Estado Civil

Estatística de teste	
<b>Qui-Quadrado</b>	8,176
<b>Graus de Liberdade</b>	3
<b>Valor P</b>	,043

Analisando o resultado do teste verifica-se que houve diferenças entre diversos estado civis e a satisfação de vida ( $\chi^2 = 8,176$ ;  $p = 0,043 < \alpha = 0,05$ ).

Posteriormente, procedeu-se a uma comparação (através do teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney) para se testar entre que grupos, a diferença de Satisfação de Vida seria significativa. Deve referir-se que se compararam todos os grupos e apenas se chegou a duas diferenças significativas, contudo apenas uma (relativa aos participantes casados) será relatada no quadro 12.

Quadro 12 – Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para Satisfação de Vida e Estado Civil

	<b>Soma das Ordens</b>	<b>Mann-Whitney U</b>	<b>Valor p</b>
<b>Casado ou com companheiro</b>	828,50	72,500	,014
<b>Viúvo</b>	117,50		

Da observação da tabela tem-se o somatório das ordens dos resultados obtidos para o estado civil casado ou com companheiro e para o viúvo. Assim, obteve-se um somatório para o “grupo” casado ou com companheiro superior ao do “grupo” viúvo

(828,50>117,50). Pode então afirmar-se que resultados superiores de Satisfação de Vida foram obtidos pelos participantes casados ou com companheiro.

Da análise realizada através do *Mann-Whitney U* para a comparação da ordem dos valores desta escala, obteve-se então um valor de MW-U = 72,500. Desta forma, como o valor-p=0,014 < 0,05, considera-se que entre os dois estados civis existem diferenças ao nível da Satisfação de Vida, sendo que os participantes casados se apresentam mais satisfeitos que os viúvos.

No quadro 13 podem observar-se os valores da correlação de Pearson para a variável Satisfação de Vida e variáveis de Actividades de Lazer.

Quadro 13 - Valores de correlação de Pearson (bivariada) para Satisfação de Vida e Actividades de Lazer

	1.	2.	3.	4.	5.
1.Satisfação de Vida	1				
2.Freq. Actividade Lazer - Exercício Físico <sup>a</sup>	,439**	1			
3.Freq. Actividade Lazer – Viagens e Passeios <sup>a</sup>	,356*	,086	1		
4.Freq. Actividade Lazer – Leitura de Livros <sup>a</sup>	,432**	,421**	,313*	1	
5.Freq. Actividade Lazer – Jornais e Revistas <sup>a</sup>	,320*	,379**	,199	,621**	1

\*\* Correlação significativa ao nível 0.01 (bilateral)

\* Correlação significativa ao nível 0,05 (bilateral)

a. Variável codificada 1 nunca, 2 raramente, 3 para mensalmente, 4 para semanalmente e 5 para diariamente.

Tal como indicado no quadro 13 verifica-se a existência de relações fortes e moderadas entre a Satisfação de Vida e a frequência de Actividades de Lazer (Física  $\mu=,439$ ; Viagens e Passeios  $\mu=,356$ ; Leitura de Livros  $\mu=,432$  e Leitura de Jornais e Revistas  $\mu=,320$ ). Quanto maior se verifica a frequência da Actividade de Lazer, maior é a Satisfação de Vida.

## **4. Discussão e Conclusões**

### **4.1. Integração e discussão dos resultados empíricos**

O presente trabalho teve como principais objectivos: estudar (1) as orientações de papel de género, (2) o papel da orientação de papel de género e sua relação com a satisfação de vida e o locus de controlo de saúde, numa amostra de idosos.

#### *Androginia e terceira idade.*

Os resultados permitem concluir com alguma precaução, que efectivamente os sujeitos mais idosos (pertencentes à categoria dos setenta e cinco anos em diante) têm tendência a apresentar mais frequentemente uma orientação de papel andrógina, quando comparados com sujeitos menos idosos (categoria dos sessenta aos setenta e cinco anos).

Estes resultados prestam apoio a outros estudos que referem que uma grande parte de homens e mulheres se torna andrógina com a idade (Sinnott, 1982; Hyde et al, 1979, 1991).

