

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE E**  
**AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM**  
**IDOSOS**

**Diana Sofia Pereira Junqueira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2010**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE E  
AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM  
IDOSOS**

**Diana Sofia Pereira Junqueira**

**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)**

**2010**



## **Agradecimentos**

Desejo agradecer a todos os que directa, ou indirectamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

À professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, orientadora deste trabalho, pelas sugestões e pela disponibilidade demonstrada ao longo destes meses de trabalho.

A todos os participantes do estudo, que se disponibilizaram e empenharam na concretização deste projecto, contribuindo com o partilhar das suas experiências.

Aos meus pais, que tão importantes foram nos momentos mais difíceis e de maior angústia, por todas as palavras proferidas que me transmitiram força e motivação. Pelo interesse demonstrado e por procurarem sempre ajudar naquilo que lhes estava ao alcance.

À minha irmã, que mesmo distante sempre esteve presente para ouvir as minhas experiências e disponível para auxiliar no que estava ao seu alcance. Que sempre apontou o lado mais positivo quando tudo apontava para um cenário menos favorável e acreditou nas minhas competências.

Ao Ivo, por todo o afecto demonstrado, força e compreensão que sempre transmitiu e que permitiram o ultrapassar de algumas frustrações e de momentos menos bons que foram surgindo ao longo da concretização deste trabalho.

Às minhas colegas, que sempre se demonstraram disponíveis para ouvir as minhas dúvidas e pela troca de conhecimentos.

A todos vós, o meu mais sincero obrigado.

## Índice

	Página
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo 1 – Contextualização Teórica</b> .....	4
1.1 – Teorias do Envelhecimento .....	4
1.2 – Envelhecimento: um processo multidimensional e multidirecional .....	5
1.3 – Auto-percepção e experiência do envelhecimento .....	6
1.4 – Experiência do envelhecimento e personalidade depressiva .....	12
1.4.1 – A representação de objecto na etiologia da depressão .....	15
1.4.2 – Depressão anaclítica e depressão introjectiva .....	17
1.5 – O desenvolvimento da personalidade normal .....	19
1.6 – Diferenças de género nos estilos de personalidade.....	21
<b>Capítulo 2 – Objectivos e Hipóteses</b> .....	23
<b>Capítulo 3 – Método</b> .....	26
3.1 – Participantes.....	26
3.2 – Instrumentos.....	28
3.2.1 – Questionário de Experiências Depressivas (QED).....	28
3.2.2 – Questionário de Percepções do Envelhecimento (QPE) .....	30
3.3 – Procedimento .....	32
3.4 – Procedimentos Estatísticos .....	32
<b>Capítulo 4 - Resultados</b> .....	34
4.1 – Análise da dimensão depressiva da personalidade. ....	34
4.1.1 – Caracterização da dimensão depressiva da personalidade da amostra.....	34

4.1.2 – Análise em função do género .....	35
4.1.3 – Análise em função da idade.....	35
4.2 – Análise da auto-percepção do envelhecimento.....	36
4.2.1 – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento da amostra .....	36
4.2.2 – Análise em função do género .....	37
4.3.3 – Análise em função da idade.....	38
4.3 – Análise da relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade introjectivo e anaclítico) e a auto-percepção do envelhecimento .....	40
<b>Capítulo 5 – Discussão .....</b>	<b>42</b>
5.1 – Dimensão depressiva da personalidade .....	42
5.2 – Auto-percepção do envelhecimento.....	44
5.3 – Relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade introjectivo e anaclítico) e auto-percepção do envelhecimento .....	48
<b>Capítulo 6 – Conclusão .....</b>	<b>50</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>52</b>

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Características sócio-demográficas da amostra total (Frequências e Percentagens)	26
<b>Quadro 2.</b> Características sócio-demográficas do grupo feminino (Frequências e Percentagens) .....	27
<b>Quadro 3.</b> Características sócio-demográficas do grupo masculino (Frequências e Percentagens) .....	28
<b>Quadro 4.</b> Resultados padronizados das escalas do QED .....	34
<b>Quadro 5.</b> QED: Comparação em função do género .....	35
<b>Quadro 6.</b> QED: Comparação em função da idade .....	35
<b>Quadro 7.</b> Diferenças nas escalas de Auto-criticismo e de Dependência em função dos grupos de idade .....	36
<b>Quadro 8.</b> Resultados padronizados das dimensões do QPE.....	37
<b>Quadro 9.</b> QPE: Comparação em função do género – Controlo Positivo e Controlo Negativo	38
<b>Quadro 10.</b> QPE: Comparação em função do género – Consequências Positivas .....	38
<b>Quadro 11.</b> QPE: Comparação em função da idade – Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo e Representações Emocionais .....	39
<b>Quadro 12.</b> Diferenças nas dimensões Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo e Representações Emocionais consoante os grupos de idade .....	39
<b>Quadro 13.</b> QPE: Comparação em função da idade – Consequências Positivas, Consequências Negativas e Controlo Positivo .....	40
<b>Quadro 14.</b> Comparação dos três grupos constituídos tendo em consideração as dimensões da auto-percepção do envelhecimento .....	41
<b>Quadro 15.</b> Diferenças nas dimensões Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas consoante os três grupos constituídos.....	41

## **Resumo**

O presente estudo visa analisar, num grupo de idosos pertencentes à população normal: (1) a dimensão depressiva da personalidade (estilos de personalidade mais dependente ou mais auto-crítico); (2) as auto-percepções de envelhecimento e (3) a relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade mais dependente ou mais auto-crítico) e a percepção que o idoso tem acerca do seu processo de envelhecimento. Para avaliar a dimensão depressiva da personalidade recorreu-se à versão portuguesa do Questionário de Experiências Depressivas – QED (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; Campos, 2000). A auto-percepção do envelhecimento foi avaliada através da versão portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento – QPE (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, s.d.). Participaram no estudo 100 idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e os 89 anos. Os resultados mostram que não existem diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos idosos nas três escalas do QED. O sexo feminino apresenta resultados superiores na escala de Dependência enquanto que, o sexo masculino apresenta resultados superiores na escala de Auto-criticismo, apesar das diferenças não serem significativas. Não existem variações entre os níveis de Dependência e de Auto-criticismo em função da idade. Relativamente à auto-percepção do envelhecimento, resultados elevados em dimensões responsáveis por auto-percepções adaptativas apontam para a predominância de auto-percepções de envelhecimento positivas. Os sexos masculino e feminino não se distinguem, significativamente, relativamente à auto-percepção do envelhecimento. Os resultados apontam para que a auto-percepção do envelhecimento tenda a tornar-se menos adaptativa e mais negativa, em função da idade. Relativamente à relação entre os dois estilos de personalidade e a auto-percepção do envelhecimento, salienta-se que idosos com um estilo de personalidade mais dependente apresentam um maior sentimento de controlo sobre as experiências negativas relacionadas ao envelhecimento.

Palavras-chave: Idosos; Dimensão depressiva da personalidade; Dependência; Auto-criticismo; Auto-percepção do envelhecimento;



## **Abstract**

The present study aims at analyzing in a group of elderly people belonging to the normal population: (1) the depressive dimension of personality (personality styles more dependent or more self-critical), (2) the self-perceptions of aging and (3) the relationship between the depressive dimension of personality (personality styles more dependent or more self-critical) and the perception that elderly people have about their aging process. The depressive dimension of personality was assessed by means of the Portuguese version of the Depressive Experiences Questionnaire - DEQ (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976; Campos, 2000). The self-perception of aging was assessed by means of the Portuguese version of the Aging Perceptions Questionnaire - APQ (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, s.d.). The study involved 100 elderly people of both sexes, aged between 65 and 89 years. The results show that there are not significant differences between the results obtained by elderly people in the three scales of DEQ. Females exhibit superior results on the Dependency scale, while the males exhibit superior results on the Self-criticism scale, although differences were not significant. There are not variations between the levels of Dependency and Self-Criticism as a function of age. Concerning the self-perception of aging, high results in dimensions responsible for adaptive self-perceptions point to the predominance of positive self-perceptions of aging. Males and females do not differ significantly with regard to self-perception of aging. The results indicate that the self-perception of aging tends to become less adaptive and more negative, depending on age. Regarding the relation between the two styles of personality and the self-perception of aging, it is noteworthy that elderly people with a more dependent personality style exhibit a greater sense of control over negative experiences related to aging.

**Keywords:** Elderly people; Depressive dimension of personality; Dependency; Self-criticism; Self-perception of aging

## **Introdução**

O presente trabalho foca-se no estudo da dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade mais auto-crítico ou mais dependente) e no estudo da auto-percepção do envelhecimento, em idosos pertencentes à população normal.

Actualmente, tem-se assistido a um aumento da população idosa, sendo que, em Portugal, dados recentes (INE, 2009) apontam para que cerca de 17.6% da população geral seja constituída por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos).

Poucas investigações têm sido realizadas com adultos mais velhos e grande parte da literatura referente a esta fase do ciclo de vida transmite uma visão negativa sobre o envelhecimento (e.g., idosos como deprimidos, com elevadas restrições físicas e intelectuais, isolados socialmente; Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1998; Henry, 1998). Contudo, mais recentemente, tem-se verificado uma alteração no modo de olhar para o envelhecimento, tendo surgido visões mais positivas acerca do processo de envelhecimento e emergido conceitos, tais como, “Processo de optimização selectiva com compensação”, proposto por Baltes e Baltes (1990), “Selectividade Sócio-emocional”, proposto por Carstensen (1991, 1992), e “Envelhecimento bem sucedido”, proposto por Rowe e Kahn (1999), que permitem considerar o processo de envelhecimento uma experiência positiva, envolvendo crescimento e desenvolvimento e não apenas declínios. Actualmente, o processo de envelhecimento é visto como um processo multidireccional, no sentido em que envolve tanto mudanças positivas como negativas (Steveerink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001).

Estudos (e.g., Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Demakakos, Hacker, & Gjonça, 2006; Gerstorf, & Smith, 2009; Kotter-Gruhn, Kleinspehn-Ammerlahn; Levy, Slade, & Kasl, 2002a; Levy, 2008) demonstram a importância da auto-percepção do idoso acerca do seu processo de envelhecimento, uma vez que influencia a sua saúde, longevidade e bem-estar. Numa outra linha, investigações indicam que certas características da personalidade desempenham um papel central no processo de envelhecimento, uma vez que influenciam o funcionamento cognitivo do indivíduo e desempenham um papel importante no enfrentar de acontecimentos difíceis (Ballesteros, 2005).

A personalidade e o modo como esta pode influenciar a experiência e a auto-percepção do envelhecimento surge como um outro ponto de interesse para o presente estudo. Existem várias teorias sobre a personalidade e as suas dimensões, sendo focada, no presente estudo, uma perspectiva psicodinâmica em que predomina uma visão dimensional, que sugere uma

continuidade entre o normal e o patológico, mais especificamente recorre-se ao Modelo de Sidney Blatt (1974) sobre a depressão ou, melhor ainda, sobre a personalidade depressiva. Este Modelo concebe a personalidade depressiva como uma dimensão normal, como um contínuo, em que só os extremos correspondem à depressão clínica ou à vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão. Segundo esta perspectiva não há diferenças qualitativas entre a personalidade e o estado depressivo, sendo a ideia chave a continuidade do fenómeno depressivo (Campos, 2009a). O conceito de dimensão depressiva da personalidade refere-se a uma dimensão unitária, ampla e estável: um contínuo constituído por diferentes tipos de traços estáveis, que todos os sujeitos exibem em maior ou menor grau (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976; Campos, 2009a). Blatt (1974) diferencia os tipos de experiências depressivas com base na natureza das experiências que conduziram o indivíduo à depressão: depressão anaclítica (ou dependente), tendo início com perturbações nas relações interpessoais significativas e gratificantes, e a introjectiva (ou auto-crítica), normalmente iniciada por perturbações no sentido do *Self* (Blatt & Maroudas, 1992; Campos, 2009a). A primeira foca-se em questões interpessoais e a segunda em questões de auto-estima e auto-realização (Blatt, Zohar, & Quinlan, 1995). Contudo, é importante salientar novamente o pressuposto, nesta perspectiva, de continuidade entre o normal e o patológico e assim, para Blatt (1974), a dependência e o auto-criticismo podem ser vistos como dois tipos de depressão, dois tipos de experiências depressivas ou ainda, dois estilos de personalidade, sendo que ambos os estilos de personalidade, anaclítico e introjectivo, constituem um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Uma vez que as projecções demográficas apontam para o aumento da esperança de vida e envelhecimento da população, torna-se essencial uma maior compreensão da população idosa e das dinâmicas envolvidas no processo de envelhecimento, sendo a este nível que o presente estudo pretende dar o seu contributo.

O modo como cada indivíduo percepção a sua experiência de envelhecimento é influenciado pelas suas experiências de vida, contexto social e ainda pelas suas características pessoais. Tal como referido, as auto-percepções do envelhecimento produzem várias consequências na vida dos idosos tornando-se assim útil o estudo dessas percepções. Parece ser também pertinente analisar as características individuais do sujeito, nomeadamente, as características depressivas da personalidade, e o modo como elas interferem na formação das auto-percepções do idoso acerca do seu processo de envelhecimento.

Tal como referido, têm sido realizados poucos estudos na área do envelhecimento contudo, esta deve constituir-se uma área de investimento em investigação uma vez que os dados apontam para a continuidade do envelhecimento demográfico (INE, 2009). Ao estudar as auto-percepções do envelhecimento de idosos e o modo como as suas características depressivas da personalidade interferem na formação das suas auto-percepções, podem ser identificados indivíduos em risco de desenvolver percepções negativas de envelhecimento e, conseqüentemente não adaptativas. Um maior conhecimento nesta área pode ainda permitir o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto dos mais idosos, tendo em conta as suas características de personalidade, destinadas a modificar as auto-percepções de envelhecimento mais negativas para auto-percepções mais positivas e adaptativas, contribuindo assim para um maior bem-estar da população idosa mas também de toda a sociedade.

Relativamente à organização do presente trabalho, no Capítulo 1 apresenta-se o enquadramento teórico das temáticas em estudo, realizado com base na revisão de literatura efectuada. No Capítulo 2 são descritos os objectivos do presente estudo, bem como as hipóteses formuladas. Segue-se o Capítulo 3 que descreve toda a metodologia utilizada e inclui a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados, o procedimento e os procedimentos estatísticos aos quais se recorreram. No Capítulo 4 apresentam-se os resultados obtidos e, no Capítulo 5 a discussão dos mesmos. Por fim, no Capítulo 6 tecem-se algumas considerações finais e são também referidas algumas limitações do estudo e colocadas sugestões para futuras investigações.

## **Capítulo 1 – Contextualização Teórica**

O envelhecimento é considerado um processo que ocorre ao longo de toda a vida, predominando uma perspectiva teórica de *Life Span* (Baltes, 1987). Segundo Neugarten, Moore e Lowe (citados por Kaufman & Elder, 2002), os 65 anos têm surgido como a idade de referência para a entrada no que se convencionou chamar velhice. Actualmente, segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], tem-se assistido a um aumento da população idosa mantendo-se a tendência para o envelhecimento demográfico (resultante do declínio da natalidade e aumento da longevidade). Em Portugal, os idosos (sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos) constituem 17.6% da população geral (INE, 2009). A esperança média de vida actual é de 79.4 anos para as mulheres e 72.4 para os homens (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005).

