

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DA AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E DOS
TRAÇOS DE PERSONALIDADE NA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
IDOSOS**

Sara Tatiana Ferreira Lourenço

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**INFLUÊNCIA DA AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO E DOS
TRAÇOS DE PERSONALIDADE NA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
IDOSOS**

Sara Tatiana Ferreira Lourenço

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)

2012

*“É preciso força para sonhar e perceber
que a estrada vai além do que se vê.”*

(Marcelo de Souza Camelo)

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva pela disponibilidade e ajuda, sempre presentes, pela partilha de conhecimento e por todos os instantes em que o receio se deixou ocupar por um lugar mais tranquilo. Obrigada por ter acreditado.

A todos os participantes do estudo que se mostraram tão disponíveis para colaborar na realização deste trabalho.

À minha mãe, pelo alicerce e pela casa. Pela esperança. *Cada palavra que me ensinaste repete mil vezes o teu nome.*

Ao Diogo Vieira, pelo Lugar e pelo Amor. Há cor neste samba e não há Inverno que borre esta pintura. Pela incondicional disponibilidade, compreensão e paciência. Pela união que não se perde das mãos.

À Iris Pinheiro e à Rita Teixeira, pelos Laços e os seus nós. Pela autêntica Amizade.

À Ana Gentilhomem, Joana Monteiro e Rita Miguel, por todas as partilhas.

À Rosário Belo, pela presença e liberdade.

Sou grata.
O caminho não se faz sozinho.

Índice

Introdução	1
1. – Contextualização Teórica.....	2
1.1 Envelhecimento	2
1.2 Auto-percepção do envelhecimento	4
1.3 Personalidade e traços de personalidade	8
1.3.1 O impacto dos traços de personalidade	13
1.4 Sintomatologia depressiva.....	16
2. – Objectivos e Hipóteses.....	20
3. – Método	24
3.1 – Participantes	24
3.2 – Instrumentos	25
3.2.1 Questionário Sócio-demográfico	26
3.2.2 Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE).....	26
3.2.3 Inventário dos Cinco Factores (NEO-FFI)	27
3.2.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D).....	29
3.3 – Procedimento.....	30
3.4 – Procedimento Estatístico	31
4. – Resultados	32
4.1 – Análise da auto-percepção do envelhecimento	32
4.1.1 – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento da amostra	32
4.1.2 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função do género.....	33
4.1.3 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função da idade	33
4.1.4 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função da Avaliação de Saúde Actual.....	34
4.2 – Análise dos traços de personalidade.....	35
4.2.1 – Caracterização dos traços de personalidade da amostra.....	35
4.2.2 – Análise dos traços de personalidade em função do género	35
4.2.3 – Análise dos traços de personalidade em função da idade.....	36
4.2.4 – Análise dos traços de personalidade em função da Avaliação de Saúde Actual ..	37
4.3 – Análise da sintomatologia depressiva	38
4.3.1 – Caracterização da sintomatologia depressiva da amostra.....	38

4.3.2 – Análise da sintomatologia depressiva em função do género	38
4.3.3 – Análise da sintomatologia depressiva em função da idade	39
4.3.4 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Avaliação de Saúde Actual	39
4.3.5 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Avaliação da Situação Económica	40
4.3.6 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Vida Profissional	41
4.4 – Análise da relação da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade com a sintomatologia depressiva	41
4.4.1 – Análise da sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento	42
4.4.2 – Análise da sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade....	43
4.4.3 – Análise da regressão linear múltipla da sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade.....	44
5. – Discussão	45
5.1 – Auto-percepção do envelhecimento	46
5.2 – Traços de personalidade	48
5.3 – Sintomatologia depressiva	50
5.4 – Sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade	53
6. – Conclusão.....	57
7. – Referências Bibliográficas	60
Anexos	69
ANEXO I – Questionário Sócio-demográfico	70
ANEXO II – Folha de Consentimento Informado	76