Os achados da presente investigação, com a devida relativização, por se tratar de uma amostra pequena e não representativa da população idosa portuguesa, permitem denotar uma feminização, especialmente, dos homens, sugerindo que a inversão de papéis de género ocorre numa fase mais avançada da idade.

A reforma significará para o homem a perda de um papel profissional, perda de produtividade, de relacionamentos significativos mas principalmente a perda do papel de provedor/fornecedor familiar. Tal como Shimonaka, Nakazato, Kawaai e Sato (1997) referem, o homem deixa de trabalhar na terceira idade e o seu estilo de vida sofre uma série de mudanças, que vão desde a esfera profissional à esfera da vida familiar, desde relações com os colegas de trabalho a relações com vizinhos e familiares, sendo confrontado com inúmeras mudanças no seu ambiente.

Um outro aspecto que deverá ser apontado e que se revela pertinente na compreensão desta androginia masculina, é o facto de nos estarmos a referir a participantes com idades superiores a setenta e cinco anos e alguns com mais de oitenta. Coincide com este período a entrada na quarta idade, um período que se reflecte por

uma maior dependência, perda de autonomia, em alguns casos, e em que as perdas se sobrepõem aos ganhos.

Relativamente às mulheres, tornar-se andrógina significa “adquirir” alguns traços masculinos. Este facto, parece estar relacionado com o aspecto de assertividade e actividade que as mulheres assumem, na terceira idade.

Neste âmbito, deve ser referido o estudo, levado a cabo por Hyde, Krajinik e Skuldt-Niederberger (1991) que concluiu, através de comparação de amostras colhidas em anos diferentes, que na amostra colhida mais recentemente, existiam mais mulheres andróginas, nas categorias de idade mais jovem e mais idosa.

O facto de as mulheres se tornarem mais andróginas com a idade poderá ser justificado pelo facto de ser no sexo feminino que se verificam menores dificuldades de adaptação à reforma. Segundo Areosa (2004), as mulheres desempenham papéis sociais significativos além do papel de trabalhadoras, tendo em conta a sua especial ligação ao núcleo familiar e ao espaço privado do lar. As mulheres enfrentarão menos transformações advindas da reforma.

Com os homens mais passivos e recatados no lar, após a reforma, a mulher assume o papel de líder, num espaço doméstico, exclusivamente feminino, em que o homem ganha uma certa tendência para não fazer nada, pois não aprendeu a desempenhar estas actividades domésticas. Se se atentar na realidade dos idosos portugueses, facilmente se percebe que a tradição é esta. Desde sempre, e principalmente na coorte que foi alvo deste estudo, o homem foi do trabalho, e à mulher coube o lar.

#### *Androginia e Satisfação de Vida*

A hipótese de que a androginia está relacionada com maior satisfação de vida, relativamente às restantes orientações de papel de género não foi corroborada. Deve-se acrescentar, que também nenhuma das outras tipologias de papel de género apresentou relação com a Satisfação de Vida.

Logo, facilmente se conclui que, na amostra em questão, a orientação de papel de género não se constitui como factor primordial para níveis elevados de satisfação de vida. Este achado contrasta, de facto, com alguma pesquisa anterior (Bem, 1975; Dean-Church & Gilroy, 1993; Ramanaiah, Detwiller e Byravan, 1995) mas vai ao encontro

de um estudo realizado por Windle (1986), em que o autor não encontrou diferenciação, numa amostra de idosos, em medidas de flexibilidade comportamental e satisfação de vida. Neste estudo, o autor refere que os idosos pertencentes à tipologia andrógina tiveram uma *performance* média nas ditas medidas, não tendo existido maior demonstração de flexibilidade comportamental ou satisfação de vida, quando comparando com os das restantes orientações de papel de género.

Um dos aspectos que terá tido grande influência nos resultados obtidos, é o facto de a amostra ter um tamanho bastante limitado, e ainda mais limitado quando se subdivide nas quatro orientações de papel de género. Esta terá sido, muito possivelmente, uma das causas principais para a falha na revelação de diferenças discrimináveis entre as categorias de orientação de papel de género e as medidas de Satisfação de Vida e Locus de Controlo de Saúde.

Contudo, e para melhor se compreender estes resultados, fez-se uma análise exploratória a alguns dados demográficos, assim como aos resultados de Satisfação de Vida e Locus de Controlo, a fim de se perceber quais as variáveis que, na presente amostra, poderão ter influência nestas duas medidas.