### **1.1 – Teorias do Envelhecimento**

Ao longo de várias décadas, as teorias sobre o envelhecimento têm sofrido várias alterações, verificando-se a passagem de uma visão predominantemente negativa para uma mais positiva. Por exemplo, a Teoria do Desinvestimento (popular na década de sessenta) propunha que a diminuição da interacção social e o tamanho reduzido das redes sociais na velhice seriam o resultado de uma preparação para a morte (Havighurst, Neugarten, & Tobin, 1998; Henry, 1998). Mais recentemente, Carstensen (1991, 1992) propôs o conceito de “Selectividade sócio-emocional”, considerando que, com o aumento da idade, o idoso toma percepção do seu tempo limitado restante de vida, o que o leva a distribuir os seus recursos pelas necessidades e objectivos a que atribui maior importância, passando a preferir uma interacção interpessoal com sujeitos próximos, a fim de maximizar o afecto positivo. Whitbourne e Hulicka (citados por Sneed & Whitbourne, 2005) referem que, frequentemente, os idosos são descritos como deprimidos e com baixa auto-estima, resultantes de sofrer perdas nas suas redes sociais e capacidades psicológicas. Contrastando com as opiniões negativas dos idosos como deprimidos e cognitivamente debilitados encontram-se as teorias que sustentam a visão do envelhecimento como envolvendo um crescimento positivo. Essas teorias de "envelhecimento bem sucedido" (e.g., Rowe & Kahn, 1999) enfatizam o controlo pessoal e o reorganizar do *Self*. Rowe e Kahn (1999) alegam que a manutenção de relações próximas e manter-se envolvido em tarefas que sejam significativas é importante para o bem-estar no decorrer da vida, promovendo a saúde, constituindo condições que predizem a

longevidade. Esta teoria defende ainda que o envelhecimento bem sucedido não deve corresponder a uma tentativa de “imitação da juventude” e supõe a otimização do funcionamento do indivíduo na sua totalidade (saúde, funcionamento cognitivo, emocional e social) ao longo da vida e, caso necessário, a compensação do declínio e perdas (Fonseca, 2005; Rowe & Kahn, 1999). Segundo Brandstadter e Greve (citados por Sneed & Whitbourne, 2005), o envelhecimento bem sucedido ocorre quando os sujeitos se empenham na busca de objectivos flexíveis e adaptam as suas capacidades de acordo com as mudanças que ocorrem, devido à idade. De acordo com Schaie e Willis (citados por Paúl, 2005), o modelo de competência para a vida diária tem de considerar uma perspectiva ontogenética, evoluindo de exigências simples, na infância, para a complexificação, durante a idade adulta, e progressiva simplificação, na velhice. Baltes e Baltes (1990) consideram o envelhecimento um processo adaptativo e dinâmico, constituído por uma série de adaptações feitas pelos indivíduos, podendo o envelhecimento bem sucedido ser alcançado através do processo de optimização selectiva com compensação [SOC], onde o sujeito continua a realizar tarefas que lhe são relevantes apesar do decréscimo das capacidades. Relativamente ao elemento de selecção, com as crescentes restrições impostas pelas limitações físicas e cognitivas, o indivíduo irá seleccionar ou especializar os seus esforços em áreas de elevada prioridade. O processo de selecção implica que as expectativas do indivíduo sejam ajustadas de modo a permitir sentimentos de satisfação e controlo pessoal. A optimização é o processo de potencializar os recursos para atingir os objectivos seleccionados e a compensação surge quando algumas das capacidades são perdidas e/ou reduzidas, sendo necessária a substituição de processos para a manutenção do nível de funcionamento ou aquisição de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio (Baltes & Baltes, 1990; Tate, Lah, & Cuddy, 2003; Teixeira & Neri, 2008; Vandebos, 1998). Segundo Bowling (2007), a definição de envelhecimento bem sucedido deve incluir a longevidade, o funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social, estratégias de coping eficazes e ainda a satisfação com a vida.

## **1.2 – Envelhecimento: um processo multidimensional e multidirecional**

O processo de envelhecimento é um fenómeno multidimensional, uma vez que abrange diferentes dimensões da vida (e.g., domínios físico, social, de desenvolvimento pessoal), e é multidirecional, no sentido em que envolve tanto experiências positivas (e.g., crescimento pessoal) como negativas (e.g., perdas, declínios; Steverink, Westerhof, Bode, & Dittmann-Kohli, 2001). Contudo, a multidireccionalidade, nas experiências de envelhecimento, é

relativamente fraca na idade adulta muito avançada uma vez que, com o aumento da idade, a experiência de envelhecimento é cada vez mais estruturada em termos de declínio físico ou perda social e menos em termos de crescimento e, por isso, torna-se cada vez menos positiva e cada vez mais negativa (Steверink et al., 2001). Assim, com o aumento da idade e sucessiva aproximação à morte, também a auto-percepção do envelhecimento torna-se mais negativa (Kotter-Gruhn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009). Nas diferentes faixas etárias, os indivíduos tendem a perceber o processo de desenvolvimento, ao longo da vida, como a coexistência de ganhos e perdas, mas também como um crescente risco de declínio e uma potencial redução para o crescimento. Os indivíduos possuem uma representação do que acham que se poderão vir a tornar no futuro, sendo que essas representações sofrem alterações ao longo da vida, o que pode ser interpretado como um componente da experiência pessoal do envelhecimento (Steверink et al., 2001).

Ao longo do processo de envelhecimento, o indivíduo é confrontado com inúmeras mudanças físicas, psicológicas e sociais que desafiam o seu sentimento de *Self* (Sneed & Whitbourne, 2005). As transformações de ordem física (e.g., cabelos brancos, perda auditiva, rugas) exigem a aceitação de um novo *Self*, fisicamente menos capaz e diferente da imagem da juventude (Silva, 2005). Face a um corpo que vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais é necessário uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrios, internos e externos (Paúl & Fonseca, 1999). A teoria do processo de Identidade (Sneed & Whitbourne, 2005) propõe que a questão central para a adaptação ao processo de envelhecimento é a forma como o indivíduo negocia os desafios para o *Self*, enfatizando a sua capacidade para organizar as experiências de vida. As alterações relacionadas com a idade, ao longo do processo de envelhecimento, são negociadas através dos processos de assimilação, acomodação e equilíbrio da identidade e é este equilíbrio dinâmico entre os três processos que constitui, segundo estas teorias, a abordagem mais adaptativa ao processo de envelhecimento (Sneed & Whitbourne, 2005).

### **1.3 – Auto-percepção e experiência do envelhecimento**

Segundo Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), a adoção de um Modelo de Auto-regulação para conceptualizar e melhor compreender a experiência do envelhecimento pode revelar-se bastante útil. O conceito de auto-regulação encontra-se relacionado com a gestão da própria vida e comportamento e ao modo como se lida com ameaças e desafios externos. Um modelo amplamente utilizado para a análise da auto-

regulação da experiência é o Modelo de Auto-regulação de Leventhals (Baker et al., 2007). Apesar deste modelo ser frequentemente aplicado no contexto de ameaças à saúde, foi proposto que os conceitos subjacentes a esse modelo poderiam ser utilizados para o estudo da adaptação a diferentes stressores, nomeadamente ao processo de envelhecimento (Baker et al., 2007). O envelhecimento pode ser considerado um “stressor”, no sentido em que é um processo que implica diversos desafios e exigências ao indivíduo que, por sua vez, tem de recorrer aos seus recursos e fazer uso de estratégias adaptativas de modo a adaptar-se a esta nova fase do ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990). Assim, adaptando este modelo ao contexto de envelhecimento obtêm-se como dimensões da percepção desta experiência: a Identidade, referindo-se às crenças acerca da relação entre o envelhecimento e as alterações na saúde e domínios gerais do funcionamento (e.g., os idosos podem associar o envelhecimento a alterações na saúde e, mais especificamente ao declínio físico); a Duração: questões relacionadas com a consciência do envelhecimento no indivíduo, ao longo do tempo. Esta dimensão abarca duas sub-dimensões: Duração Crónica, na medida em que o envelhecimento é sentido como sendo de natureza crónica e permanente e Duração Cíclica, na medida em que a pessoa sente variações ao longo do processo de envelhecimento; Consequências Positivas e Consequências Negativas: crenças sobre o impacto do envelhecimento na vida do sujeito; Controlo: crenças pessoais sobre formas de gestão da experiência do envelhecimento, sendo que possuir um sentimento de controlo acerca do próprio desenvolvimento pode facilitar o bem-estar durante todo o ciclo de vida. Esta dimensão contém duas sub-dimensões: Controlo Positivo, referindo-se ao controlo sobre experiências positivas e Controlo Negativo, dizendo respeito às experiências negativas; e Representações Emocionais: resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo que respostas emocionais negativas ao envelhecimento têm sido associadas a alterações negativas na saúde física e funcional e a estratégias de coping ineficazes (Baker et al., 2007).

Frequentemente, o processo de envelhecimento encontra-se associado a ideias negativas, uma vez que conduz à idade avançada e, conseqüentemente à deterioração física, mental, social e económica. Contudo, contrariamente ao que poderia ser esperado, o envelhecimento parece constituir uma experiência positiva para grande parte dos indivíduos, sendo as suas percepções de envelhecimento, geralmente, positivas (e.g., idosos como fonte de sabedoria, reforma como constituindo um período de lazer; Demakakos, Hacker, & Gjonça, 2006).

A auto-percepção do envelhecimento pode ser definida como o conjunto de crenças dos indivíduos mais velhos acerca do seu próprio processo de envelhecimento (Levy, Slade, &



Kasl, 2002a), referindo-se ao modo como concebem esse processo e ao modo como experienciam a sua própria transição para a velhice (Demakakos et al., 2006). As experiências de envelhecimento e a formação das auto-percepções de envelhecimento de cada indivíduo constituem um processo dinâmico, influenciado pelo *Self*, pela sociedade e pelas suas interações (Demakakos et al., 2006). O processo através do qual os indivíduos desenvolvem as auto-percepções do envelhecimento baseia-se, essencialmente, em duas fases (Levy et al., 2002a). A primeira fase corresponde à expectativa internalizada durante o período que precedeu a idade avançada, que inclui trajetórias de características que irão variar ao longo da vida. A segunda etapa ocorre através da confrontação dos idosos com determinadas tarefas e aspectos da vida quotidiana. Subjacente a estes confrontos, podem ocorrer expectativas (positivas ou negativas) que produzem impacto no funcionamento físico do indivíduo: as expectativas positivas e negativas têm efeitos positivos e negativos, respectivamente (Levy et al., 2002a).

Grande parte dos indivíduos, na nossa sociedade, é confrontada com estereótipos negativos acerca do envelhecimento, desde o início da infância, prolongando-se durante toda a sua vida. Os estereótipos sociais sobre o envelhecimento são relevantes para a identidade dos indivíduos mais velhos e para a percepção do seu próprio envelhecimento (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002b), uma vez que influenciam as concepções de envelhecimento e de idade avançada das pessoas idosas (Demakakos et al., 2006). Levy (citado por Laidlaw & Pachana, 2009) referiu que, quando os sujeitos chegam à velhice, os estereótipos de envelhecimento, internalizados na infância, e depois reforçados durante décadas, tornam-se auto-estereótipos. Esses auto-estereótipos do envelhecimento, ou as crenças dos indivíduos mais velhos sobre a população idosa em geral, influenciam a auto-percepção do envelhecimento (Levy, 2008), o estado de saúde e a vontade de viver (Levy, Ashman, & Dror, 2000; Laidlaw & Pachana, 2009), podendo também afectar o funcionamento cognitivo e físico (Levy et al., 2002a). Clark (citado por Levy, 2008) considera que a internalização dos estereótipos negativos pelo indivíduo tem como consequência um prejuízo complexo e debilitante de si próprio. Apesar dos estereótipos de envelhecimento negativos (e.g., os idosos são senis) predominarem na sociedade, isso não garante a preponderância de estereótipos negativos internalizados, nem a eventual auto-percepção negativa do envelhecimento. Apesar de estarem expostos aos mesmos estereótipos, alguns idosos desenvolvem auto-percepções positivas, traduzindo assim variabilidade no que é internalizado (Levy et al., 2000; Levy et al., 2002a; Levy, 2008). E, por isso, apesar dos estereótipos positivos sobre o envelhecimento

(e.g., sinónimo de sabedoria) serem menos prevalentes, também podem ser internalizados, tendo como consequências expectativas positivas e, por sua vez, auto-percepções positivas. Diferentes características da personalidade podem afectar a receptividade aos estereótipos (Levy et al., 2002b).

Para além da existência dos estereótipos de envelhecimento, existem outros factores que desempenham um papel na origem das concepções pessoais de envelhecimento. A idade real ou cronológica torna-se um factor importante, uma vez que, com o aumento da idade, algumas experiências de envelhecimento tornam-se mais positivas, enquanto que outras se tornam mais negativas (Baltes, 1987). Outros factores relativos às circunstâncias ou características individuais (e.g., recursos físicos e materiais, sociais, psicológicos) também podem influenciar as concepções pessoais acerca do envelhecimento (Steverink et al., 2001). Um repertório estável e variado de recursos permite a compensação de eventuais perdas que acompanham o processo de envelhecimento. Salientam-se como recursos físicos e materiais mais importantes, para a maioria das pessoas em idade avançada, a saúde e a segurança financeira, sendo que a adaptação ao processo de envelhecimento é mais fácil quando uma pessoa está saudável e sem preocupações financeiras; os recursos sociais mais importantes relacionam-se com o facto de ter cônjuge, filhos e família e amigos mais próximos; os recursos psicológicos mais importantes são a preservação das capacidades intelectuais e sentimentos de auto-eficácia e controlo (Steverink et al., 2001).

A Auto-percepção do envelhecimento representa um constructo multidimensional englobando facetas, tais como, a satisfação com o envelhecimento e a idade subjectiva (Kotter-Gruhn et al., 2009). A satisfação com o envelhecimento indica o quão satisfeitos estão os indivíduos com as mudanças relacionadas com a idade, ocorridas ao longo da sua vida. Por sua vez, o conceito de idade subjectiva refere-se à idade que o sujeito sente que tem ou o grupo etário com o qual o indivíduo se identifica (Kotter-Gruhn et al., 2009; Steverink et al., 2001), podendo ser definida como a consequência de um conjunto de avaliações e percepções significativas do sujeito acerca de si próprio (Kaufman & Elder, 2002). As variações na auto-percepção da idade são influenciadas pelos papéis sociais, situação e experiências do indivíduo, ao longo da sua vida (Kaufman & Elder, 2002). Segundo Demakakos et al. (2006), grande parte dos sujeitos idosos tende a sentir-se mais jovens do que a sua idade real. Comparativamente à idade cronológica que têm, na realidade, os sujeitos tendem a sentir-se, em média, cerca de oito anos mais jovens (Kaufman & Elder, 2002). Alguns autores (e.g., Bultena & Powers, citados por Kotter-Gruhn et al., 2009) interpretam as

auto-percepções positivas do envelhecimento como uma negação do próprio envelhecimento. Contudo, outros (e.g., Sneed e Whitbourne, 2005) consideram que idades subjectivas mais jovens e elevada satisfação com o envelhecimento constituem indicadores da capacidade dos idosos para se adaptarem às perdas relacionadas com a idade. A identificação a idades mais jovens pode ser considerada como uma estratégia adaptativa numa cultura que vê e trata a velhice de forma negativa (Westerhof & Barrett, 2005). Evidências empíricas sugerem que, na velhice, estar satisfeito com o próprio envelhecimento e sentir-se jovem encontram-se associados a uma melhor saúde subjectiva e funcional, aptidão cognitiva, maior bem-estar e uma melhor integração social (Kotter-Gruhn et al., 2009). Sneed e Whitbourne (2005) sugeriram que a estabilidade das auto-percepções positivas do envelhecimento é indicadora de resiliência e boa adaptação aos stressores físicos, psicológicos e ambientais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. No entanto, há limites para a adaptabilidade ao envelhecimento, sendo que, em idades muito avançadas e com a aproximação da morte, o indivíduo confronta-se com mudanças cada vez mais negativas e variados declínios no funcionamento físico e psicológico. Assim, o decréscimo na auto-percepção positiva do envelhecimento indica que certos processos (e.g., comparações sociais) que contribuem para a manutenção de uma identidade de idade positiva já não conseguem compensar totalmente as perdas experienciadas em outros domínios (Kotter-Gruhn et al., 2009). Quando os idosos se tornam conscientes de um declínio nas suas funções físicas e cognitivas, podem atribuir estas alterações ao seu envelhecimento. Tal atribuição negativa, consequentemente, pode resultar num declínio na sua auto-percepção do envelhecimento (Kotter-Gruhn et al., 2009).

Existem, essencialmente, três vias através das quais a auto-percepção do envelhecimento pode influenciar o funcionamento do indivíduo: via comportamental (e.g., desenvolvimento de comportamentos saudáveis); via biológica (e.g., alterações no sistema imunitário) e via psicológica: sujeitos com auto-percepção positiva ou negativa do envelhecimento têm diferentes maneiras de pensar e sentir, que influenciam o seu funcionamento físico (Levy et al., 2002a).