Índice de Quadros

Quadro 1 - Características sócio-demográficas da amostra total	25
Quadro 2 - Estatística descritiva dos resultados do QPE.....	32
Quadro 3 - QPE: Comparação em função do género	33
Quadro 4 - QPE: Comparação em função da idade.....	34
Quadro 5 - QPE: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual	34
Quadro 6 - Estatística descritiva dos resultados do NEO-FFI.....	35
Quadro 7 - NEO-FFI: Comparação em função do género	36
Quadro 8 - NEO-FFI: Comparação em função da idade	37
Quadro 9 - NEO-FFI: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual	37
Quadro 10 - Estatística descritiva dos resultados da CES-D.....	38
Quadro 11 - CES-D: Comparação em função do género	38
Quadro 12 - CES-D: Comparação em função da idade.....	39
Quadro 13 - CES-D: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual.....	40
Quadro 14 - CES-D: Comparação em função da Avaliação da Situação Económica.....	40
Quadro 15 - CES-D: Comparação em função da Vida Profissional.....	41
Quadro 16 - CES-D: Comparação em função das escalas do QPE associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva.....	42
Quadro 17 - CES-D: Comparação em função das escalas do QPE associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa.....	43
Quadro 18 - CES-D: Comparação em função das escalas Neuroticismo e Extroversão.....	44

Resumo

O presente trabalho refere-se ao estudo da influência da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade na sintomatologia depressiva, numa amostra de adultos mais velhos, em meio não institucional e sem psicopatologia diagnosticada. Tem como objectivos: (1) analisar a auto-percepção do envelhecimento; (2) analisar os traços de personalidade; (3) analisar a sintomatologia depressiva e (4) explorar de que forma a auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade se relacionam com a sintomatologia depressiva. Foram utilizados quatro instrumentos: *Questionário de Percepção do Envelhecimento – QPE* (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007) traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007); *Inventário dos Cinco Factores – NEO-FFI* (Costa, P. T. & McCrae, R. R., 1989, 1992), traduzido e adaptado em Portugal por Lima e Simões (2001); *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D* (Radloff, 1977) traduzida e adaptada em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2004) e um *Questionário Sócio-demográfico*, construído para recolha de dados sócio-demográficos e psico-sociais. Participaram no estudo 81 indivíduos de ambos os sexos com idades compreendidas entre 60 e 90 anos. Os resultados mostraram que as mulheres tendem a apresentar auto-percepções do envelhecimento mais negativas do que os homens e que as auto-percepções do envelhecimento sofrem variações em função da idade. As mulheres tendem a evidenciar níveis mais elevados de Neuroticismo e mais baixos de Extroversão e, em função da idade, o Neuroticismo sofre variações e a Extroversão tende a diminuir. A sintomatologia depressiva é, tendencialmente, mais elevada nas mulheres do que nos homens e a amostra total sofre variações em função da idade. Indivíduos com auto-percepções do envelhecimento mais positivas apresentam menos sintomatologia depressiva e indivíduos com elevado Neuroticismo e baixa Extroversão apresentam mais sintomatologia depressiva. Verificaram-se, ainda, associações pertinentes entre variáveis sócio-demográficas e a auto-percepção do envelhecimento, os traços de personalidade e a sintomatologia depressiva. O estudo preditivo demonstrou que a auto-percepção do envelhecimento (duas escalas) e o Neuroticismo são preditores significativos da sintomatologia depressiva. Os resultados são discutidos com base na literatura existente. São referidas as limitações do estudo e as propostas para futuras investigações.

Palavras-Chave: Auto-percepção do Envelhecimento; Traços de Personalidade; Sintomatologia Depressiva; Psicologia do Envelhecimento