Verificou-se na presente amostra que a Satisfação de Vida se relacionou com algumas variáveis demográficas e inclusivamente com o Locus de Controlo de Saúde.

A saúde e a capacidade de se manter independente são aspectos centrais na vida dos idosos. Segundo Paúl (1992), a saúde é um factor crítico relativamente ao bem-estar dos idosos, verificando-se uma relação positiva entre ambos os factores. Assim, e tendo em conta alguns estudos realizados (Chatters, 1988; Willits & Crider, 1988) facilmente se conclui que a avaliação da saúde seria um dos melhores preditores de satisfação de vida no geral, em pessoas mais idosas. De facto, na presente investigação verificou-se uma relação positiva forte entre a avaliação do estado de saúde e a satisfação global com a vida, dado que vai ao encontro dos estudos e trabalhos supra citados.

Relativamente a variáveis familiares, observou-se que se verificou uma diferença na satisfação de vida, tendo em conta os diferentes estados civis. Clarificando, percebeu-se que os participantes casados são significativamente mais felizes do que os que os viúvos, resultado que é corroborado por um estudo conduzido por Diener & Suh (1997).

Face à sub-escala da Escala Geriátrica de Ânimo de Lawton, Atitudes face ao envelhecimento, verificou-se uma correlação positiva forte desta com a avaliação de saúde. Este argumento vem juntar-se ao restantes e sublinhar a importância do papel da saúde, quando nos reportamos a idosos.

Por último, interessa referir que a prática frequente de actividades de lazer se constitui como factor potenciador de Satisfação de Vida. Este dado vai ao encontro de um estudo realizado por Argyle (cit por Simões, Pedroso de Lima, Coimbra Vieira, Ferreira, Oliveira, Alcoforado et al 2006) que documenta que as actividades de lazer, que empenham o sujeito, têm um efeito positivo sobre o seu bem-estar. O lazer confere de facto identidade e estatuto social, estrutura o tempo disponível e dá azo a contactos sociais. Certas investigações sugerem mesmo que o nível de participação em actividades de lazer é o melhor preditor da satisfação com a vida, por parte dos adultos mais idosos, do que a saúde ou o rendimento (Mannel, cit por Simões et al, 2006).

#### *Androginia e Locus de Controlo de Saúde*

Neste estudo, a hipótese de que a androginia estaria associada a um locus de controlo de saúde interno também não foi corroborada, não tendo existido diferenciação alguma entre as tipologias de orientação de papel de género na medida de Locus de Controlo de Saúde.

Ao longo da literatura existem resultados vários, sendo os mais frequentes aqueles que associam a masculinidade a um locus de controlo interno (Zeldow, Clark & Daugherty, 1985; Kapalka & Lachenmeyer, 1988), existindo também estudos em que nenhuma relação significativa foi estabelecida (Napholz, 1991, 1992).

Tal como se procedeu para a variável Satisfação de Vida, o mesmo se pesquisou relativamente ao Locus de Controlo. Partiu-se do mesmo pressuposto considerado para a hipótese anterior, ou seja, se a orientação de papel de género não encontrou nenhuma relação com este constructo, quais das outras variáveis em estudo, encontrariam relação com o Locus de Controlo de Saúde.

O Locus de Controlo de Saúde encontrou uma relação negativa com a Satisfação de Vida. Assim sendo, os participantes com valores de Locus de Controlo de Saúde mais baixos (externo) apresentaram valores superiores de Satisfação de Vida.

Esta descoberta, apesar de não ir ao encontro do que era esperado, que os sujeitos com locus de controlo interno apresentassem maior satisfação de vida, vai ao encontro de alguns estudos reportados na revisão bibliográfica da presente investigação. Deve referir-se o estudo de Levine realizado em 1995, com participantes infectadas pelo o vírus da SIDA e em que observou que as participantes que tinham fé no pessoal médico foram as que apresentaram menores índices de depressão.

Também Levenson (1972, 1974) na sua teorização indica que os sujeitos com externalidade não apresentam necessariamente características negativas, já que na realidade e em situações específicas a percepção de controlo exterior pode ser justificada. Refere-se à externalidade defensiva, onde outras pessoas, principalmente os outros poderosos, têm ascendência sobre o indivíduo e são por isso controladoras de eventos.