As percepções sobre aspectos do envelhecimento fortemente ligados a mudanças biológicas (e.g., aspecto físico, alterações nas capacidades cognitivas) apresentam menor variação entre culturas do que as percepções acerca dos aspectos sócio-emocionais do envelhecimento (e.g., relações familiares, satisfação com a vida). Parece também existir um consenso generalizado, entre diferentes culturas, relativamente à trajectória de diferentes características, no decorrer do processo de envelhecimento (e.g., aumentos na sabedoria;

diminuição na capacidade de realizar tarefas diárias). Isto sugere que os padrões básicos da percepção do envelhecimento são partilhados entre as culturas (Levy et al., 2002a). Parecem ainda existir algumas diferenças relativamente à percepção do processo de envelhecimento experienciado por ambos os sexos, onde as mulheres se auto-percepcionam como tendo maior longevidade, maior participação em actividades sociais e mais cuidados com a saúde e os homens percepcionam-se como menos activos e com um envelhecimento mais acelerado (Areosa, 2004). Para além disso, os homens tendem a sentir maior perda social e as mulheres tendem a experimentar um crescimento mais contínuo (Steverink et al., 2001). Ambos os sexos têm consciência das crescentes restrições físicas e que, com o envelhecimento, diminuem as condições de saúde, contudo consideram que não são totalmente impedidos de realizar algumas actividades (Areosa, 2004).

Têm sido realizados vários estudos debruçando-se sobre a auto-percepção do envelhecimento e a sua relação com outras variáveis (e.g., saúde, longevidade, bem-estar). As auto-percepções do envelhecimento têm sido implicadas como preditores da incapacidade funcional e mortalidade em adultos mais velhos, sendo que, as auto-percepções categorizadas como positivas ou negativas têm um impacto diferente na saúde funcional (Baker et al., 2007). Idosos com auto-percepção negativa do envelhecimento, geralmente, relatam menores níveis de saúde subjectiva e funcional do que idosos com auto-percepções de envelhecimento positivas (Demakakos et al., 2006; Levy et al., 2002). As crenças acerca do envelhecimento predizem ainda causas específicas da mortalidade: indivíduos com auto-percepções positivas do envelhecimento encontram-se menos predispostos a morrer de causas respiratórias do que indivíduos com auto-percepções negativas (Baker et al., 2007). A auto-percepção do envelhecimento parece ainda influenciar a longevidade: idosos com uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento viveram cerca de 7.5 anos mais do que aqueles com uma auto-percepção negativa (Levy et al., 2002a). Este facto pode ser interpretado no sentido que indivíduos que estão satisfeitos com o seu envelhecimento e se sentem relativamente jovens possam encontrar-se efectivamente bem, numa ampla variedade de domínios (e.g., mais saúde, menos doenças e declínios), o que por sua vez prediz maior sobrevivência (Kotter-Gruhn et al., 2009). Por outro lado, Levy e Myers (citados por Kotter-Gruhn et al., 2009) mostraram que indivíduos com auto-percepções positivas do envelhecimento praticavam mais comportamentos saudáveis (e.g., exercício físico, alimentação saudável, visitas regulares ao médico), ao longo do tempo. Estes comportamentos, por sua vez, são susceptíveis de aumentar o tempo de sobrevivência destes idosos. A auto-percepção negativa

do envelhecimento reduz a probabilidade de sobrevivência (Levy, 2008): sentir-se velho e encontrar-se insatisfeito com a idade e envelhecimento relaciona-se com um aumento do risco de mortalidade (Kotter-Gruhn et al., 2009). Além disso, a auto-percepção do envelhecimento desempenha um papel mediador na relação entre o estado de saúde e a depressão (Baker et al., 2007).

O envelhecimento constitui um período de grandes mudanças, que exige do sujeito um enorme esforço de permanente adaptação às novas condições de vida no plano pessoal, familiar e também sócio-profissional. Este processo é essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa idosa terá que fazer de uma certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social e como membro da comunidade (Dias Cordeiro, 2005).

#### **1.4 – Experiência do envelhecimento e personalidade depressiva**

O processo de envelhecimento, devido às profundas alterações que implica, bem como pelo esforço que a personalidade terá que despender na adaptação às novas condições de vida, é um momento de alto risco para o equilíbrio e o bem-estar psicológico do sujeito (Dias Cordeiro, 2005). Uma das questões que tem surgido em investigação, na área do envelhecimento, é que certas características da personalidade desempenham um papel central no processo de envelhecimento, influenciando o funcionamento cognitivo do indivíduo e desempenham um papel importante no enfrentar de acontecimentos difíceis (Ballesteros, 2005). Blatt, D’Afflitti e Quinlan (1976) sugerem uma continuidade entre o normal e o patológico e consideram que as características internas dos indivíduos deprimidos podem também estar presentes em sujeitos que não estão clinicamente deprimidos. Consideram assim a depressão como uma experiência subjectiva interna presente em sujeitos normais, podendo um indivíduo vivenciar experiências típicas dos depressivos sem estar clinicamente deprimido. Bilbring e Fenichel (citados por Blatt, 2004) sugerem que a depressão não deve ser considerada apenas como uma perturbação clínica, correspondendo também a um estado afectivo normal e até mesmo necessário. Vários estudos realizados sugerem que as diferenças entre a população normal e população clínica, relativamente às experiências depressivas, são essencialmente uma questão de intensidade (Blatt, 2004). Assim, as experiências depressivas podem variar em intensidade, constituindo desde experiências passageiras e moderadas (como resposta relativamente adequada e transitória a um acontecimento de vida negativo e indesejável) até estados clínicos profundos, graves e persistentes que podem envolver graves distorções da realidade e distúrbios neurovegetativos (e.g., perda da libido, do sono, do peso;

Blatt, 1974; Blatt & Maroudas, 1992; Blatt, 2004). Predomina assim, para estes autores, uma visão dimensional concebendo a personalidade depressiva como uma dimensão normal, como um contínuo, em que só os extremos podem corresponder à depressão clínica ou à vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão. Segundo esta perspectiva não há diferenças qualitativas entre a personalidade e o estado depressivo, sendo a ideia chave a continuidade do fenómeno depressivo. Surge assim o conceito de dimensão depressiva da personalidade, uma dimensão unitária, ampla e estável, um contínuo constituído por diferentes tipos de traços estáveis, que todos os sujeitos exibem em maior ou menor grau (Campos, 2009a). Torna-se assim importante diferenciar dois conceitos: o “deprimido”, referindo-se ao sujeito que se encontra em estado de depressão e o “depressivo”, referindo-se a um sujeito exposto ou predisposto à depressão (Pediñelli & Bernoussi, 2006). É importante ainda referir que, a depressão, no idoso, pode assumir um aspecto pseudo-demencial em que a inibição depressiva é confundida com défice cognitivo resultante de demência (Costa & Mattez, 2005).

Na população idosa, as taxas de prevalência de diagnóstico clínico de perturbação depressiva major e sintomas depressivos são estimadas em 2-5 e 15%, respectivamente. E, comparativamente à população mais jovem, os idosos apresentam uma taxa de sintomas depressivos mais elevada, contudo menor taxa de quadros depressivos graves (Lee, Choi, & Lee, 2001). Os sintomas depressivos prevêm, significativamente, maior risco de mortalidade (Collins, Gleib, & Goldman, 2009) e afectam, negativamente, a qualidade de vida dos sujeitos idosos em termos de funcionamento e bem-estar, sendo que, idosos com sintomas depressivos estão mais propensos a desenvolver uma visão negativa da sua saúde (Lee et al., 2001). Os sujeitos com sintomas depressivos experimentam menor funcionamento físico e social do que sujeitos sem sintomas depressivos (Blazer, 1993). Além disso, a visão sobre o envelhecimento do idoso depressivo pode ser congruente com o humor, e, portanto, negativa (Laidlaw & Pachana, 2009). Para além dos indivíduos depressivos tenderem a avaliar os seus desempenhos e as suas vidas negativamente, também apresentam percepções pessimistas e negativas acerca da vida dos outros (Shapiro, 1988). Assim, a auto-percepção negativa dos sujeitos deprimidos não parece constituir um preconceito específico contra o *Self*, mas sim uma forma característica dos indivíduos deprimidos avaliarem e percepcionarem os sujeitos, em geral (Shapiro, 1988).

Segundo Jeon e Dunkle (2009), os idosos encontram-se mais vulneráveis ao stress e à depressão do que outras faixas etárias, uma vez que o stress tende a aumentar com a idade,

devido ao declínio da saúde e diminuição das relações sociais. Na velhice, certos acontecimentos (e.g., reforma, falecimento dos pares e/ou conjugue) alteram as redes sociais dos indivíduos. A existência de redes de apoio é considerada de grande importância na idade avançada, sendo essencial para assegurar uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida, considerando-se como protectora da saúde mental dos indivíduos (Paúl, 2005). Acontecimentos negativos, tais como diminuição da rede social, morte de um familiar e/ou amigo próximos, perda de um passatempo, admissão numa casa de repouso, encontram-se significativamente relacionados com sintomas depressivos, entre idosos (Jeon & Dunkle, 2009). Antonucci, Fuhrer e Dartigues (citados por Jeon & Dunkle, 2009) descobriram que idosos, com extensas redes sociais e concomitante satisfação com a qualidade do apoio, apresentavam menores níveis de sintomas depressivos. Por outro lado, indivíduos com redes sociais restritas apresentam maior tendência a manifestar esse tipo de sintomas (Lee et al., 2001). Também o sentimento de controlo desempenha um papel protector contra sintomas depressivos (Jeon & Dunkle, 2009). Apesar de se esperar um declínio do sentimento de controlo, ao longo do curso de vida (devido à crescente dependência e declínios físicos e psicológicos associados ao envelhecimento), acontecimentos de vida positivos contribuem para um rápido aumento da sensação de controlo (Jeon & Dunkle, 2009). Assim, relações interpessoais positivas e competências pessoais parecem proteger contra o desenvolvimento de uma depressão (Blatt, 2004).

A depressão encontra-se frequentemente associada a factores biológicos, psicológicos e sociais (Endler & Van Heck, 1995), manifestando-se através de um vasto conjunto de sintomas bastante heterogéneos que incluem uma combinação de sintomas psicológicos (e.g., alterações de humor, perda de interesse) e sintomas somáticos ou neurovegetativos (e.g., dificuldade em adormecer, perda de apetite e libido; Blatt, 2004). Os principais sintomas e sinais da depressão incluem tristeza, pessimismo acerca do futuro, auto-crítica e culpa, lentificação dos movimentos ou agitação, pensamento lentificado e dificuldades de concentração (Blazer, 1993). Os sentimentos de desamparo, falta de esperança e inutilidade encontram-se presentes em sujeitos que sofrem de depressão, em todas as fases do ciclo de vida. Contudo, os idosos queixam-se de uma sensação de falta de esperança e desamparo, relativamente ao futuro, que podem estar de acordo com a realidade, tendo em conta as dificuldades que enfrentam, por exemplo, doenças físicas e dificuldades económicas que poderão tornar o idoso dependente dos outros, provocando um desânimo face ao futuro. Também a ansiedade acompanha, frequentemente, a depressão no idoso (Blazer, 1993).

Foram feitas, ao longo de décadas, inúmeras tentativas para diferenciar os tipos de depressão com base em expressões sintomáticas (e.g., distinção endógena-exógena ou reactiva; primária-secundária; unipolar-bipolar; Viglione, Clemmey, & Camenzuli, 1990). Contudo, devido à grande heterogeneidade dos sintomas em amostras clínicas e não-clínicas, essas tentativas de diferenciação não têm sido bem sucedidas (Blatt & Maroudas, 1992). Devido à insatisfação com estas classificações sintomáticas, vários autores propuseram uma diferenciação dos tipos de depressão baseando-se nas diferenças fenomenológicas (Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff, & Mongrain, 1995), ou seja, nas experiências de vida que podem levar os indivíduos a tornarem-se deprimidos (Blatt & Maroudas, 1992). Deste modo, recentes formulações teóricas diferenciam dois tipos de depressão tendo como base a natureza dessas experiências: a depressão anaclítica (ou dependente), tendo início com perturbações nas relações interpessoais significativas e gratificantes, e a introjectiva (ou auto-crítica), iniciada por perturbações no sentido do *Self* (Blatt & Maroudas, 1992; Campos, 2009a), uma focada em questões interpessoais (e.g., abandono, solidão) e a outra focalizada em questões de auto-estima e auto-realização (e.g., fracasso, culpa), respectivamente (Blatt et al., 1995).

#### ***1.4.1 – A representação de objecto na etiologia da depressão***

A Teoria Psicodinâmica Clássica salienta a importância de perturbações no desenvolvimento da representação de objecto, na etiologia da depressão (Blatt, 1974, 2004; Coimbra de Matos, 2007). Sandler, Rosenblatt e Jacobson (citados por Blatt, 1974) consideram a construção de representações uma condição indispensável para o desenvolvimento do ego e adaptação. Esta hipótese provém de pesquisas anteriores, nas quais a severidade da psicose era diferenciada de acordo com o grau da perturbação na representação dos limites entre o *Self* e o *não-Self* e entre o interior e o exterior. Uma vez estabelecido o limite básico entre o *Self* e o *não-Self*, as tarefas de desenvolvimento consistem em estabelecer representações do *Self* e do objecto que vão sendo cada vez mais articuladas e integradas. São estes estágios posteriores de representação de objecto que são relevantes para a compreensão da depressão (Blatt, 1974). As representações são estabelecidas através de interacções interpessoais durante o ciclo de vida, tendo início com as experiências precoces do bebé com o seu cuidador (Blatt, 2004). Várias formas de psicopatologia em adultos são determinadas, em grande parte, por diferentes perturbações nos esquemas de representação, que ocorrem como consequência de perturbações na relação entre



a criança e o seu cuidador (Blatt, 2004). Quando a relação da díade mãe-criança é prejudicada, há uma ruptura relacional ou incompreensão e falta de sincronia da mãe aos apelos da criança, surge a ferida narcísica ou o vazio traumático que sustentam a tendência à depressão (Coimbra de Matos, 2007). Ou seja, resultante da disfunção relacional com a figura significativa, o sujeito estrutura uma personalidade, dita depressiva, vulnerável à depressão clínica (Campos, 2009a). A atenção materna e a interação diádica mãe-filho parecem definir o desenvolvimento da capacidade de relacionamentos interpessoais posteriores da criança e ainda, conduzem à construção e desenvolvimento de um *Self* diferenciado, integrado e coeso e de representações de outros significativos (Blatt, 2008). Segundo Bowlby (citado por Blatt & Maroudas, 1992), a natureza das ligações emocionais desenvolvidas na primeira infância determina a natureza de relações interpessoais subsequentes e, conseqüentemente, o desenvolvimento da personalidade e a saúde mental. Arieti e Bemporad (citados por Blatt & Maroudas, 1992) atribuem, igualmente, importância às primeiras relações interpessoais no desenvolvimento da personalidade. Contudo, enfatizam a relação entre aspectos da personalidade adulta e tipos de depressão mais do que o papel das relações precoces, referindo que a “ideologia” do indivíduo influencia a maneira como interpreta e lida com um determinado acontecimento.

De acordo com Blatt (citado por Viglione et al., 1990), parece existir uma evolução no desenvolvimento das representações de objecto, que se desenvolvem através de uma sucessão de estádios epigenéticos. Perturbações no desenvolvimento da representação de objecto podem ocorrer em cada um desses estádios ou níveis, criando uma vulnerabilidade particular à perda de objecto e à depressão (Blatt, 1974). Subjacentes à depressão anaclítica e introjectiva encontram-se diferentes níveis de perturbação da representação do objecto, sendo a qualidade da representação objectal uma das diferenças básicas entre estes dois tipos de experiências depressivas. A perturbação na representação do objecto constitui-se como consequência de diferentes tipos de estilos parentais e interações perturbadas com as figuras significativas (Blatt, 1974). A depressão anaclítica resulta de uma relação inconsistente e imprevisível de privação e rejeição com as figuras cuidadoras, enquanto que, a introjectiva resulta da relação com figuras parentais controladores, intrusivas, excessivamente críticas e punitivas que provocam na criança a necessidade de estabelecer um sentido exagerado de independência e autonomia (Blatt & Maroudas, 1992). Estes tipos de relações, durante a infância, fazem com que a criança seja incapaz de estabelecer e conservar uma representação do objecto e, sem a internalização de adequados níveis de representações de objecto, objectos

ausentes são experienciados como perdidos, precipitando a depressão. A perda do objecto pode ser experienciada e plenamente aceite apenas quando adequados níveis de representação estejam estabelecidos. Nestes casos, a perda de um objecto pode resultar em tristeza mas não conduz à depressão contínua, uma vez que foi conseguida a internalização de uma relação construtiva e positiva com o objecto primário (Blatt, 2004).