Abstract

The present research concerns the study of the influence of self-perception of aging and personality traits in depressive symptoms in a sample of older adults, in non-institutional context and without diagnosed psychopathology. The aims are: (1) to analyze the self-perception of aging; (2) to analyze the personality traits; (3) to analyze the depressive symptoms and (4) to investigate how self-perception of aging and personality traits are associated with depressive symptoms. Three instruments were used: *Aging Perceptions Questionnaire – APQ* (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007) translated and adapted in Portugal by Claudino (2007); *Five Factors Inventory – NEO-FFI* (Costa, P. T. & McCrae, R. R., 1989, 1992) translated and adapted in Portugal by Lima and Simões (2001); *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale – CES-D* (Radloff, 1977) translated and adapted in Portugal by Gonçalves and Fagulha (2004) and a *Social-Demographic Questionnaire* to gather social-demographic and psychosocial data. 81 participants of both gender and ranging in age from 60 to 90 years old were involved in the present study. Results showed that women’s self-perceptions of aging tend to be more negative than men’s and that self-perceptions of aging suffer variations across age groups. Women tend to show higher levels of Neuroticism and lower levels of Extraversion, and depending on age, the Neuroticism suffers variations and Extraversion tends to decrease. Women tend to show more depressive symptoms than men and the depressive symptoms of the sample show variations across age groups. Individuals with more positive self-perceptions of aging present less depressive symptoms and individuals with higher Neuroticism and lower Extraversion present more depressive symptoms. Relevant associations were also verified between social-demographical variables and self-perceptions of aging, the personality traits and the depressive symptoms. The predictive study showed that self-perception of aging (two scales) and Neuroticism are significant predictors of depressive symptoms. Results are discussed in the light of the existing literature. Study limitations and suggestions for further investigations are presented.

Key Words: Self-perception of Aging; Personality Traits; Depressive Symptoms; Aging Psychology

Introdução

O tema proposto para estudo insere-se no âmbito da investigação sobre o processo de envelhecimento. Mais especificamente, o foco do trabalho incide na análise da forma como a auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade se relacionam com a sintomatologia depressiva, na idade adulta avançada.

A escolha do tema deve-se, em primeiro lugar, ao actual e visível envelhecimento da população. Tais circunstâncias demográficas implicam uma nova, e emergente, readaptação dos padrões socioculturais face aos indivíduos de idade adulta avançada. Não se tratará de um desafio fácil, tendo em conta o cenário (ocidental), em que o *novo* se torna preponderante e desejável em comparação com o *velho*, que enfrenta um conjunto de preconceitos e estereótipos reveladores de ignorância, os quais parecem caracterizar, de modo depreciativo, os mais velhos como muito semelhantes. Como é que se pode cair nesta crença, tratando-se de indivíduos com a experiência de vida mais longa e, por conseguinte, com um leque de vivências mais vasto?

As pesquisas mais recentes têm vindo a confirmar a grande variabilidade de sujeito para sujeito e a sua heterogeneidade, evidenciando, assim, a plasticidade do ser humano para a velhice, pelo que esta pode constituir, então, um período de várias oportunidades de crescimento pessoal. O presente trabalho pretende, assim, contribuir para um melhor entendimento sobre o processo de envelhecimento, procurando identificar, mais especificamente, alguns aspectos que possam ser determinantes para a compreensão da sintomatologia depressiva nesta fase do ciclo de vida.

No que se refere à sua organização, o presente trabalho encontra-se dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo, a contextualização teórica, são abordados os conceitos de Envelhecimento, Auto-percepções do Envelhecimento, Traços de Personalidade e Sintomatologia Depressiva, de acordo com a revisão de literatura realizada. No segundo capítulo são apresentados os objectivos do estudo, bem como as respectivas hipóteses formuladas. No terceiro capítulo é descrito o método, incluindo a caracterização dos participantes, os instrumentos utilizados, o procedimento geral e o procedimento estatístico. O quarto capítulo incide sobre os resultados. No quinto capítulo é elaborada a discussão. Por fim, o sexto capítulo contempla as conclusões e limitações do estudo, assim como sugestões para investigações futuras.

Capítulo 1 – Contextualização Teórica

1.1 Envelhecimento

Ser idoso, ser mais velho, é ser sempre algo diferente de pessoa para pessoa. Ninguém envelhece da mesma forma. Não há dois processos de envelhecimento iguais. Tal como cada caso é um caso, cada pessoa mais velha faz-se acompanhar da sua própria história, na medida em que traz consigo a sua própria experiência de vida.