Compreender-se-à que para grande parte dos participantes deste estudo, uma maior Satisfação de Vida passa por acreditarem que a sua saúde não está nas suas mãos e sim nas mãos de outros, especificamente os médicos, já que no presente estudo não se verificou relação do Locus de Controlo de Saúde com crenças religiosas.

Assim pode-se sugerir que na presente amostra, possivelmente por se pensar que a saúde não é responsabilidade do próprio, mas que é controlada por outros poderosos, será um factor de menor preocupação e por conseguinte maior satisfação de vida.

Em estreita relação com o anterior mencionado, verificou-se a relação negativa forte da sub-escala Atitudes face ao envelhecimento com o Locus de Controlo de Saúde. Um Locus de Controlo de Saúde mais baixo, portanto externo, está associado a valores mais elevados na escala de atitudes face ao envelhecimento. As questões incluídas nesta sub-escala implicam que se faça uma comparação entre a vida passada e a presente, reflectindo para além do curso vivencial de cada um, o cenário presente (Paúl, 1992). Tendo, uma vez mais em conta, o controlo externo vincado desta amostra, fará, talvez, sentido relacionarmos esse controlo com uma aceitação positiva do envelhecimento como uma aceitação de que nada se pode fazer, “delegando” a responsabilidade da saúde em outros poderosos, o pessoal médico.

O ajustamento psicológico, em termos de boas medidas de Satisfação de Vida e Locus de Controlo de Saúde Interno, que na revisão bibliográfica se associou à orientação de papel de género androgina, na presente investigação terá que ser encarado

tendo em conta a presente amostra, em que factores como a avaliação de saúde e prática de actividades de lazer se evidenciaram como os mais “promotores” de bem-estar.

## **5.2. Conclusões gerais, limitações e pistas para futuras investigações**

Três questões foram colocadas no presente estudo: Será que os participantes mais velhos serão mais andróginos na orientação de papel de género do que os participantes mais novos? Será que os participantes com orientação de papel andrógina apresentarão resultados superiores de Satisfação de Vida? E por último, será que os participantes andróginos apresentarão um Locus de Controlo Interno superior aos participantes não andróginos?

Verificou-se que, quando avaliada uma amostra heterogénea de participantes idosos se pôde concluir, tendo sempre em conta o limiar da significância, que os participantes mais idosos são mais andróginos na orientação de papel de género do que os participantes não andróginos, denotando assim uma feminização dos homens e adopção por parte das mulheres de características mais masculinas.

A segunda questão colocada – “Será que os participantes com orientação de papel andrógina apresentarão resultados superiores de Satisfação de Vida?” – Os resultados mostram que não existe qualquer tipo de diferenciação entre os diversos grupos de orientação de papel de género e a Satisfação de Vida. Assim, concluiu-se que para a presente amostra de participantes idosos, a orientação de papel de género não se constitui como factor relevante para um incremento de Satisfação de Vida.

A última questão que colocada - “Será que os participantes andróginos apresentarão um Locus de Controlo de Saúde Interno superior aos participantes não andróginos? – é respondida de forma negativa. Verificou-se, uma vez mais, na presente amostra, que não se discrimina qualquer tipo de relação entre androginia e Locus de Controlo de Saúde Interno.

Muitas questões ficam por responder e com certeza que muito mais poderá ser investigado e estudado, dentro desta temática. Seria interessante realizar um estudo semelhante mas com uma amostra maior, e que o continuasse a sê-lo, mesmo depois de subdividida nas quatro tipologias de orientação de papel de género.

Seria interessante realizar um estudo longitudinal, ou seja, avaliar a orientação de papel de género, ao longo dos anos e em vários momentos, para se ter uma melhor compreensão desta temática e mudanças susceptíveis de acontecer ao longo do tempo.

Uma limitação do presente estudo tem que ver com a recolha da amostra, que dado o pouco tempo disponível, se optou por ser uma amostra de conveniência. As amostras de conveniência têm como principal limitação o facto de serem pouco representativas da população em geral.