#### ***1.4.2 – Depressão anaclítica e depressão introjectiva***

Podem, então, tal como anteriormente referido, ser diferenciados dois tipos de depressão nos indivíduos adultos: a depressão anaclítica e a depressão introjectiva (Blatt, 1974). A depressão anaclítica é caracterizada por sentimentos de desamparo, fraqueza e prostração (Blatt, 1974). As representações de objecto encontram-se polarizadas (positivas ou negativas) e são instáveis, não fornecendo suporte para tolerar a separação e a perda (objectos ausentes são experienciados como perdidos). Assim, surgem intensos medos de abandono e lutas desesperadas para manter o contacto físico directo com o objecto gratificante. Há intensos desejos de ser cuidado, ajudado, alimentado e protegido (Blatt, 1974, 2004). A separação e perda de objecto são tratadas por meios primitivos, como a negação, e uma busca frenética por um substituto, sendo a necessidade de gratificação muito mais importante do que o compromisso com um relacionamento particular, havendo assim instabilidade nas relações (Blatt, 1974). O objecto é valorizado pela sua capacidade de gratificação e de suprir as necessidades (Blatt, 2008). Assim, o indivíduo anaclítico é extremamente dependente de um outro significativo e influenciável pelos outros, procurando evitar desacordos e conflitos interpessoais, havendo dificuldade em expressar raiva e fúria por medo de destruir o objecto como fonte de satisfação, reagindo à percepção de ameaça de abandono com experiências de vazio, solidão e desamparo (Blatt, 2004; Welkowitz, Lish, & Bond, 1985). São indivíduos com pouca tolerância à frustração, impulsivos e emocionalmente instáveis (Blatt & Maroudas, 1992), menos reflexivos e mais propensos a expressar-se através de uma ampla gama de queixas somáticas, em labilidade emocional e distúrbios alimentares, ou em tentativas de suicídio ou gestos (Blatt et al., 1995; Blatt, 2004). Esta é uma depressão, essencialmente, de natureza oral e relacionada com as reacções da infância precoce à ferida narcísica e à perda do amor (Blatt, 1974).

Por outro lado, as principais características da depressão introjectiva derivam de um Superego punitivo, rigoroso, severo e crítico, de onde resultam ideais excessivamente altos, sentimentos de inutilidade, culpa, constante auto-análise e avaliação e uma sensação de ter

falhado por não viver à altura das expectativas e padrões de vida (Blatt, 1974). Esses ideais e expectativas reflectem uma figura parental severa e crítica, cujas atitudes foram introjectadas. Há um excesso de perfeccionismo (Blatt, 2008) e os esforços concentram-se na realização pessoal e obtenção de sucesso, a fim de obter aprovação e reconhecimento e compensar sentimentos de fracasso e inadequação (Blatt & Maroudas, 1992). O indivíduo introjectivo está assim preocupado com a busca de aprovação e elogios, de modo a satisfazer algum padrão de desempenho e a percepção do sujeito de que pode perder a aprovação e o respeito dos outros faz com que surja uma experiência de fracasso, inadequação e culpa (Welkowitz, et al., 1985). Existem sentimentos de ambivalência e hostilidade, em relação ao objecto, que são difíceis de exprimir, devido a medos de perda do amor do objecto, uma vez que, a sua presença é importante para oferecer a aprovação e aceitação (Blatt, 1974, 2004). Segundo Zetzel (citado por Blatt, 1974), a depressão introjectiva evolui durante a fase Fálica, devido a ambivalências marcadas, exigências, e relações pais-criança depreciativas e hostis. Blatt (1974) situa a depressão introjectiva num nível mais avançado de desenvolvimento psicológico (representações do *Self* e objecto situadas a um nível ligeiramente superior) do que a depressão anaclítica, uma vez que considera que a culpa requer um sentido mais elaborado e diferenciado de *Self*, uma capacidade para ser auto-reflexivo e alguma avaliação das sequências de causalidade, tanto em assumir responsabilidade por algo, como para considerar modos alternativos de reparação (Blatt, 1974). Neste tipo de depressão, a defesa principal é a introjecção ou identificação ao agressor, com uma tendência a assumir responsabilidade e culpa e a ser crítico relativamente ao *Self* (Blatt, 2008). Outros sintomas específicos deste tipo de depressão são a anedonia e perda de interesse em relações interpessoais. Os indivíduos auto-críticos preferem manter-se isolados porque antecipam que os outros serão desleais e críticos para consigo (Blatt, 2004).

Como referido, cada estilo de depressão/organização de personalidade possui um tipo de mecanismo de defesa característico contudo, em cada estilo de personalidade, os indivíduos podem funcionar a diferentes níveis (Blatt, 2008). Assim, indivíduos anaclíticos, num nível inferior de funcionamento, tendem a usar defesas de evitamento de um nível inferior que são, frequentemente, menos eficazes (e.g., negação), enquanto que indivíduos que, apesar de anaclíticos apresentem melhor nível de funcionamento, utilizam defesas de evitamento de nível superior, frequentemente mais eficazes (e.g., repressão). Do mesmo modo, no estilo de personalidade introjectivo, indivíduos menos funcionais usam defesas menos eficazes (e.g., projecção), enquanto que indivíduos introjectivos mas mais funcionais fazem uso de defesas

de nível superior (e.g., intelectualização). Geralmente, sujeitos com bom funcionamento têm uma mistura integrada de qualidades de ambos estilos de personalidade, sendo possível a utilização de um nível superior de estilos de defesa anaclítica e introjectiva que podem levar ao desenvolvimento de uma capacidade de sublimação (Blatt, 2008).

### **1.5 – O desenvolvimento da personalidade normal**

Segundo Blatt e Maroudas (1992), o desenvolvimento da personalidade é visto como a consequência da interacção de duas tarefas básicas de desenvolvimento: a capacidade de estabelecer relações interpessoais estáveis, duradouras e mutuamente satisfatórias (dimensão anaclítica) e a obtenção de uma identidade essencialmente positiva, diferenciada, estável e realista (dimensão introjectiva). As duas dimensões evoluem de forma integrada, de modo que os indivíduos são capazes de estabelecer relações interpessoais significativas e possuem uma auto-definição e sentimento essencialmente positivo, consolidado e integrado de si mesmo (Blatt, 2008). O desenvolvimento psicológico normal, da infância à velhice, ocorre exactamente através de interacções complexas, sinérgicas e facilitadoras entre estes dois processos de desenvolvimento: o desenvolvimento do sentido de *Self* conduz a níveis mais maduros de relacionamentos interpessoais o que, por sua vez, facilita uma diferenciação e integração do desenvolvimento do *Self* (Blatt, 2008; Viglione et al., 1990).

O estágio de Integridade versus Desespero, da Teoria de Erickson, pode ser entendido à luz destes termos, no sentido em que deriva de uma integração das expressões maduras das duas linhas de desenvolvimento (relacionamento e auto-definição). Para além dos sentimentos de que a vida tem tido valor, propósito e significado, a integridade envolve um sentimento de compromisso pessoal e uma responsabilidade para com os outros e para o bem-estar comum (Blatt, 2008). O nível de maturidade do funcionamento psicológico pode ser definido como a capacidade para estabelecer e manter uma integração eficaz dos níveis superiores de ambas as dimensões anaclítica e introjectiva. É o desenvolvimento simultâneo de um sentido de *Self* e de uma capacidade de aprofundamento de relações interpessoais íntimas e recíprocas, que estabelece um *Self-em-relação*, que constitui um objectivo fundamental no desenvolvimento psicológico (Blatt, 2008). Segundo Blatt (2008), as várias formas de psicopatologia podem ser entendidas como perturbações na integração destas duas dimensões fundamentais no desenvolvimento e organização da personalidade.

A “normalidade” é habitualmente definida como uma integração das tarefas de desenvolvimento. Contudo, dentro da própria “normalidade” os indivíduos poderão colocar

uma ênfase excessiva num tipo de tarefas de desenvolvimento em detrimento de outro, permitindo assim a definição de duas configurações básicas da personalidade: a anaclítica (ou de dependência) e a introjectiva (ou de auto-criticismo; Blatt, 2008). Preocupações exageradas e distorcidas com o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais concomitante à negligência do desenvolvimento do sentido de *Self* define, a diferentes níveis desenvolvimentais, as patologias anaclíticas. Por sua vez, uma ênfase exagerada e distorcida com o estabelecimento e manutenção da definição do *Self* define patologias da configuração introjectiva (Blatt, 2008).

Segundo Blatt (1974), a dependência e o auto-criticismo podem ser vistos como dois tipos de depressão, dois tipos de experiências depressivas ou ainda, dois estilos de personalidade, sendo que ambos os estilos de personalidade, anaclítica e introjectiva, constituem um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Tendo em conta as características já referidas pode concluir-se que os estilos de personalidade dependente e auto-crítico apresentam diferenças relativamente ao nível de representação mental do *Self* e dos outros, na experiência precoce, no estilo relacional e nos mecanismos de defesa (Blatt, 2004). De acordo com a conceptualização Psicodinâmica é a interação entre o estilo de personalidade do indivíduo (mais dependente ou mais auto-crítico) e acontecimentos de vida negativos que pode resultar numa predisposição ao afecto depressivo (Bartelstone & Trull, 1995). Os indivíduos com um destes dois tipos de personalidade encontram-se vulneráveis a diferentes tipos de acontecimentos de vida e reagem e lidam com esses acontecimentos de modo diferente (Blatt, 2008): os indivíduos dependentes são sobretudo susceptíveis a acontecimentos na esfera interpessoal (Bartelstone & Trull, 1995; Blatt & Maroudas, 1992), interpretando as rupturas dos relacionamentos ou perdas como tendo implicações devastadoras para a dignidade pessoal e bem-estar (Rude & Burnham, 1993) enquanto que, os indivíduos auto-críticos são essencialmente susceptíveis a acontecimentos na esfera da realização pessoal e auto-estima (Bartelstone & Trull, 1995; Blatt & Maroudas, 1992), interpretando as falhas em atingir objectivos ou o reconhecimento como tendo consequências igualmente devastadoras (Rude & Burnham, 1993). Daí que as pessoas, caso tenham um estilo de personalidade dependente ou auto-crítico, sejam consideradas em risco de desenvolver sintomas de depressão, caso se deparem, ao longo da vida, com acontecimentos negativos que correspondam à sua vulnerabilidade.

## **1.6 – Diferenças de género nos estilos de personalidade**

Ao longo de várias pesquisas, foram encontradas diferenças de género nos subtipos de depressão e estilos de personalidade (Blatt, 2004). Enquanto que as mulheres se encontram, predominantemente, interessadas em estabelecer relacionamentos interpessoais afectivos e satisfatórios e apresentam uma maior tendência para preocupações interpessoais, encontrando-se mais reactivas a este tipo de acontecimentos, os homens encontram-se, prioritariamente, interessados no estabelecimento e consolidação do auto-conceito e identidade, preocupando-se mais com questões de auto-definição e auto-estima (Blatt, 2004, 2008). Assim, parece existir uma incidência de características e conflitos anaclíticos no sexo feminino enquanto que, características e conflitos mais introjectivos predominam no sexo masculino (Blatt & Maroudas, 1992; Viglione et al., 1990).

Os dois tipos de experiências depressivas encontram-se diferencialmente relacionados com expectativas e papéis de género atribuídos pela sociedade (Welkowitz et al., 1985). A sociedade ocidental parece colocar uma grande ênfase na capacidade de relacionamento interpessoal (dar atenção, amor e carinho) para o sexo feminino e na auto-definição para o sexo masculino (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt et al., 1995). Adicionalmente às expectativas culturais e exigências de papéis sociais, as diferenças na ênfase dada às relações interpessoais e à auto-definição, nos sexos feminino e masculino, resulta, em parte, das diferentes tarefas desenvolvimentais e dos diferentes processos de desenvolvimento psicológico (Blatt & Maroudas, 1992; Blatt, 2008). Apesar de ambos os sexos iniciarem o desenvolvimento com um vínculo primário e intenso à figura materna, a tarefa de desenvolvimento para os meninos é, apesar de manterem esse vínculo à mãe, procurar outra figura como objecto de identificação (usualmente a figura paterna). Este desafio resulta numa grande preocupação acerca da separação, individuação e identificação para os homens, uma vez que, as questões de identificação e auto-definição são de extrema importância no desenvolvimento do rapaz. Por sua vez, as meninas têm de manter a mãe como objecto de identificação, mas mudar o objecto de afecto da mãe para o pai. Estas questões do apego, carinho e afinidade geralmente são de maior preocupação para as mulheres do que para os homens. São estas diferentes tarefas de desenvolvimento para os dois sexos que são centrais para as diferentes ênfases colocadas no relacionamento e na auto-definição, nos seus respectivos cursos de desenvolvimento da personalidade (Blatt, 2008). Deste modo, Blatt (citado por Coyne e

Whiffen, 1993) sugeriu que diferenças na experiência da primeira infância fixam diferenças de género na vulnerabilidade à depressão.

Segundo Coyne e Whiffen (1993), torna-se necessária a existência de modelos complexos que integrem a dinâmica do curso de vida do indivíduo, a participação em contextos sociais significativos e as flutuações na vulnerabilidade à depressão. A maioria dos sujeitos não se torna clinicamente deprimido, mesmo quando confrontado com acontecimentos de vida aparentemente graves (Coyne & Whiffen, 1993). Este facto tem despertado interesse relativamente à forma como os efeitos dos acontecimentos negativos e stressantes de vida são mediados por vulnerabilidades pessoais e sociais. Como referido, tem sido dada particular atenção ao papel das características de personalidade na predisposição à depressão e, dois tipos de personalidade (anaclítica ou dependente e introjectiva ou auto-crítica) têm sido propostos pela Teoria Dinâmica. De lembrar que, segundo um modelo dimensional, a depressão é considerada como dimensão da personalidade normal, havendo uma continuidade entre a patologia e a normalidade. A dimensão depressiva da personalidade corresponde a um contínuo constituído por diferentes tipos de traços, que todos os sujeitos exibem em maior ou menor grau e em que apenas os extremos correspondem à depressão ou à vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão clínica (Campos, 2009a). Segundo Blatt (Blatt & Maroudas, 1992), a dependência e o auto-criticismo são traços duradouros, estáveis, relativamente imutáveis e enraizados na experiência da infância.

Como referido, o envelhecimento constitui um processo complexo, que implica várias alterações na vida do sujeito. O modo como cada indivíduo percepção a sua experiência, ao longo do processo de envelhecimento, parece ser influenciado pelas experiências de vida, contexto social e pelas suas características pessoais. As auto-percepções do envelhecimento têm várias consequências na vida dos idosos e, um aspecto importante, é que essas auto-percepções têm a possibilidade de serem modificadas (Baker et al., 2007). Torna-se portanto relevante avaliar essas auto-percepções. Neste sentido, parece também conveniente explorar as características individuais do sujeito, nomeadamente, a dimensão depressiva da personalidade, e o modo como esta interfere na formação das auto-percepções do idoso acerca do seu próprio processo de envelhecimento.

## Capítulo 2 – Objectivos e Hipóteses

**Objectivo geral 1:** Analisar a dimensão depressiva da personalidade num grupo de idosos, pertencentes à população normal.

*Objectivos específicos:*

- a) Caracterizar a dimensão depressiva da personalidade da amostra em estudo.
- b) Analisar a dimensão depressiva da personalidade (auto-criticismo e dependência) em função de variáveis sócio-demográficas (género e idade):
  - b1) Verificar se existem diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino relativamente à dimensão depressiva da personalidade (auto-criticismo e dependência).
  - b2) Determinar se há diferenças na dimensão depressiva da personalidade (auto-criticismo e dependência), em função da idade.