O que é, então, envelhecer? Segundo Paúl e Fonseca (1999), envelhecer é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais, é necessária uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

Parece que abordar o envelhecimento implica ter em conta um caminho, um percurso a realizar ao longo de toda a vida, assumindo um processo contínuo e gradual que decorre a par do desenvolvimento. Segundo Oliveira (2010), o século XXI será certamente o século dos idosos, pelo menos, no mundo ocidental. Por seu lado, Fontaine (1999/2000) considera que o desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo.

De acordo com a informação dos dados do INE (2011), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Em 1981, cerca de um quarto da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos) e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade activa (15-24 anos) de, respectivamente, 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

Se os novos de hoje serão os velhos de amanhã, não será de grande utilidade e benefício conseguirmos melhor compreender o processo de envelhecimento, deixando de lado a ideia pré-concebida do trapo velho? Fontaine (1999/2000) acrescenta que a compreensão dos processos de envelhecimento que transformam a nossa velhice num momento feliz ou num verdadeiro naufrágio constitui o objecto de investigação de numerosos cientistas. Terão sido

suficientes? Se esta questão tem sido cada vez mais estudada, porque é que ainda permanecem alguns estereótipos a respeito do envelhecimento e dos mais velhos, tal como foram identificados em vários estudos (Fleeson & Heckhausen, 1997; Hummert, 1990; Löckenhoff et al., 2009; Rothermund & Brandtstädter, 2003; Ruppel, Jenkins, Griffin, & Kizer, 2010; Sargent-Cox, Anstey & Luszcz, 2012)? Berger (cit. por Oliveira, 2010) identifica sete estereótipos a respeito dos idosos: o idoso visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutiva, necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os outros velhos e sofrendo de isolamento e solidão.

Novo (2003) refere que o domínio da velhice é um vasto território recheado de escritos clássicos, da antiga Grécia e Roma à modernidade contemporânea, mas cheio de espaços vazios na literatura científica. A vida adulta e a velhice só começaram a ser estudadas sistematicamente na segunda metade do século XX, quando a teorização e a investigação sobre a infância tinham já meio século de existência. Pessoas idosas, mesmo centenárias, existiram em todas as épocas, mas só recentemente surgiram populações compostas por um grande número de pessoas idosas. A autora justifica a expansão da investigação, nas últimas décadas, tanto a nível da análise de processos específicos, como de modelos globais, como sendo resultado da procura de respostas à questão de como o comportamento dos indivíduos se transforma ao longo do curso de vida e como se caracteriza na velhice. Desta forma, os dados obtidos têm permitido identificar aspectos fundamentais, nomeadamente, a considerável variabilidade inter e intra-individual do processo de envelhecimento nos diferentes domínios físico, cognitivo e de personalidade; a noção de que os processos de mudança relacionados com a idade não são necessariamente paralelos às mudanças biológicas ao longo do curso de vida; e de que diferentes conceitos de idade permitem uma explicação diversa dos fenómenos e processos ligados ao envelhecimento. Provavelmente, o trilha mais notável dos dados acumulados nos anos recentes, nos domínios biológico e psicológico, é relativo ao reconhecimento da heterogeneidade do envelhecimento, nos planos intra e inter-individual, e à afirmação de que o declínio não será inevitavelmente vertiginoso e tão precoce como era concebido há décadas atrás.

Paúl (1992) refere que o bem-estar dos idosos tem, de facto, a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e, mais ainda, com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida.

O processo de envelhecimento interessa a todos. Em primeiro lugar, aos já idosos, mas, também, a todas as gerações seguintes, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos.

Do modo como a sociedade trata hoje os idosos, podem aferir-se os seus valores e prever os valores de amanhã (Oliveira, 2010). Seguindo esta ideia, parece ser urgente promover uma nova abordagem para com a nossa população mais envelhecida, quer ao nível social, quer ao nível individual. Partir do pressuposto de que a diferença possa ser implementada a partir de cada indivíduo, na sua singularidade, poderá ser o caminho promissor para a readaptação das abordagens e dos recursos disponíveis para com os mais velhos, o que parece, assim, constituir uma mais-valia e um meio privilegiado de relação e comunicação face a esta camada da população. Certamente que não será suficiente só reconhecer as fragilidades dos mais velhos. Talvez se deva pensar em medidas concretas. Afinal, os novos de hoje serão, mesmo, os velhos de amanhã. É um enorme desafio, este que se coloca.