Aliado a este aspecto, e o facto que se pensa ter sido primordial falha no presente estudo, de a amostra recolhida ser pequena coloca, inúmeras limitações ao estudo em si mesmo, e à generalização de resultados se verificam. Tal também poderá ser relacionado com os alfas de Cronbach obtidos, alguns inferiores aos obtidos em validações anteriores dos instrumentos aplicados.

Um aspecto que a *posteriori* foi pensado e seria útil ser implementado em investigações deste género, limitadas no tempo e na amostra, seria com base em pesquisa em mais questionários de diferenciação de características de género, ter criado um questionário/mini-guião o mais reduzido possível, mas que desse logo indicação da tipologia a que cada participante pertenceria. Assim, os participantes seriam logo de início atribuídos a uma tipologia e a recolha de dados seria mais produtiva, directiva e as distribuições entre tipologias mais equitativas.

Apesar de todas as limitações, este estudo de carácter exploratório teve o mérito de ser pioneiro dos estudos sobre a orientação de papel de género em idosos na área da Psicologia, em Portugal. Espera-se que possa contribuir para melhorar a compreensão de alguns aspectos nesta temática e assim impulsionar investigação nesta área.

## 5. Bibliografia

- Areosa, S. V. C. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos & Contextos*, 3.
- Bassoff, E. S. & Glass, G. V. (1982). The relationship between sex roles and mental health: a meta-analysis of twenty-six studies. *The Counseling Psychologist*, 10, 105-112.
- Baumrind, D. (1982). Are androgynous Individuals More Effective Persons and Parents?. *Child Development*, 53, 1, 44-75.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S. L. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31, 634-643.
- Bem, S. L. (1984). *Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration*. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on Motivation 1984: Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bennett, Paul (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*, (1ª edição) Manuais Universitários 23, Lisboa: Climepsi Editores.
- Berg, A. I. (2008). *Life Satisfaction in Late Life: Markors and Predictors of Level and Change Among 80+ Year Olds*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade de Gutenburgo, Suécia.
- Block, J. H. (1973). Conceptions of sex role: Some cross cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28, 512-526.
- Brehony, K. A. & Geller, E. S. (1981). Relationships Between Psychological Androgyny, Social Conformity, and Perceived Locus of Control. *Psychology of Women Quarterly*, 6, 2, 204-217.

Chatters, L. M. (1988) Subjective well-being evaluations among older black Americans. *Psychology and Aging*, 3, 2, 184-90.

Davison, E. H. (2000). The interrelationships among subjective well-being, gender role flexibility, perceived sexism, and perceived ageism in older women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 12-B (AAI No 9953899).

Dean-Church, L. & Gilroy, F. D. (1993). Relation of sex-role orientation to life satisfaction in a healthy elderly sample, *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 1, 133-140.

Deaux, K. (1976). *The behavior of women and men*. Monterey, CA:Brooks/Cole.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

Diener, E., & Suh, E. (1997). Age and subjective well-being: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-323.

Diener, E., Suh E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276-302.

Femia, E. E., Zarit, S. H., & Johansson, B. (1997). Predicting change in activities of daily living: A longitudinal study of the oldest-old in Sweden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, B, 294-302.

Flaherty, J. F., & Dusek, J. B. (1980). An investigation of the relationship between psychological androgyny and components of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 984-992.

Frazier, L. D. & Waid, L. D. (1999). Influences on anxiety in later life: the role of health status, health perceptions and health locus of control. *Aging & Mental Health*, 3, 3, 213-230.

Friedrich, S. L. (1996). Gender issues in mental health. *Encyclopedia of mental disorders*. De <http://www.minddisorders.com/index.html>.

Graffeo, L. C. & Silvestri, L. (2006). Relationship between Locus of Control and Health-Related Variables. *Education*, 126, 3, 593-596.

Garnets, L. & Pleck, J. H. (1979). Sex Role Identity, Androgyny, and Sex Role Transcendence: A Sex Role Strain Analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 3, 3, 270-283.

Goodfellow, S. (1996). *Gendered Neutral? Medical Representations of Senescent Sexuality*. Center for Ethics and Humanities for Life Sciences, Michigan State University, <http://www.bioethics.msu.edu/mhr/07f/Goodfellow.htm>.