Para estes objectivos, com base na revisão de literatura, foram colocadas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1a:** Espera-se que os idosos que constituem a amostra do presente estudo apresentem níveis mais elevados na escala de Eficácia do QED comparativamente às restantes escalas (Dependência e Auto-criticismo).

**Hipótese 1b1a:** Espera-se que o sexo feminino apresente níveis mais elevados de Dependência, comparativamente ao sexo masculino.

**Hipótese 1b1b:** Espera-se que o sexo masculino apresente níveis mais elevados de Auto-criticismo, comparativamente ao sexo feminino.

**Hipótese 1b2:** Espera-se que, com a idade, os níveis de Dependência e de Auto-criticismo se mantenham.

**Objectivo geral 2:** Analisar a auto-percepção do envelhecimento num grupo de idosos, pertencentes à população normal.



*Objectivos específicos:*

- a) Caracterizar a auto-percepção do envelhecimento da amostra em estudo.
- b) Analisar a auto-percepção do envelhecimento em função de variáveis sócio-demográficas (género e idade).
  - b1) Verificar se existem diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino relativamente às dimensões da auto-percepção do envelhecimento.
  - b2) Verificar se há diferenças nas dimensões da auto-percepção do envelhecimento, em função da idade.

Para estes objectivos, com base na revisão de literatura, foram colocadas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 2a:** Espera-se que os idosos que constituem a amostra do presente estudo apresentem níveis mais elevados nas dimensões Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo da auto-percepção do envelhecimento do que nas dimensões Consequências Negativas, Representações Emocionais e Duração Crónica e Cíclica.

**Hipótese 2b1:** Espera-se que o sexo feminino apresente níveis superiores nas dimensões Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente ao sexo masculino.

**Hipótese 2b2:** Espera-se que a auto-percepção do envelhecimento se torne mais negativa (níveis mais elevados nas dimensões Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais e níveis inferiores em Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo), em função da idade.

**Objectivo geral 3:** Analisar a relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade mais auto-crítico ou mais dependente) e a percepção que o idoso tem acerca do seu processo de envelhecimento.

*Objectivos específicos:*

- a) Analisar a relação entre a Eficácia (variável do QED) e a auto-percepção dos idosos acerca do seu processo de envelhecimento, comparativamente à relação entre os estilos

de personalidade mais auto-crítico e mais dependente e a auto-percepção do envelhecimento.

b) Analisar a relação entre o estilo de personalidade mais auto-crítico e a auto-percepção do envelhecimento, comparativamente à relação entre o estilo de personalidade mais dependente e a auto-percepção dos idosos acerca do seu processo de envelhecimento.

Para estes objectivos, com base na revisão de literatura, foram colocadas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 3a:** Espera-se que os idosos com uma pontuação mais elevada na escala de Eficácia apresentem níveis mais elevados nas dimensões Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente aos idosos que apresentem pontuação mais elevada em Auto-criticismo e idosos com pontuações mais elevadas em Dependência (estilos de personalidade mais auto-crítico e mais dependente, respectivamente).

**Hipótese 3b:** Espera-se que os idosos com pontuações mais elevadas em Auto-criticismo (estilo de personalidade mais auto-crítico) obtenham níveis superiores nas dimensões Controlo Positivo e Controlo Negativo da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente aos idosos com pontuações mais elevadas em Dependência (estilo de personalidade mais dependente).

## Capítulo 3 – Método

### 3.1 – Participantes

Participaram neste estudo 100 idosos. Os critérios tidos em conta para a inclusão na amostra foram os seguintes: idade igual ou superior a 65 anos, residência em meio urbano e ausência de patologia neurológica e psiquiátrica ou outros défices conhecidos, uma vez que a investigação tem como alvo idosos pertencentes à população normal. Os participantes deste estudo são pois adultos mais velhos que não se encontram institucionalizados e que estão integrados na comunidade, possuindo autonomia suficiente para realizar as tarefas quotidianas, exigidas no dia-a-dia.

Apresenta-se no Quadro 1 as características sócio-demográficas da amostra em estudo.

Quadro 1

*Características sócio-demográficas da amostra total (Frequências e Percentagens)*

	Frequências	%
Sexo		
Feminino	82	82
Masculino	18	18
Idade		
[65; 69]	23	23
[70; 79]	61	61
[80; 89]	16	16
Escolaridade		
Ausência de escolaridade	1	1
4º ano	26	26
6º ano	2	2
7º ano	3	3
8º ano	8	8
9º ano	15	15
11º ano	2	2
12º ano	22	22
Licenciatura	20	20
Doutoramento	1	1
Estado Civil		
Solteiro/a	8	8
Casado/a	55	55
Viúvo/a	32	32
Divorciado/a	5	5

Nota: N = 100

Como se pode observar no Quadro 1, as idades dos participantes variam entre os 65 e os 89 anos ( $M = 73.8$ ,  $DP = 6.04$ ). A amostra integra 82 sujeitos do sexo feminino (82%) e 18 do sexo masculino (18%), não tendo sido possível realizar o estudo com um número mais equilibrado de indivíduos de ambos os sexos, como seria desejável. Para contornar esta diferença na distribuição de participantes tendo em conta o género, foram seleccionados alguns indivíduos, de ambos os sexos, dentro da amostra total, e organizaram-se dois grupos: um grupo constituído por 24 participantes do sexo feminino e outro grupo constituído por 17 participantes pertencentes ao sexo masculino. Na selecção dos participantes a integrar nestes dois grupos procurou-se que as características sócio-demográficas dos indivíduos (idade, estado civil e escolaridade) fossem relativamente semelhantes, com o objectivo de obter assim uma “maior equivalência” entre os grupos. Estes dois grupos, assim constituídos, foram utilizados no estudo sempre que se estabeleceram comparações tendo em conta o género.

Seguem-se os Quadros 2 e 3 que ilustram as características sócio-demográficas dos dois grupos considerados.

#### Quadro 2

##### *Características sócio-demográficas do grupo feminino (Frequências e Percentagens)*

	Frequências	%
<b>Idade</b>		
[65; 69]	7	29.2
[70; 79]	17	70.8
<b>Escolaridade</b>		
4º ano	7	29.2
8º ano	1	4.2
9º ano	6	25.0
11º ano	1	4.2
12º ano	4	16.7
Licenciatura	5	20.8
<b>Estado Civil</b>		
Casada	24	100

*Nota: N = 24*

### Quadro 3

#### *Características sócio-demográficas do grupo masculino (Frequências e Percentagens)*

	Frequências	%
Idade		
[65; 69]	7	41.2
[70; 79]	10	58.8
Escolaridade		
4º ano	6	35.3
8º ano	1	5.9
9º ano	3	17.6
12º ano	3	17.6
Licenciatura	4	23.5
Estado Civil		
Casado	17	100

Nota: N = 17

### **3.2– Instrumentos**

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram o Questionário de Experiências Depressivas – QED (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976), adaptado para a língua portuguesa por Rui Campos (2000), e o Questionário de Percepções de Envelhecimento – QPE (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), adaptado para a língua portuguesa por Adelaide Claudino (s.d.). Através do QED acede-se à dimensão depressiva da personalidade (predomínio de um estilo mais anaclítico ou mais auto-crítico); o modo como cada participante percebe o seu processo de envelhecimento é avaliado recorrendo ao QPE.

#### **3.2.1. – Questionário de Experiências Depressivas (QED)**

O QED, inicialmente desenvolvido por Blatt, D’Afflitti e Quinlan (1976), consiste num inventário composto por 66 itens com o objectivo de avaliar a depressão anaclítica (ou dependente) e a depressão introjectiva (ou auto-crítica) ou, mais genericamente, para avaliar a dimensão anaclítica e introjectiva da personalidade. Este instrumento permite medir um conjunto de experiências relacionadas com a patologia depressiva mas que não são em si mesmas consideradas sintomas clínicos depressivos (Campos, 2009b), prendendo-se antes com expressões de estilos caracteriais (Bartelstone & Trull, 1995). As afirmações contidas no inventário descrevem o modo como os indivíduos se relacionam com os outros (relações interpessoais), como se sentem relativamente a si próprios e as suas principais preocupações (Blatt et al., 1976). Os participantes respondem numa escala de Likert de sete pontos, correspondendo o 1 a “Discordo Totalmente” e o 7 a “Concordo Totalmente”.

No estudo deste questionário foram identificados três factores: o factor I foi designado de “Dependência”, contém itens que dizem respeito às relações interpessoais e envolvem temas, tais como, a preocupação em ser abandonado ou rejeitado, sentir-se só e desamparado e querer estar perto e depender dos outros. Envolvem também preocupações com a possibilidade de ofender ou magoar alguém, o que leva a dificuldades em expressar raiva, por medo de vir a perder a gratificação que o outro proporciona. O factor II foi designado de “Auto-criticismo”. Os itens com saturações mais elevadas neste factor têm uma dimensão mais interna, que expressam sentimentos de vazio interno, de insatisfação, insegurança e de não ter estado à altura das expectativas e dos objectivos. Expressam também sentimentos de ameaça perante a mudança, sentimentos de ambivalência em relação ao próprio e aos outros, tendência a assumir a culpa e a ser crítico em relação a si próprio e a desvalorizar-se (Blatt et al., 1976; Campos, 2009b). O terceiro factor denominado “Eficácia” prende-se com itens que envolvem confiança sobre as capacidades e recursos próprios, sentimentos de possuir força interior e ser capaz de assumir responsabilidades, sentimentos de independência, satisfação e orgulho nas suas realizações (Blatt et al., 1976; Blatt, 2004; Campos, 2009b).

A análise de conteúdo dos itens da escala de Dependência sugere que, dentro desse factor, se encontrem duas facetas: a Dependência e o Relacionamento, que parecem avaliar dois níveis diferentes de relacionamento interpessoal (Blatt et al., 1995). A faceta Dependência (referente a formas mais imaturas de relacionamento) parece avaliar uma dependência generalizada aos outros e contém itens que expressam sentimentos de desamparo, medos e receios relacionados com a separação e a rejeição, sem contudo existir uma diferenciação clara relativamente a quem se é dependente. A segunda faceta, o Relacionamento, parece avaliar uma forma mais adaptada de relações interpessoais (e.g., mutualidade, interdependência), incluindo itens associados ao relacionamento com uma pessoa em particular, onde seriam reconhecidas as qualidades únicas dessa pessoa e em que os sentimentos de perda e solidão surgem como consequência da ruptura do relacionamento com alguém em particular (Blatt et al., 1995). A faceta de Dependência apresenta correlações altamente significativas com medidas de depressão. Por sua vez, a faceta Relacionamento correlaciona-se significativamente com medidas de bem-estar psicológico (Blatt et al., 1995).

Segundo Blatt (2008), pode também considerar-se que os factores de Auto-criticismo e Eficácia avaliam diferentes níveis de auto-conceito: um nível menos adaptativo, avaliada pelo factor de Auto-criticismo, onde predominam sentimentos de perda de autonomia, vergonha,

culpa e inferioridade, e uma dimensão mais adaptada avaliada pelo factor Eficácia, envolvendo sentimentos de eficácia e integridade.

A adaptação do QED à população portuguesa, versão utilizada no presente estudo, é da autoria de Rui Campos (2000). Relativamente à consistência interna, nesta versão, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para as três escalas do instrumento, separadamente para o sexo masculino e feminino. No sexo masculino os valores obtidos foram de .82, .78 e .71, para as escalas de Dependência, de Auto-criticismo e de Eficácia, respectivamente. No sexo feminino os valores encontrados foram de .77, .79 e .70 (Campos, 2000). Estes resultados aproximam-se bastante dos resultados obtidos no estudo original (ver Blatt et al., 1979). No presente estudo a consistência interna foi calculada com o coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se obtido os valores de .67, .77 e .77 para as escalas de Dependência, de Auto-criticismo e de Eficácia, respectivamente.

### ***3.2.2 – Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)***

Baseado no modelo de Auto-regulação de Leventhals, o QPE, originalmente desenvolvido por Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), permite avaliar a auto-percepção do envelhecimento, através de oito escalas distintas, sendo elas: a Duração, relacionada com a consciência do envelhecimento no indivíduo, ao longo do tempo. Esta dimensão contém duas sub-dimensões: Duração Crónica, na medida em que o envelhecimento é sentido como sendo de natureza crónica e permanente, e Duração Cíclica, na medida em que a pessoa sente variações, ao longo do processo de envelhecimento; Consequências Positivas e Consequências Negativas: crenças sobre o impacto do envelhecimento na vida do indivíduo; Controlo Positivo e Controlo Negativo: crenças pessoais sobre formas de gestão da experiência do envelhecimento, sendo que o Controlo Positivo refere-se ao controlo sobre experiências positivas relacionadas ao envelhecimento e o Controlo Negativo diz respeito ao controlo sobre as experiências negativas; e Representações emocionais: resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo especificamente representada por emoções negativas (e.g., tristeza, ansiedade, preocupação). A oitava escala diz respeito à Identidade, referindo-se às crenças acerca da relação entre o envelhecimento e as alterações na saúde e nos vários domínios gerais do funcionamento (Baker et al., 2007). No presente estudo não será explorada esta última dimensão referida.

Os participantes são questionados sobre as suas experiências de envelhecimento, com questões específicas, focando percepções de envelhecimento, fazendo-se uso das dimensões

do Modelo de Auto-Regulação de Leventhals, adaptadas ao contexto do envelhecimento. Deste modo, para avaliar as primeiras sete dimensões, anteriormente referidas, o participante é convidado a pronunciar-se sobre um conjunto de 32 afirmações, classificando-as de 1 a 5, de acordo com o seu sentir, em que 1 corresponde a “Discordo Fortemente”, 2 corresponde a “Discordo”, 3 corresponde a “Não Concordo nem Discordo”, 4 corresponde a “Concordo” e 5 corresponde a “Concordo Fortemente”. A escala de Identidade consiste numa listagem de 17 possíveis alterações relacionadas à saúde. Os participantes são convidados a indicar, em primeiro lugar, se experimentaram essas mudanças nos últimos 10 anos (1= Sim, 0 = Não). Sempre que a resposta à primeira questão for afirmativa, o participante terá que referir se relaciona essa mudança apenas ao facto de estar a envelhecer (1= Sim, 0 = Não).

A adaptação do QPE à população portuguesa, versão utilizada no presente estudo, encontra-se ainda em curso, numa investigação liderada por Adelaide Claudino (s.d.). Na versão original, em língua inglesa, o Questionário apresenta uma boa consistência interna, apresentando alfas de Cronbach, para qualquer uma das sete escalas, superiores a .70, frequentemente excedendo .80. Uma vez que a escala de Identidade é composta por uma série de diferentes alterações relacionadas com a saúde, a consistência interna não foi tabulada (Baker et al., 2007). No presente estudo, a consistência interna foi calculada com o coeficiente alfa de Cronbach, tendo-se obtido valores de .81 para a escala de Consequências Negativas, .64 para Consequências Positivas, .75 para a escala de Controlo Negativo, .74 para Controlo Positivo, .78 para a escala de Duração Cíclica, .72 para a escala de Duração Crónica e .84 para a escala de Representações Emocionais.

### **3.3 – Procedimento**

A amostra foi recolhida entre Fevereiro e Abril de 2010, tendo sido distribuídos questionários a vários idosos integrados na comunidade (não institucionalizados), de forma a constituir uma amostra heterogénea com um maior número de sujeitos.

Num primeiro momento, foi explicado, muito genericamente, a cada participante, o objectivo do estudo e garantida a confidencialidade das respostas. Após o consentimento verbal à participação, procedeu-se à recolha de alguns dados sócio-demográficos (idade, data de nascimento, sexo, escolaridade e estado civil). Seguidamente, foram explicadas as instruções de cada questionário e foi avaliado se o indivíduo compreendia, de facto, o que lhe era pedido, tendo capacidade para entender o vocabulário e responder ao questionário autonomamente. Quando os sujeitos demonstravam capacidades para uma auto-aplicação era-



lhes entregue um exemplar de cada questionário, de modo a poderem levar para casa e responderem às questões, de acordo com as suas disponibilidades, sendo igualmente acordada uma data para a devolução dos questionários. Foi salientado que, caso surgisse alguma dúvida no decorrer do preenchimento, o participante poderia deixar a questão em branco e esclarecer a dúvida no momento de devolução. Na existência de algum motivo impeditivo (e.g., dificuldades em ler os itens devido a défices visuais, em casos de pouca autonomia e desejo de lhe serem lidos os itens, ou ainda quando foram visíveis algumas dificuldades na compreensão e no modo de responder aos itens), a aplicação dos questionários foi realizada pelo investigador que lia os itens e as possibilidades de resposta, marcando, ele próprio, na folha de resposta, a resposta dada pelo participante.