Neste cenário, será, então, plausível assumir o conceito de ser velho como algo fortemente relacionado com a vivência subjectiva da idade e das experiências de vida por parte de cada pessoa. No fundo, talvez uma das questões mais relevantes seja enfatizar os aspectos idiossincráticos de cada um, ao mesmo tempo que, paralelamente, se reforça a forte noção de heterogeneidade na faixa etária em causa, a idade adulta avançada.

1.2 Auto-percepção do envelhecimento

Os mais velhos são bastante diferentes entre si. Considerando esta marcada e tão forte heterogeneidade, Fontaine (1999/2000) defende que algumas pessoas se mostram resistentes ao envelhecimento, chegando mesmo a mostrar melhor desempenho, ao passo que outras declinam ao sofrerem um processo patológico. Montepare e Lachman (1989) referem que a idade subjectiva e a negação do envelhecimento estão mais intimamente relacionadas com as atitudes e receios associados ao próprio processo de envelhecimento do que com as atitudes generalizadas da população para com os mais velhos. Parece então que, além da forma como os outros concebem o envelhecimento e a velhice, é, também, a própria visão do indivíduo, para com o seu envelhecimento, que exerce um papel determinante.

As auto-percepções do envelhecimento representam um construto multi-dimensional que abrange facetas como a satisfação com o envelhecimento e a idade subjectiva (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, & Smith, 2009). De acordo com os autores, a satisfação com o envelhecimento indica o grau em que os indivíduos estão satisfeitos com o seu próprio envelhecimento e as mudanças relacionadas com o mesmo; e a idade subjectiva é um termo mais abrangente no âmbito da auto-percepção do envelhecimento, podendo incluir as reflexões e ideias do próprio. Por seu lado, Hummert (1990) também sublinha a natureza

multi-dimensional das auto-percepções do envelhecimento, acrescentando-lhes a dicotomia de poderem ser, tanto mais positivas, como mais negativas.

Quer por parte dos mais velhos, quer por parte dos mais jovens, as percepções do envelhecimento influenciam os comportamentos e as expectativas para com os idosos, assim como o seu bem-estar (Löckenhoff et al., 2009). As auto-percepções do envelhecimento podem ser melhores preditores do funcionamento físico e psicológico ligado ao envelhecimento do que a idade cronológica (Montepare & Lachman, 1989).

O envelhecimento deve ser entendido em termos da percepção individual e das experiências do próprio indivíduo. Neste sentido, a percepção do envelhecimento será moldada pelas interações dinâmicas com os sistemas sociais e culturais que deverão enquadrar a nossa compreensão do processo de envelhecimento, à luz do que constitui uma população envelhecida (Demakakos, Gjonca, & Nazroo, 2007). No estudo realizado por estes autores, por exemplo, é sugerido que nas sociedades ocidentais contemporâneas, na sua maioria, as pessoas mais velhas se percebem e avaliam a si próprias como mais jovens, em relação à idade cronológica, assumindo que a meia-idade se estende muito além dos sessenta anos e desejando que fossem mais jovens do que a sua idade cronológica. Seguindo esta ideia, surge o exemplo do contraste entre a cultura ocidental e a cultura asiática, tal como referem Löckenhoff et al. (2009), pelo que a primeira se encontra orientada para a juventude, suportando visões mais negativas do envelhecimento e dos idosos e a segunda, de modo distinto, privilegia a promoção de visões mais positivas do envelhecimento e assume grande admiração e respeito pelos mais velhos.

À medida que as pessoas envelhecem, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se cada vez mais negativo (Baltes, 1987). Ainda assim, apesar de muitas mazelas e perdas inevitáveis em todos os campos, o envelhecimento pode ter, também, características positivas, como a sabedoria, a maturidade emocional e a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar maior significado à vida (Oliveira, 2010). A pergunta que se coloca, tal como o fizeram Kotter-Grühn et al. (2009), é se os mais velhos mantêm uma auto-percepção positiva do envelhecimento, mesmo quando estão mais próximos da morte. Enfrentando visões e preconceitos negativos a respeito da velhice e dos mais velhos, não será tarefa fácil, atendendo a que, tal como mencionam Löckenhoff et al. (2009), os valores e crenças culturais são relevantes para as diferenças verificadas face às atitudes e percepções do envelhecimento.