Guastello, D. & Guastello, S. J. (2003). Androgyny, gender role behavior, and emotional intelligence among college students and their parents. *Sex Roles: A Journal of Research*, 49, 11/12.

Hall, J. A., & Taylor, M. C. (1985). Psychological androgyny and the masculinity-femininity interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 429-435.

Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 2, 284-304.

Heilbrun, C. G. (1973) *Toward a recognition of androgyny*. New York: Knopf

Holahan, C., & Moos, R. (1987) Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.

Hyde, J. S. & Phillis, D. E. (1979). Androgyny across the life span. *Developmental Psychology*, 15, 334-336.

Hyde, J. S., Krajinik, M. & Skuldt-Niederberger, K. (1991). Androgyny Across the Life Span: A Replication and Logintudinal Follow-Up. *Developmental Psychology*, 27, 3, 516-519.

James, J. B., Lewkowicz, C., Libhaber, J. & Lachman, M. (1995). Rethinking the gender identity crossover hypothesis: a test of a new model. *Sex Roles*, 32, 3, 185-196.

Jones, W., Chernovetz, M., & Hansson, R. (1978). The enigma of androgyny: Differential implications for males and females. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 298-313.

Jung, C. G. (1931) *The stages of life*. Collected Works, Vol. 8. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1969.

Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a Soul*. New York: Harcourt, Brace.

Kearney, M. J. & Kearney, J. F. (1981). *Sex-Role Orientation as a Predictor of Locus of Control*. Artigo apresentado na Convenção Annual da Associação America de Psicologia, Los Angeles, California [Abstract]. *Education Resources Information Center*.

Kapalka, G. M. & Lachenmeyer, J. R. (1988). Sex Role Flexibility, locus of control and occupational status. *Sex Roles*, 19, 417-427.

Landau, R., and Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: The role of health, personality and social support. *International Journal of Aging and HumanDevelopment*, 52, 4, 265-280.

Langer, E. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal response for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 2, 191-198.

Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S. & Gruen, R. (1985) Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40, 7, 770-785.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lefcourt, H. M. (1981). *Research with the locus of control construct: Assessment methods*. 1.v. New York: Academic Press.

Levenson, H. (1972). *Distinctions within the concept of internal-external control: development of a new scale*. Proceedings of the 80<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association, pp.261-262.

Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377- 383.

Levine, J. A. (1995). Androgyny, creativity, and locus of control as predictors of depression in HIV positive women. *Dissertation Abstracts International*, 55(9-B), (AAM No 9501469),

Lubinski, D., Tellegen, A., & Butcher, J. N. (1981). The relationship between androgyny and subjective indicators of emotional well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 722-730.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3<sup>a</sup> Edição. Ed. Silabo. Lisboa.

Mullis, R. L., & McKinley, K. (1989). Gender role orientation: Effects on self-esteem and locus of control during early adolescence [Abstract]. SAGE Journals Online.

Murphy, P L. (1994). Social interest and psychological androgyny: Conceptualized and tested. *Individual Psychology*, 50, 19-30.

Napholz L. (1991): Locus of control and depression as a function of sex role orientation in two age groups of mental health nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 4, 303-320.

Napholz, L. (1992). The relationship between locus of control, instrumental and expressive traits among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 975-982.

Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na Mulher. Em A. L. Neri (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*, (pp. 161-200). Campinas, SP: Papirus.

- Neri, A. L. (2004). O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em: A. L. Neri & M. S. Yassuda (orgs.); M. Cachioni (col.). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. (pp. 13-27). Campinas, SP: Papyrus.
- Nevill, D. (1977). Sex Roles and Personality Correlates. *Human Relations*, 30, 8.
- Norlander, T., Erixon, A. & Archer, T. (2000). Psychological Androgyny and creativity: Dynamics of gender role and personality trait. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 28, 5, 423-435.
- Novo, R.F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia. (Trabalho original de 2000).
- O'Connor, K., Mann, D. & Bardwick, J. (1978) Androgyny and self-esteem in the upper middle class. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 5, 1168- 1169.
- Pais Ribeiro, J.L. (1994). Reconstrução de uma escala de locus-de-controlo-de-saúde. *Psiquiatria Clínica*. 15(4), 207-214
- Paúl, M.C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Ramanaiah, N. V., Detwiler, F. R., & Byravan, A. (1995). Sex-role orientation and satisfaction with life. *Psychological Reports*, 77, 1260-1262.
- Ribeiro, M.T. (2003). *Da Diversidade do Feminino e do Masculino à Singularidade do Casal*. dissertação de doutoramento (policopiada) em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, 80 (whole no. 609).
- Rotter, J. B. (1990). Internal vs. external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45 (4), 489-493.