### **3.4 – Procedimentos estatísticos**

Recorreu-se à estatística descritiva, tendo sido realizados os cálculos da média e do desvio-padrão, ou de frequências e percentagens, consoante o tipo de variáveis em causa.

Para a comparação entre escalas/dimensões dos questionários utilizados recorreu-se à padronização dos resultados obtidos nas diferentes escalas/dimensões através das notas *z*, de modo a garantir que as escalas/dimensões se encontravam na mesma escala de medida. Para averiguar se as diferenças entre escalas/dimensões eram ou não significativas utilizou-se o teste *t*-Student para amostras emparelhadas.

Quando se procedeu à comparação entre dois grupos da amostra em estudo (género), em termos da dimensão depressiva e auto-percepção do envelhecimento recorreu-se ao teste paramétrico, teste *t*-Student (quando se verificou a normalidade da população e a variância homogénea) e ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando não se verificaram na íntegra os pressupostos para a aplicação de um teste paramétrico.

Quando se procedeu à comparação entre três grupos da amostra em estudo (três grupos de idade), em termos das características depressivas e auto-percepção do envelhecimento recorreu-se a um teste paramétrico (ANOVA e subsequentes testes de comparações múltiplas à posteriori) ao verificar-se a distribuição normal e a homogeneidade das variâncias e, a um teste não paramétrico (Kruskal-Wallis), quando se verificou uma distribuição não normal e um *N* inferior a 30.

Quando se procedeu à comparação entre três grupos da amostra em estudo (grupos Dependente, Auto-crítico e Eficaz) tendo em consideração as dimensões da auto-percepção

do envelhecimento utilizou-se um teste paramétrico (ANOVA e subsequente teste de comparações múltiplas à posteriori).

Recorreu-se também ao cálculo do alfa de Cronbach, de modo a obter-se informação sobre a consistência interna dos dois instrumentos utilizados neste estudo (QED e QPE).

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17).

## Capítulo 4 – Resultados

De seguida apresentam-se os resultados obtidos, no presente estudo, começando por apresentar, em primeiro lugar, os resultados relativos à análise da dimensão depressiva da personalidade, seguindo-se a análise da auto-percepção do envelhecimento dos idosos e, por último, a análise da relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a auto-percepção do idoso acerca do seu processo de envelhecimento.

### 4.1 – Análise da dimensão depressiva da personalidade

Começa-se por fazer uma caracterização da dimensão depressiva da personalidade da amostra do estudo e, em seguida, procede-se à análise da dimensão depressiva da personalidade em função de variáveis sócio-demográficas (género e idade).

#### 4.1.1 – Caracterização da dimensão depressiva da personalidade da amostra

Compararam-se os resultados obtidos pelos idosos nas três escalas do QED (Eficácia, Auto-criticismo e Dependência, correspondendo as duas últimas a estilos de personalidade). Para garantir que as referidas três escalas se encontram na mesma escala de medida procedeu-se à padronização dos resultados através das notas *Z*.

Apesar dos resultados, nas três escalas, serem próximos, observa-se que a amostra do presente estudo obtém uma média mais elevada na escala de Dependência (ver Quadro 4).

Quadro 4

*Resultados padronizados das escalas do QED*

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Auto-criticismo	4.37	1.05
Dependência	4.51	.83
Eficácia	4.44	1.38

*Nota: N = 83*

De seguida, utilizou-se o teste t-Student para amostras emparelhadas. Nenhuma das diferenças entre as escalas é significativa, visto que todas apresentam um valor *p* superior a .05: entre a escala de Auto-criticismo e de Dependência,  $t(82) = -1.135$ ,  $p = .26$ ; entre o Auto-criticismo e a Eficácia,  $t(82) = -.509$ ,  $p = .612$ .; e entre a Dependência e a Eficácia,  $t(82) = .538$ ,  $p = .592$ .

#### 4.1.2 – Análise em função do género

No Quadro 5 apresentam-se os resultados relativos à comparação de género no que se refere à dimensão depressiva da personalidade (auto-criticismo e dependência).

Quadro 5

*QED: Comparação em função do género*

	Sexo Masculino <sup>a</sup>		Sexo Feminino <sup>b</sup>		t
	M	DP	M	DP	
Dependência	4.57	.71	4.75	.99	-.624
Auto-criticismo	4.40	1.29	4.25	1.21	.363

Nota:  $n_a=17$ ;  $n_b=20$

Verifica-se que, apesar do sexo feminino apresentar um resultado mais elevado na escala de Dependência, comparativamente ao sexo masculino, esta diferença não é significativa. Verifica-se também que, apesar do sexo masculino apresentar um resultado superior na escala de Auto-criticismo, comparativamente ao sexo feminino, também esta diferença não atinge significância estatística.

#### 4.1.3 – Análise em função da idade

Para se proceder à análise da dimensão depressiva da personalidade em função da idade, constituíram-se três grupos: um com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, denominado Grupo 1, outro com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos, denominado Grupo 2 e outro com idades compreendidas entre os 80 e os 89 anos, denominado Grupo 3, procurando deste modo obter uma classificação de idosos mais jovens, idosos intermédios e idosos mais velhos. Para este objectivo foi utilizado um teste paramétrico, a ANOVA.

Como se pode observar no Quadro 6, não se verificou um efeito principal da idade nos níveis de Auto-criticismo nem nos níveis de Dependência, uma vez que, apesar dos valores não serem iguais nos três grupos de idade, não existem diferenças significativas entre os três grupos etários relativamente às duas escalas.

Quadro 6

*QED: Comparação em função da idade*

	Grupo 1 <sup>a</sup>		Grupo 2 <sup>b</sup>		Grupo 3 <sup>c</sup>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Auto-criticismo	4.41	.92	4.33	1.18	4.44	.98	.071
Dependência	4.75	.98	4.56	.86	4.25	.63	1.484

Nota:  $n_a=18$ ;  $n_b=49$ ;  $n_c=16$

Como se pode verificar no Quadro 7 (através do Teste de Comparação múltipla à posteriori), as diferenças entre os grupos de idade nunca chegam a ser significativas, ocorrendo apenas uma diferença tendencialmente significativa entre os grupos de idade 1 e 3 relativamente à escala de Dependência.

Quadro 7

*QED: Diferenças nas escalas de Auto-criticismo e de Dependência consoante os grupos de Idade*

	Auto-criticismo		Dependência	
	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3
Grupo 1	.075	-.032	.185	.499*
Grupo 2		-.107		.314

Nota: \*  $p = .084$  (tendencialmente significativo)

## 4.2 – Análise da auto-percepção do envelhecimento

Começa-se por fazer uma caracterização da auto-percepção de envelhecimento dos idosos da amostra do estudo e, em seguida procede-se à análise da auto-percepção do envelhecimento em função de variáveis sócio-demográficas (género e idade).

### 4.2.1 – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento da amostra

Compararam-se os resultados obtidos pelos idosos em sete escalas do QPE (excluindo a escala Identidade, tal como já tinha sido referido). Para garantir que as sete escalas se encontravam na mesma escala de medida procedeu-se à padronização dos resultados através das notas Z. Apesar de algumas amostras constituídas a partir da amostra total não apresentarem uma distribuição normal, em algumas variáveis ( $p < .05$ ), a violação do pressuposto da normalidade não tem consequências sérias uma vez que a dimensão das amostras é razoavelmente grande (teorema do limite central). Segundo o teorema do limite central, em amostras grandes (superiores a 30 sujeitos), a distribuição tende a ser normal independentemente da distribuição que estas amostras apresentem. Assim, mesmo que os pressupostos não sejam cumpridos, sendo uma amostra grande, diz-se estar-se perante um teste robusto (Field, 2009). Deste modo, pode utilizar-se um teste paramétrico, tendo sido utilizado o teste t-Student para amostras emparelhadas.

Como se pode verificar pelo Quadro 8, as escalas que apresentam valores mais elevados correspondem às dimensões Consequências Positivas, Controlo positivo e Consequências Negativas da auto-percepção do envelhecimento.

## Quadro 8

### *Resultados padronizados das dimensões do QPE*

	<b>M</b>	<b>DP</b>
Duração Crónica	3.04	.70
Duração Cíclica	2.84	.87
Consequências Positivas	3.69	.71
Consequências Negativas	3.50	.83
Controlo Positivo	3.67	.62
Controlo Negativo	2.86	.81
Representações Emocionais	2.69	.92

*Nota: N=100*

Foram encontradas diferenças significativas entre os seguintes pares de dimensões: Duração Crónica e Consequências Positivas,  $t(92) = -6.453$ ,  $p < .001$ ; Duração Crónica e Consequências Negativas,  $t(92) = -5.811$ ,  $p < .001$ ; Duração Crónica e Controlo Positivo,  $t(92) = -6.171$ ,  $p < .001$ ; Duração Cíclica e Consequências Positivas,  $t(92) = -7.593$ ,  $p < .001$ ; Duração Cíclica e Consequências Negativas,  $t(92) = -6.945$ ,  $p < .001$ ; Duração Cíclica e Controlo Positivo,  $t(92) = -6.682$ ,  $p < .001$ ; Consequências Positivas e Controlo Negativo,  $t(92) = 6.858$ ,  $p < .001$ ; Consequências Positivas e Representações Emocionais,  $t(92) = 8.237$ ,  $p < .001$ ; Consequências Negativas e Controlo Negativo,  $t(92) = 4.317$ ,  $p < .001$ ; Consequências Negativas e Representações Emocionais,  $t(92) = 8.798$ ,  $p < .001$ ; Controlo Positivo e Controlo Negativo,  $t(92) = 8.191$ ,  $p < .001$ ; e ainda Controlo Positivo e Representações Emocionais,  $t(92) = 7.361$ ,  $p < .001$ .

#### **4.2.2 – Análise em função do género**

As dimensões Controlo Positivo e Controlo Negativo da auto-percepção do envelhecimento apresentam distribuições normais em ambos os sexos. No entanto, a dimensão Consequências Positivas só apresenta distribuição normal no sexo masculino ( $p = .373$ ), visto que no sexo feminino apresenta um valor  $p$  significativo ( $p = .032$ ). Deste modo, foram utilizados testes paramétricos (teste t-Student) para as dimensões Controlo Positivo e Controlo Negativo, enquanto que para a dimensão Consequências Positivas foi utilizado um teste não paramétrico (Mann-Whitney).

No Quadro 9 e 10 apresentam-se os resultados relativos à comparação de género no que se refere a estas três dimensões da auto-percepção do envelhecimento (Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas).

Quadro 9

*QPE: Comparação em função do género – Controlo Positivo e Controlo Negativo*

	Sexo Masculino <sup>a</sup>		Sexo Feminino <sup>b</sup>		t
	M	DP	M	DP	
Controlo Positivo	3.54	.80	3.55	.62	-.04
Controlo Negativo	2.60	.88	2.77	.82	-.625

Nota:  $n_a=17$ ;  $n_b=24$

Verifica-se que o sexo feminino apresenta um resultado mais elevado nas dimensões Controlo Positivo e Controlo Negativo, comparativamente ao sexo masculino, contudo estas diferenças não atingem significância estatística (ver Quadro 9).

Quadro 10

*QPE: Comparação em função do género – Consequências Positivas*

	Sexo Masculino <sup>a</sup>		Sexo Feminino <sup>b</sup>		Z	U
	Mdn	Média das Ordens	Mdn	Média das Ordens		
Consequências Positivas	4.00	21.56	4.00	20.60	-.256	194.5

Nota:  $n_a=17$ ;  $n_b=24$

Relativamente à dimensão Consequências Positivas, verifica-se que o sexo masculino apresenta valores mais elevados nesta dimensão, comparativamente ao sexo feminino, não sendo esta diferença significativa (ver Quadro 10).

#### 4.2.3 – Análise em função da idade

Para se proceder à análise da auto-percepção do envelhecimento em função da idade, constituíram-se os três grupos já referidos anteriormente: um com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos (Grupo 1), outro com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos (Grupo 2), e outro com idades compreendidas entre os 80 e os 89 anos (Grupo 3). Uma vez que as dimensões Consequências Positivas, Consequências Negativas e Controlo Positivo apresentam, em alguns grupos etários, uma distribuição não normal e visto alguns grupos apresentarem um  $n < 30$ , foi utilizado um teste não paramétrico (Kruskal-Wallis). As restantes dimensões (Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo e Representações Emocionais) apresentam distribuição normal em todos os grupos etários e, para além disso, apresentam variâncias iguais em todas as idades. Deste modo, para estas últimas escalas mencionadas, foi utilizado um teste paramétrico (ANOVA).

Verifica-se que a dimensão Controlo Negativo atinge valores mais elevados em idades mais avançadas e a dimensão Representações Emocionais apresenta valores inferiores à medida que a idade avança. Apesar disso, estas diferenças não são significativas. As dimensões Duração Crónica e Duração Cíclica apresentam variações que nem sempre são em sentido ascendente (ver Quadro 11).

Quadro 11

*QPE: Comparação em função da idade – Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo e Representações Emocionais*

	Grupo 1 <sup>a</sup>		Grupo 2 <sup>b</sup>		Grupo 3 <sup>c</sup>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Duração Crónica	3.11	.79	2.99	.66	3.13	.81	.334
Duração Cíclica	2.90	.99	2.92	.82	2.54	.98	1.185
Controlo Negativo	2.68	.90	2.90	.75	2.97	.86	.744
Representações Emocionais	2.97	1.13	2.71	.84	2.43	1.00	1.52

Nota:  $n_a=20$ ;  $n_b=57$ ;  $n_c=16$

Tal como se observa no Quadro 12 (através do teste de comparação múltipla à posteriori), as diferenças nunca chegam a ser significativas, ocorrendo apenas uma diferença tendencialmente significativa entre os grupos de idade 1 e 3 relativamente à dimensão Representações Emocionais.

Quadro 12

*Diferenças nas dimensões Duração Crónica, Duração Cíclica, Controlo Negativo e Representações Emocionais consoante os grupos de Idade*

	Duração Crónica		Duração Cíclica		Controlo Negativo		Representações Emocionais	
	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 2	Grupo 3
Grupo 1	.118	-.015	-.016	.363	-.224	-.294	.265	.545*
Grupo 2		-.133		.378		-.070		.280

Nota: \*  $p = .085$  (tendencialmente significativo)

A dimensão Consequências Negativas apresenta níveis mais elevados à medida que o indivíduo envelhece, enquanto que a dimensão Controlo Positivo sofre variações que não são sempre em sentido ascendente, contudo estas diferenças não são significativas. Por outro lado, a dimensão Consequências Positivas apresenta níveis inferiores à medida que o sujeito vai envelhecendo, atingindo estas diferenças significância estatística (ver Quadro 13).



Quadro 13

*QPE: Comparação em função da idade – Consequências Positivas, Consequências Negativas e Controlo Positivo*

	Grupo 1 <sup>a</sup>		Grupo 2 <sup>b</sup>		Grupo 3 <sup>c</sup>		H
	Mdn	Média das Ordens	Mdn	Média das Ordens	Mdn	Média das Ordens	
Consequências Positivas	4.00	55.73	4.00	49.62	3.17	26.75	11.880*
Consequências Negativas	3.60	46.75	3.80	46.97	3.70	47.41	.005
Controlo Positivo	3.60	40.25	3.80	49.54	4.00	46.38	1.829

Nota:  $n_a=20$ ;  $n_b=57$ ;  $n_c=16$

\*  $p < .05$  (significativo)

Existem, para a dimensão Consequências Positivas, diferenças significativas entre os grupos 1 e 3,  $U = 50.50$ ,  $z = -3.528$ ,  $p < .001$ ; e entre os grupos 2 e 3,  $U = 241.50$ ,  $z = -2.888$ ,  $p < .01$ .