A aceitação da mudança, no fundo o medo de envelhecer, bem como a satisfação de vida, estão ligadas às auto-percepções de envelhecimento (Montepare & Lachman, 1989). Por um

lado, as auto-percepções positivas do envelhecimento constituem um bom indicador do desenvolvimento positivo na velhice, por outro, as auto-percepções negativas e pessimistas do envelhecimento potenciam experiências de stress (Chasteen, 2000), pondo em causa a regulação do desenvolvimento durante esta fase do ciclo de vida. Quando os mais velhos se apercebem de declínios no seu funcionamento físico e/ou cognitivo, podem justificar essas mudanças com o seu envelhecimento. Esta atribuição mais negativa pode, conseqüentemente, resultar, também, num declínio da sua auto-percepção do envelhecimento (Kotter-Grühn et al., 2009).

Ao contrário dos grupos formados a partir do género ou etnia, o grupo etário de um indivíduo vai sempre mudando. Devido a tal facto, os idosos constituem, por si próprios, um único grupo no qual as auto-percepções envolvem não só atitudes para consigo mesmos, enquanto grupo etário mas, também, atitudes a respeito do seu próprio envelhecimento (Chasteen, 2000). A autora acrescenta que os idosos têm atitudes mais positivas face ao seu processo de envelhecimento, quando comparando com adultos mais jovens.

A relação entre as auto-percepções do envelhecimento e outras variáveis pertinentes, nesta área, tem sido muito explorada. Demakakos et al. (2007) referem que a auto-percepção do envelhecimento é preditiva da sobrevivência e da mortalidade nos idosos, tendo também verificado uma associação entre auto-percepção do envelhecimento e várias dimensões da saúde e do nível de funcionalidade. A auto-percepção do envelhecimento pode estar associada com a saúde, na medida em que acarreta um complexo de informação sobre o próprio indivíduo e o seu contexto social e cultural. Numa amostra de idosos, os autores verificaram que aqueles que se sentiam mais jovens do que a sua idade cronológica ou que acreditavam que a meia-idade terminava mais tarde demonstravam ter melhores índices de saúde e sofrer menos de hipertensão e diabetes do que aqueles que não se sentiam mais jovens do que a sua idade cronológica ou que acreditavam que a meia-idade terminava mais cedo.

Por exemplo, vários estudos têm demonstrado que uma auto-percepção positiva do envelhecimento está associada a um menor risco de morrer seis, treze ou vinte e três anos após uma avaliação inicial (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002; Maier & Smith; Levy & Myers; Uotinen, Rantanen, & Suutama, cit. por Kotter-Grühn et al., 2009). Deste modo, é plausível considerar que as auto-percepções positivas do envelhecimento estão ligadas a baixos níveis de ocorrência de morte (Demakakos et al., 2007). Declínios nas auto-percepções positivas do envelhecimento podem, assim, ser interpretados como um declínio

na capacidade geral de regular as perdas antes da morte (Baltes & Smith, 2003). Por seu lado, Levy et al. (2002) referem que auto-percepções do envelhecimento positivas contribuem para um aumento da longevidade. Níveis elevados e estabilidade nas auto-percepções positivas do envelhecimento constituem indicadores de resiliência e adaptação com sucesso aos agentes stressores físicos, psicológicos e ambientais, que se manifestam com o avanço da idade, ao longo do desenvolvimento (Sneed & Whitbourne, cit. por Kotter-Grühn et al., 2009). Num estudo recente de Sargent-Cox et al. (2012), é referido que as auto-percepções do envelhecimento mais negativas estão relacionadas com declínios na saúde e funcionalidade física dos indivíduos de idade avançada e, por outro lado, que as auto-percepções do envelhecimento mais positivas constituem factores de protecção contra declínios no funcionamento físico ao longo da velhice. Os autores sugerem, ainda, que os adultos mais velhos que apresentam auto-percepções do envelhecimento mais negativas acreditam que as perdas que derivam do envelhecimento serão algo inevitável e que estão fora do seu controlo.