Simões, A., Pedroso de Lima, M., Coimbra Vieira, C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, et al (2006). Promover o Bem-Estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.

Sinnott, J. D. (1977). Sex-role inconstancy, biology, and successful aging: A dialectical model. *Gerontologist*, 17, 459-463.

Sinnott, J. D. (1982). Correlates of sex role of older adults. *Journal of Gerontology*, 37, 5, 587-594.

Siu, O. L., Spector, P. E., Cooper, C. L. & Donald, I. (2001). Age differences in coping and locus of control: A study of managerial stress in Hong Kong. *Psychology and Aging*, 16, 4, 707-710.

Shimonoka, Y., Nakazato, K. & Homma, A. Y. (1996). Personality, longevity, and successful aging among Tokyo metropolitan centenarians. *International journal of aging & human development*, 42, 3, 173.178.

Shimonaka, Y., Nakazato, K. & Kawaai, C. (1997). Androgyny and successful adaptation across the life span among Japanese adults. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 389-401.

Shimonaka Y., Nakazato K. & Marushima R. (1994). Androgyny and psychological well-being among older and younger Japanese adults. [Abstract] *PubMed*.

Spence, J. T. (1984). Masculinity, femininity and gender-related traits: A conceptual analysis and critique of current research. *Progress in Experimental Personality Research*, 13, 1-96.

Spence, J. T. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 624-635.

Spence, J. T. (1999). Thirty years of gender research: A personal chronicle. In W. Swann, Jr., J. Langlois, & L. Gilbert (Eds.), *Sexism and stereotypes in modern society: The gender science of Janet Taylor Spence* (255-289). Washington, DC: American Psychological Association.

Spence, J. T., Helmreich, R. L., & Stapp, J. (1975). Ratings of self and peers on sex role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 29-39.

Spence, J. T., & Helmreich, J. R. (1978). *Masculinity and femininity: Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin and London: University of Texas Press.

Spence, J. T., & Helmreich, J. R. (1979). The many faces of androgyny: A reply to Locksley and Colten. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1032-1046.

Spence, J. T., Helmreich, R. L. & Holahan, C. K. (1979) Negative and positive components of psychological masculinity and femininity and their relationships to self-reports of neurotic and acting out behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*. Washington, v. 37, p.1673-1682.

Statt, D. A. (Ed.). (1998). *The concise dictionary of Psychology* (second edition). London: Routledge.

Taylor, M. C., & Hall, J. A. (1982). *Psychological androgyny: Theories, methods and conclusions*. *Psychological Bulletin* 92, 347-366.

Vieira, C. M. C. (2004) Tendências no estudo empírico das características dos homens e das mulheres: masculinidade, feminilidade e androginia. *Psychologica*, 623-633.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S. & Dobbins, C. J. (1978). Perceived control and health. *Current Psychology*, 6, 1, 5-25.

Whitley, B. E., Jr. (1983). Sex role orientation and self-esteem: A critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 765-778.

Willits F. K. & Crider D.M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology*, 43, 5, 172-6.

Windle, M. (1986). Sex Role Orientation, Cognitive Flexibility, and Life Satisfaction among older adults. *Psychology of Women Quarterly*, 10, 263-273.

Woodhill, S. (2003) Positive and negative androgyny and their relationship with psychological health and well being. *Sex Roles*, 48, 555-565.

Wu, A. M. S., Tang, C. S. K. & Kwok, T. C. Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly chinese women with cronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8, 1, 21-28.

Zammichieli, M. E., Gilroy, F. D. & Sherman, M. F. (1988). Relation between sex-role orientation and marital satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 747-754.

Zeldow, P. B., Clark, D. & Daugherty, S. R. (1985). Masculinity, femininity, type A behaviors and psychological adjustment in medical students. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 481-495.