#### **4.3 – Análise da relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade introjectivo e anaclítico) e a auto-percepção do envelhecimento**

Para o estudo da relação entre os estilos de personalidade mais introjectivo ou mais anaclítico e a auto-percepção que o idoso tem acerca do seu processo de envelhecimento, constituíram-se três grupos: um grupo com elevadas pontuações na escala de Eficácia, denominado grupo Eficaz; um grupo com elevadas pontuações na escala de Auto-criticismo, denominado grupo Auto-crítico; e um outro grupo com elevadas pontuações na escala de Dependência, tendo sido denominado grupo Dependente. Após constituídos, compararam-se esses três grupos tendo em conta algumas dimensões da auto-percepção do envelhecimento, mais especificamente o Controlo Positivo, o Controlo Negativo e as Consequências Positivas.

Verifica-se que, apesar de existirem diferenças entre os três grupos constituídos relativamente às dimensões da auto-percepção do envelhecimento, estas não atingem significância estatística, existindo apenas uma diferença marginalmente significativa para a dimensão Controlo Negativo (ver Quadro 14). No que diz respeito a esta dimensão, o grupo Eficaz apenas apresenta níveis mais elevados relativamente ao grupo Auto-crítico, sendo o grupo Dependente a apresentar níveis superiores de Controlo Negativo, comparativamente aos idosos com pontuações elevadas em Eficácia (grupo Eficaz) e aos idosos com pontuações elevadas em Auto-criticismo (grupo Auto-crítico) (ver Quadro 14). O teste de comparações

múltiplas à posteriori mostra que existem diferenças marginalmente significativas entre os grupos Eficaz e Auto-crítico e diferenças significativas entre o grupo Auto-crítico e Dependente, relativamente à dimensão Controlo Negativo (ver Quadro 15).

Apesar das diferenças não serem significativas, o grupo Eficaz apresenta níveis mais elevados de Controlo Positivo, comparativamente ao grupo Dependente e ao grupo Auto-crítico e, por sua vez, o grupo Auto-crítico apresenta níveis superiores de Controlo Positivo, quando comparado com o grupo Dependente (ver Quadro 14).

Relativamente às Consequências Positivas, o grupo Eficaz apresenta níveis superiores nesta dimensão da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente ao grupo Dependente e ao grupo Auto-crítico. Contudo, estas diferenças não são significativas (ver Quadro 14).

#### Quadro 14

*Comparação dos três grupos constituídos tendo em consideração as dimensões da auto-percepção do envelhecimento*

	Auto-crítico <sup>a</sup>		Dependente <sup>b</sup>		Eficaz <sup>c</sup>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Controlo Positivo	3.73	.65	3.56	.79	3.90	.66	1.17
Controlo Negativo	2.28	.84	2.88	.70	2.78	.97	2.915*
Consequências Positivas	3.78	.88	3.68	.71	4.07	.67	1.367

Nota:  $n_a=20$ ;  $n_b=20$ ;  $n_c=20$

\* $p = .062$  (marginalmente significativo)

#### Quadro 15

*Diferenças nas dimensões Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas consoante os três grupos constituídos*

	Controlo Positivo		Controlo Negativo		Consequências Positivas	
	Dependente	Eficaz	Dependente	Eficaz	Dependente	Eficaz
Auto-crítico	.17	-.17	-.60*	-.50**	.10	-.28
Dependente		-.34		.10		-.38

Nota: \* $p < .05$  (significativo)

\*\* $p = .06$  (marginalmente significativo)

## Capítulo 5: Discussão

Em seguida, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, encontrando-se esta organizada de acordo com a sequência anterior de apresentação dos mesmos.

### 5.1 – Dimensão depressiva da personalidade

Relativamente à análise da dimensão depressiva da personalidade na amostra do presente estudo salienta-se que, quando se compararam os resultados obtidos pelos idosos nas três escalas do QED, a escala de Dependência foi a que apresentou resultados mais elevados (apesar das diferenças não serem significativas), contrariando assim a hipótese colocada (Hipótese 1a: esperavam-se níveis mais elevados na escala de Eficácia).

A escala de Eficácia, fracamente associada à depressão (Klein, 1987), prende-se com itens que envolvem confiança sobre as capacidades e recursos próprios e sentimentos de independência, de possuir força interior, satisfação e orgulho nas suas realizações (Blatt et al., 1976; Blatt, 2004; Campos, 2009b). Estudos recentes (Kupermine, Blatt, & Leadbeater citados por Blatt, 2004) apontam ainda para que a escala de Eficácia, tal como a escala de Auto-criticismo, seja considerada como avaliando dimensões do *Self* a diferentes níveis de desenvolvimento, em que o Auto-criticismo representaria um nível menos adaptado e a Eficácia um nível mais adaptativo, envolvendo sentimentos de eficácia e integridade (Blatt, 2008). Uma vez que a amostra do presente estudo pertence a uma população normal, seria de esperar que a escala de Eficácia apresentasse níveis mais elevados do que as outras duas escalas que, apesar de serem consideradas como dimensões da personalidade normal, não deixam de estar associadas a duas configurações gerais primárias da psicopatologia (Blatt & Maroudas, 1992). Contudo, se tivermos em conta os resultados obtidos por Campos (2009b) no estudo de adaptação do instrumento à população portuguesa, observamos que os resultados obtidos no presente estudo são bastante similares aos encontrados por Campos. Também no estudo de adaptação (com população normal) não foi a escala de Eficácia que obteve valores superiores mas sim a escala de Auto-criticismo (para o sexo masculino) e a escala de Dependência (para o sexo feminino). Nietzel e Harris (citados por Campos, 2000) argumentam que os resultados na escala de Eficácia têm diferentes significados consoante a natureza das amostras em estudo (clínicas ou não clínicas). Alguns estudos (e.g., Franche & Dobson; Klein, Harding, Taylor, & Dickstein citados por Campos, 2000) demonstram que o factor de Eficácia não apresenta diferenças entre pacientes com depressão e indivíduos

normais. Assim, parece não se poder partir do princípio que a população normal irá ter a escala de Eficácia mais elevada relativamente às outras duas escalas, mas apenas que os valores nas escalas de Dependência e de Auto-criticismo dos indivíduos deprimidos (população clínica) sejam superiores aos dos indivíduos pertencentes à população normal. Assim, teria sido pertinente a existência de uma população clínica com a qual se pudesse estabelecer comparações.

Considerando os resultados obtidos no presente estudo, uma possível explicação para a escala de Dependência apresentar-se como a escala mais elevada (apesar das diferenças não serem significativas) prende-se com o tratamento estatístico ter sido realizado com a amostra total, onde estão presentes muito mais elementos do sexo feminino ( $n = 82$ ) do que do sexo masculino ( $n = 18$ ), influenciando assim os resultados. Tal como referido na literatura, as mulheres tendem a pontuar mais na escala de Dependência e os homens na escala de Auto-criticismo (Blatt, 2004, 2008).

Numa outra linha, pode considerar-se que os resultados obtidos (médias próximas entre as três escalas) vão de encontro à visão dimensional da personalidade que defende a existência de continuidade entre o normal e o patológico, não existindo diferenças qualitativas entre a personalidade e a depressão. Nesta óptica, a personalidade depressiva é considerada como uma dimensão normal, como um contínuo, sendo constituída por diferentes tipos de traços que todos os sujeitos exibem em diferentes graus e em que apenas os extremos podem corresponder à depressão ou à vulnerabilidade para apresentar uma forma de depressão clínica (Blatt et al., 1976; Campos, 2009a).

Quando se analisa a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade mais introjectivo ou mais anaclítico), comparando os resultados obtidos pelo sexo masculino e pelo sexo feminino, salienta-se que, tal como previsto pelas Hipóteses colocadas, o sexo feminino apresenta níveis mais elevados de Dependência, comparativamente ao sexo masculino (Hipótese 1b1a), e o sexo masculino apresenta níveis superiores de Auto-criticismo, comparativamente ao sexo feminino (Hipótese 1b1b). Contudo, estas diferenças não são significativas. Assim, as Hipóteses 1b1a e 1b1b são apenas parcialmente confirmadas. Na generalidade, os resultados vão ao encontro de vários estudos presentes na literatura (e.g., Golding & Singer, 1983; Rude, 1989 citados por Blatt, 2004) que indicam uma tendência para o sexo feminino ser mais sensível a questões interpessoais e para o sexo masculino preocupar-se, predominantemente, com questões de identidade, auto-definição e

auto-estima (Blatt, 2004, 2008). No presente estudo não foram encontradas diferenças significativas possivelmente devido à dimensão reduzida dos grupos constituídos.

Também não foram encontradas diferenças significativas no estudo da dimensão depressiva da personalidade em função da idade, pelo que os resultados confirmam a hipótese colocada (Hipótese 1b2). Apesar dos resultados não serem exactamente iguais nos três grupos etários, as diferenças não atingem significância estatística, havendo apenas uma diferença tendencialmente significativa entre os grupos 1 (dos 65 aos 69 anos) e 3 (dos 80 aos 89 anos), relativamente à escala de Dependência. Na literatura não foram encontrados estudos que analisassem a dimensão depressiva da personalidade em função da idade, tendo sido a hipótese colocada com base na teoria do Modelo de Blatt que considera a dependência e o auto-criticismo como traços duradouros, estáveis, relativamente imutáveis e enraizados na experiência da infância (Blatt & Maroudas, 1992), e de acordo com os estudos do instrumento que apontam para que as escalas do QED meçam constructos que são traços de personalidade estáveis, não afectados por estados depressivos (Campos, 2000).

A diferença tendencialmente significativa, encontrada na escala de Dependência entre os grupos 1 e 3, pode ser interpretada tendo em conta que a personalidade é relativamente estável e assim, ao longo do tempo e com o passar por diversas experiências de vida, pode sofrer pequenas variações. Tal como referido anteriormente, o processo de envelhecimento constitui um período de grandes mudanças psicológicas, físicas e sociais, implicando diversos desafios e exigências ao sujeito que está a envelhecer (Baltes & Baltes, 1990; Dias Cordeiro, 2005), podendo ter pequenas repercussões nos traços de personalidade relativamente estáveis.

## **5.2 – Auto-percepção do envelhecimento**

Relativamente à análise da auto-percepção do envelhecimento da amostra do presente estudo salienta-se que, quando se compararam os resultados obtidos pelos idosos nas sete escalas do QPE, as três dimensões que obtiveram resultados mais elevados foram: Consequências Positivas, Controlo Positivo e Consequências Negativas, tendo apresentado diferenças significativas com as restantes dimensões. Assim, os resultados confirmam apenas parcialmente a Hipótese 2a, que previa níveis mais elevados nas dimensões Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo do que nas restantes (Consequências Negativas, Representações Emocionais e Duração Crónica e Cíclica) por serem dimensões associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais adaptativa (Baker et al., 2007).

Tendo em conta a literatura que refere que o envelhecimento constitui uma experiência positiva para grande parte dos idosos e, concomitantemente as suas percepções do envelhecimento são geralmente positivas (Demakakos et al., 2006), seria de esperar que os idosos do presente estudo apresentassem uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva e, portanto, mais adaptativa. Contudo, no presente estudo, a dimensão Consequências Negativas obteve um resultado ainda mais elevado do que Controlo Negativo, contrariamente ao esperado. Esta elevação da dimensão Consequências Negativas pode ser interpretada no sentido em que os idosos estão conscientes de que o processo de envelhecimento acarreta consequências negativas, sendo um processo multidirecional (Steverink et al., 2001), indo este resultado de encontro à investigação realizada por Areosa (2004), onde sobressai que os idosos têm consciência das crescentes restrições físicas e de que, com o envelhecimento, tendem a diminuir as condições de saúde. É ainda importante referir que o resultado elevado em Consequências Negativas não é verdadeiramente indicador de uma auto-percepção menos adaptativa por parte dos idosos do presente estudo uma vez que, dimensões associadas a auto-percepções adaptativas, como Consequências Positivas e Controlo Positivo, estão ainda mais elevadas. Na literatura, a dimensão Consequências Negativas surge associada a auto-percepções menos adaptativas quando, concomitantemente estão elevadas outras dimensões, nomeadamente Duração Crónica e Representações Emocionais e baixas as dimensões Controlo Positivo e Negativo (Baker et al., 2007). No geral, tendo em conta os resultados, pode referir-se que os idosos do presente estudo demonstram uma auto-percepção do envelhecimento adaptativa e positiva.

Quando se analisam as dimensões Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo da auto-percepção do envelhecimento, comparando os resultados obtidos pelo sexo masculino e pelo sexo feminino, salienta-se que não se encontram diferenças significativas em função do género, tendo ambos os grupos resultados próximos (especialmente na dimensão Controlo Positivo). Apesar das diferenças não serem significativas pode referir-se que o sexo feminino apresenta resultados superiores na dimensão Controlo Negativo, comparativamente ao sexo masculino (tal como previsto pela Hipótese 2b1) mas, em termos de Consequências Positivas é o sexo masculino que apresenta resultados superiores ao sexo feminino. Assim, no geral, os resultados contrariam a hipótese colocada (Hipótese 2b1) que previa que o sexo feminino apresentasse resultados superiores nas dimensões Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo, comparativamente ao sexo masculino,

contrariando igualmente algumas conclusões dos poucos estudos presentes na literatura que se debruçaram sobre as diferenças de género na auto-percepção do envelhecimento (e.g., Areosa, 2004; Steverink et al., 2001; Demakakos et al., 2006) e que indicam que o sexo feminino auto-percepciona-se como participando mais em actividades sociais e como tendo mais cuidados na saúde (maior percepção de Controlo), comparativamente ao sexo masculino que se percebe como menos activo. Para além disso, demonstram ainda que os homens tendem a sentir maior perda social e as mulheres tendem a experimentar um crescimento mais contínuo (Consequências do envelhecimento).

Relativamente ao estudo da auto-percepção do envelhecimento, em função da idade, encontraram-se resultados curiosos, uma vez que as dimensões Controlo Negativo e Representações Emocionais comportam-se de modo inverso ao esperado. A dimensão Controlo Negativo atinge valores mais elevados em idades mais avançadas e Representações Emocionais apresenta valores inferiores à medida que a idade avança. Contudo, as diferenças não chegam a ser significativas, havendo apenas uma diferença tendencialmente significativa entre os grupos 1 (dos 65 aos 69 anos) e 3 (dos 80 aos 89 anos) relativamente à dimensão Representações Emocionais. Assim, parte da hipótese colocada (Hipótese 2b2), onde se previa que o nível de Representações Emocionais fosse superior em idades mais avançadas e que o nível de Controlo Negativo fosse inferior em idades mais avançadas, é contrariada. Estes resultados parecem também contrariar, pelo menos em parte, o pressuposto teórico de que, com o aumento da idade a auto-percepção do envelhecimento se torna mais negativa e menos adaptativa (Kotter-Gruhn et al., 2009).

Não se observa também um efeito de idade para as dimensões Duração Cíclica, Duração Crónica, Controlo Positivo e Consequências Negativas (apesar de, na última dimensão referida, os resultados serem mais elevados em função da idade, tal como esperado, as diferenças não são significativas), contrariando também assim parte da Hipótese 2b2 que previa que Duração Crónica, Duração Cíclica e Consequências Negativas fossem tendo resultados mais elevados em função da idade e a dimensão Controlo Positivo fosse apresentando resultados inferiores. Apesar do referido anteriormente, foram encontradas diferenças significativas na dimensão Consequências Positivas o que confirma, pelo menos parte, da Hipótese 2b2 onde se previa que a dimensão Consequências Positivas apresentasse resultados inferiores em função da idade, contribuindo assim para uma auto-percepção do envelhecimento cada vez menos positiva e mais negativa e, portanto, também menos

adaptativa em função da idade. Este resultado vai ao encontro do pressuposto teórico de que com o aumento da idade, o indivíduo vai-se confrontando com mudanças cada vez mais negativas, tornando-se a experiência de envelhecimento cada vez menos positiva (Steverink et al., 2001) e, conseqüentemente, também a auto-percepção do envelhecimento torna-se mais negativa e menos adaptativa (Kotter-Gruhn et al., 2009).

Assim, tendo em conta estes resultados, a Hipótese 2b2 é apenas confirmada em parte. Apesar da dimensão Consequências Positivas apresentar valores inferiores em função da idade, o que contribui para uma auto-percepção cada vez mais negativa, o Controlo Negativo parece aumentar e as Representações Emocionais tendem a obter resultados inferiores em função da idade (apesar destas duas últimas dimensões não apresentarem diferenças significativas). Estes dois últimos resultados mencionados podem ser explicados de acordo com Sneed e Whitbourne (2005) que sugeriram que a estabilidade das auto-percepções positivas do envelhecimento é indicadora de resiliência e boa adaptação aos stressores físicos, psicológicos e sociais, que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. Estes dois últimos resultados, à primeira vista contraditórios, podem igualmente ser interpretados considerando os mecanismos de avaliações/comparações sociais descritos na literatura (Kotter-Gruhn et al., 2009) que contribuem para a manutenção de uma identidade de idade positiva, ao compensarem algumas das perdas experienciadas em outros domínios. Uma vez que o Controlo Negativo tende a aumentar com a idade, existem variações relativamente à dimensão Controlo Positivo, e a dimensão Representações Emocionais tende a apresentar valores inferiores em função da idade, também as dimensões Duração Crónica e Duração Cíclica não se comportam como o esperado uma vez que, resultados empíricos fruto da investigação no estudo do instrumento demonstram que o Controlo (negativo e positivo) associa-se negativamente a Duração Crónica e Duração Cíclica uma vez que, os idosos que assumem maior controlo sobre as experiências relacionadas com o envelhecimento têm menos consciência desse envelhecimento e experimentam menos variações nas suas experiências, durante o referido processo. Por outro lado, a Duração Crónica e Cíclica associam-se positivamente à dimensão Representações Emocionais (Baker et al., 2007).

### **5.3 – Relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilo de personalidade introjectivo e anaclítico) e a auto-percepção do envelhecimento**

O estudo da relação entre a Eficácia (variável do QED) e a auto-percepção do envelhecimento não permite confirmar a Hipótese colocada (Hipótese 3a) que previa que



idosos com níveis mais elevados na escala de Eficácia (do QED) apresentassem níveis mais elevados nas dimensões Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente a idosos com níveis mais elevados na escala de Auto-criticismo e a idosos com níveis mais elevados na escala de Dependência (estilos de personalidade mais auto-crítico e mais dependente, respectivamente). Encontrando-se a escala de Eficácia associada a itens que envolvem confiança sobre as capacidades e recursos próprios e sentimentos de satisfação e orgulho nas suas realizações (Blatt et al., 1976; Blatt, 2004; Campos, 2009b), seria de esperar que esta escala se associasse a auto-percepções mais adaptativas acerca do processo de envelhecimento e assim, o grupo de idosos com níveis mais elevados na escala de Eficácia apresentasse igualmente níveis mais elevados nas dimensões da auto-percepção do envelhecimento responsáveis por auto-percepções mais adaptativas (Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas), comparativamente aos outros dois grupos (Auto-crítico e Dependente). Contudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos constituídos relativamente às dimensões da auto-percepção do envelhecimento. Apesar disso, foi encontrada uma diferença marginalmente significativa para a dimensão Controlo Negativo da auto-percepção do envelhecimento. Ainda relativamente à dimensão Controlo Negativo, o grupo Eficaz apenas apresenta níveis superiores relativamente ao grupo Auto-crítico (com diferença marginalmente significativa). Apesar das diferenças não serem significativas, o grupo Eficaz também apresenta valores superiores aos outros dois grupos no que diz respeito às dimensões Controlo Positivo e Consequências Positivas. Uma possível explicação para não terem sido obtidas diferenças significativas no presente estudo prende-se com a dimensão reduzida de alguns grupos constituídos.

O estudo da relação entre ambos os estilos de personalidade (mais auto-crítico ou mais dependente) e a auto-percepção do envelhecimento também não permite confirmar a hipótese colocada (Hipótese 3b), que previa que os idosos com pontuações mais elevadas na escala de Auto-criticismo (estilo de personalidade mais auto-crítico) apresentassem níveis mais elevados de Controlo Positivo e Controlo Negativo, comparativamente aos idosos com pontuações mais elevadas na escala de Dependência (estilo de personalidade mais dependente). Apesar do grupo Auto-crítico apresentar níveis superiores relativamente à dimensão Controlo Positivo, comparativamente ao grupo Dependente, esta diferença não é significativa. Para além disso, o resultado obtido relativamente à dimensão Controlo

Negativo contraria a Hipótese colocada, uma vez que idosos com pontuações mais elevadas na escala de Auto-criticismo têm níveis inferiores nessa dimensão da auto-percepção do envelhecimento, comparativamente a idosos com pontuações mais elevadas na escala de Dependência (diferença significativa). Na literatura não foram encontrados estudos que analisassem a relação entre os dois estilos de personalidade (auto-crítico e dependente) e a auto-percepção do envelhecimento, sendo que a hipótese colocada baseou-se no Modelo teórico de Blatt, em função das características típicas de cada estilo de personalidade. Assim, esperava-se que o estilo de personalidade mais auto-crítico, caracterizado por uma constante auto-análise e avaliação, sensação de ter falhado por não viver à altura das expectativas e tendência a assumir responsabilidade e culpa e a ser crítico relativamente ao *Self* (Blatt, 1974, 2008), apresentasse níveis superiores de Controlo do que o estilo de personalidade anaclítico. Adicionalmente, a literatura indica que indivíduos com um estilo de personalidade mais introjectivo tendem a apresentar um locus de controlo mais interno e os indivíduos com um estilo mais dependente demonstram uma tendência para fazer atribuições causais de tipo externo (Hoeppel citado por Viglione et al., 1990; Coyne & Gotlib citados por Brown & Silberschatz, 1989). Deste modo, seria expectável que indivíduos mais introjectivos apresentassem valores mais elevados nas dimensões de Controlo da auto-percepção do envelhecimento, no sentido de possuírem um maior sentimento de controlo acerca do próprio desenvolvimento. Apesar disso, Brown e Silberschatz (1989) demonstraram que indivíduos mais auto-críticos tendiam a sentir-se responsáveis por acontecimentos negativos mas também os mais anaclíticos demonstravam essa tendência. Os resultados obtidos no presente estudo apontam para que indivíduos com um estilo de personalidade mais dependente apresentem uma tendência para possuir um maior sentimento de controlo sobre as experiências negativas relacionadas ao envelhecimento, comparativamente aos indivíduos mais introjectivos (encontrada significância estatística), enquanto que sujeitos com um estilo de personalidade mais auto-crítico tendem a demonstrar um sentimento de controlo sobre as experiências positivas relacionadas ao envelhecimento superior ao dos indivíduos com um estilo de personalidade mais anaclítico (sem significância estatística).

## Capítulo 6 – Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, são apontadas algumas limitações e colocadas sugestões para futuras investigações.

Relativamente à análise da dimensão depressiva da personalidade, num grupo de idosos pertencentes à população normal (objectivo 1), salienta-se que, apesar das diferenças não serem significativas, a escala de Dependência é a que apresenta resultados mais elevados, sugerindo uma tendência à predominância de um estilo de personalidade mais Dependente (ou anaclítico) na amostra em estudo. Este resultado pode ter sido influenciado pelo elevado número de elementos do sexo feminino presentes na amostra (comparativamente ao sexo masculino). Os resultados obtidos parecem apoiar uma visão dimensional da personalidade que defende a existência de continuidade entre o normal e o patológico, sendo que as características internas dos indivíduos deprimidos estão também presentes em indivíduos que não estão deprimidos (Blatt et al., 1976; Campos, 2009a). Não se encontraram diferenças significativas relativamente à dimensão depressiva da personalidade entre os sexos masculino e feminino, nem em função dos três grupos de idade constituídos. Contudo, apesar de não se terem verificado diferenças significativas, o sexo masculino apresentou resultados superiores na escala de Auto-criticismo (comparativamente ao sexo feminino), e o sexo feminino apresentou resultados superiores na escala de Dependência (comparativamente ao sexo masculino), sugerindo uma incidência de características e conflitos mais anaclíticos, no sexo feminino e uma incidência de características e conflitos mais introjectivos, no sexo masculino. Relativamente à idade, não se verificaram variações nos níveis de Auto-criticismo e de Dependência, em função da idade, apoiando o pressuposto de que estas duas escalas medem traços duradouros, estáveis e relativamente imutáveis, enraizados na experiência da infância (Blatt & Maroudas, 1992).

No respeitante à análise da auto-percepção do envelhecimento num grupo de idosos pertencentes à população normal (objectivo 2), resultados elevados em dimensões da auto-percepção responsáveis por auto-percepções mais adaptativas, apontam para a predominância de auto-percepções de envelhecimento positivas na amostra em estudo, indo os resultados ao encontro de outras investigações realizadas (e.g., Demakakos et al., 2006). Não foram encontradas diferenças significativas na auto-percepção do envelhecimento, entre os sexos feminino e masculino, mas foram encontradas diferenças significativas em função da idade. Apesar de algumas dimensões se comportarem de modo diferente ao esperado (e.g.,

Representações Emocionais, Controlo Negativo), Consequências Positivas foi a única dimensão a apresentar uma diferença significativa, apontando no sentido de que a auto-percepção do envelhecimento tende a tornar-se menos adaptativa e cada vez mais negativa em função da idade, indo os resultados ao encontro de algumas investigações já realizadas (e.g., Kotter-Gruhn et al., 2009; Steverink et al., 2001).

No estudo da análise da relação entre a dimensão depressiva da personalidade (estilos de personalidade mais auto-crítico ou mais dependente) e a auto-percepção do envelhecimento (objectivo 3) sobressai, como principal conclusão, que idosos com um estilo de personalidade mais dependente apresentam um maior sentimento de controlo sobre as experiências negativas relacionadas ao envelhecimento, comparativamente a idosos com um estilo de personalidade mais auto-crítico.

Relativamente às limitações do presente estudo, pode referir-se a dimensão reduzida de alguns dos grupos constituídos, o que pode ter contribuído para o facto de não terem sido encontradas diferenças significativas em algumas das análises efectuadas, e ainda a desigualdade entre o número de elementos em ambos os sexos.

Investigações futuras poderão analisar, mais profundamente, a temática investigada no presente estudo, recorrendo a uma amostra de maiores dimensões e com um número mais aproximado de participantes de ambos os sexos. Seria pertinente comparar os resultados obtidos pelos idosos pertencentes à população normal com os resultados obtidos por idosos pertencentes à população clínica (com depressão), relativamente à dimensão depressiva da personalidade. Seria também interessante considerar as duas facetas apontadas por Blatt e colaboradores (1995), dentro da escala de Dependência do QED, que parecem avaliar dois níveis diferentes de relacionamento interpessoal: a Dependência e o Relacionamento. Seria igualmente interessante, em estudos posteriores, a exploração da dimensão Identidade da auto-percepção do envelhecimento e o modo como esta se relaciona com a dimensão depressiva da personalidade. Por último, sugere-se a consideração da rede social do idoso no estudo, tanto da dimensão depressiva da personalidade como da auto-percepção do envelhecimento, uma vez que esta é uma variável de grande importância na idade avançada, sendo considerada como protectora da saúde mental dos indivíduos e essencial para assegurar uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação com a vida (Paúl, 2005).

Espera-se que, com o presente estudo, se tenha contribuído para um maior conhecimento da população idosa, na maior compreensão acerca da dimensão depressiva da personalidade e auto-percepção do envelhecimento, bem como motivar futuras investigações nesta área.

## Referências Bibliográficas

Areosa, S. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos e Contextos*, 3. Retirado em 20 de Julho, 2010 de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/978/758>.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.

Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7:9. Retirado em 2 de Novembro, 2009 de <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/9>.

Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 279-294.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.

Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9(2), 157-190.

- Blatt, S. J., Zohar, A. H., Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 319-339.
- Blazer, D. G. (1993). *Depression in late life*. Mosby.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21<sup>st</sup> Century: What is successful aging?. *International Journal Aging and Human development*, 64(3), 263-297.
- Brown, J. D., & Silberschatz, G. (1989). Dependency, self-criticism, and depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 187-188.
- Campos, R. (2000). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 3(18), 285-309.
- Campos, R. (2009a). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Edições Almedina.
- Campos, R. (2009b). *Questionário de Experiências Depressivas (QED)*. Edição: Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.
- Carstensen, L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 195-217.
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338.
- Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Climepsi Editores.
- Collins, A. L., Gleib, D. A., & Goldman, N. (2009). The role of life satisfaction and depressive symptoms in all-cause mortality. *Psychology and Aging*, 34(3), 696-702.
- Costa, N. F., & Maltez, J. C. (2005). Depressão. In J. C. Dias Cordeiro (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 559-594). Fundação Calouste Gulbenkian.

Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy-dependency and autonomy-self-criticism. *Psychological Bulletin*, 118(3), 358-378.

Demakakos, P., Hacker, E., & Gjonça, E. (2006). Perception of ageing. In J. Banks, E. Breeze, C. Lessof, & J. Nazroo (Eds.), *Retirement, health and relationships of the older population in England: The 2004 English longitudinal study of ageing* (pp. 339-366). London: The Institute for Fiscal Studies.

Dias Cordeiro J. C. (2005). O Homem e o Envelhecimento. In J. C. Dias Cordeiro (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 687-727). Fundação Calouste Gulbenkian.

Endler, N. S., & Van Heck, G. L. (1995). Editorial: Personality and Depression. *European Journal of Personality*, 9, 305-308.

Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of “Vital-Aging M”: A psychosocial program for promoting optimal aging. *European Psychologist*, 10(2), 146-156.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.

Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 285-311). Climepsi Editores.

Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1998). Disengagement and patterns of aging. In M. P. Lawton & T. A. Salthouse (Eds.), *Essential papers on the psychology of aging* (pp. 68-85). New York University Press.

Henry, W. E. (1998). Engagement and Disengagement: Toward a theory of adult development. In M. P. Lawton & T. A. Salthouse (Eds.), *Essential papers on the psychology of aging* (pp. 56-67). New York University Press.

Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Retirado em 25 de Fevereiro, 2010, de [http://ra09.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=78182611&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](http://ra09.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=78182611&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt)

- Jeon, H., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and Depression among oldest-old: A longitudinal analysis. *Research on Aging, 31*(6), 661-687.
- Kaufman, G., & Elder, G. H. (2002). Revisiting age identity: A research note. *Journal of Aging Studies, 16*, 169–176.
- Klein, D. N. (1989). The Depressive Experiences Questionnaire: A further evaluation. *Journal of Personality Assessment, 53*(4), 703-715.
- Kotter-Gruhn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin aging study. *Psychology and Aging, 24*(3), 654-667.
- Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(6), 601-608.
- Lee, Y., Choi, K., & Lee, Y. K. (2001). Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology, 47*, 254-262.
- Levy, B. (2008). Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behavior and Personality, 36*(4), 559-570.
- Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging *stereotypes* on the will to live. *Omega: Journal of Death and Dying, 40*(3), 409-420.
- Levy, B., Slade, M., & Kasl, S. (2002a). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57B*(5), 409-417.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002b). Longevity increased by Positive Self-perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(2), 261–270.
- Pedinielli, J., & Bernoussi, A. (2006). *Os Estados Depressivos*. Climepsi Editores.



- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-95). Climepsi Editores.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The structure of Successful Aging. In J.W. Rowe & R.L. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 36-52). New York: Dell Publishing.
- Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1993). Do interpersonal and achievement vulnerabilities interact with congruent events to predict depression? Comparison of DEQ, SAS, DAS, and combined scales. *Cognitive Therapy and Research*, 17(6), 531-548.
- Shapiro, J. P. (1988). Relationships between dimensions of depressive experiences and perceptions of the lives of people in general. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 297-308.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 139-156). Climepsi Editores.
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.
- Steverink, N., Westerhof, G. J., Bode, C., & Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(6), 364–373.
- Tate, R., Lah, L., & Cuddy T. (2003). Definition of Successful Aging by elderly canadian males: The Manitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43(5), 735–744.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. UsP*, 19 (1), 81-94.
- VandenBos, G. R. (1998). Life-span developmental perspectives on aging: an introductory overview. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.

Viglione Jr, D. J., Philip, A., Clemmey, P. A., & Camenzuli, L. (1990). The Depressive Experiences Questionnaire: A critical review. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 52-64.

Welkowitz, J., Lish, J. D., & Bond, R. N. (1985). The Depressive Experiences Questionnaire: Revision and validation. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 89-94.

Westerhof, G. J., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(3), 129–136.