As auto-percepções do envelhecimento podem estar associadas a (1) comportamentos que promovam a saúde ou que a coloquem em risco, (2) processos fisiológicos ou psico-imunológicos que contribuam para o surgimento de doenças, (3) disposições relacionadas com o lidar dos desafios da vida adulta ou (4) exposição diferencial aos factores de risco ambientais (Demakakos et al., 2007).

Kotter-Grühn et al. (2009) referem que os homens registam mais auto-percepções positivas do envelhecimento do que as mulheres. Assim, é sugerido que podem envelhecer mais positivamente do que as mulheres, ainda que também vivam mudanças ligadas ao envelhecimento, por exemplo na aparência física. Por seu turno, Montepare e Lachman (1989) consideram que, ao longo da meia-idade e da velhice, as mulheres experienciam identidades mais jovens do que os homens.

Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007) verificaram relações entre as auto-percepções do envelhecimento e componentes ligados à saúde psicológica, tais como satisfação de vida, qualidade de vida, solidão e depressão. A um nível comportamental, as auto-percepções do envelhecimento estão também relacionadas com a adopção de comportamentos saudáveis e de estratégias de coping adequadas. Estas conclusões são particularmente relevantes devido ao facto de, desta forma, as percepções e crenças negativas sobre o envelhecimento serem passíveis de mudança, bem como ser possível explorar intervenções que promovam a saúde física e psicológica na idade adulta avançada.

Uma identidade mais jovem e percepções de envelhecimento positivas promovem um aumento nos recursos psicossociais que, por sua vez, beneficiam a fase mais tardia do ciclo de vida e a longevidade (Demakakos et al., 2007). Paralelamente a esta evidência, com o propósito de manter auto-percepções do envelhecimento positivas, os mais velhos podem, por exemplo, minimizar a importância das mudanças negativas relacionadas com a velhice ou interpretar o modo como estão a lidar com essas mudanças como um sinal de crescimento psicológico e pessoal (Kotter-Grühn et al., 2009).

Dado que as populações estão a envelhecer por todo o mundo, as percepções sociais para com os adultos mais velhos e as expectativas das pessoas face ao seu próprio processo de envelhecimento influenciarão o bem-estar dos mais velhos, assim como as decisões políticas, a nível social, que lhes tragam um impacto determinante (Löckenhoff et al., 2009).

Como ainda é pouco claro se as percepções de envelhecimento dos idosos reflectem uma visão estável do próprio ou, demonstram mudanças que acompanham as transições no curso de vida, é importante identificar os seus padrões de desenvolvimento (Montepare & Lachman, 1989).

1.3 Personalidade e traços de personalidade

O que é a personalidade, todas as pessoas sabem, mas, dizê-lo, ninguém consegue (Burnham, cit. por Allport & Vernon, 1930). Talvez não seja possível, de todo, encontrar e assumir uma definição universal da personalidade, pelo que têm sido propostas várias definições para o seu conceito (Costa, Yang & McCrae, 1998). Querera isto mostrar uma dificuldade de consenso ou, simplesmente, podem existir várias considerações sobre a personalidade? De facto, há psicólogos que consideram mesmo a indefinição da personalidade (Allport & Vernon, 1930).

F. H. Allport e G. W. Allport (1921) defendem que é impossível dar uma descrição plausível e completa da personalidade sem indicar a forma como a mesma estimula e influencia as outras pessoas e o modo como o comportamento das outras pessoas se repercute na personalidade em si.

MacCurdy (cit. por Allport & Vernon, 1930) sugeriu que a personalidade seria uma integração de padrões que potenciam uma tendência individual para o comportamento, enquanto McDougall (cit. por Allport & Vernon, 1930) sublinhou a importância da personalidade como um sistema solidamente construído de sentimentos. Em 1974, Skinner

(cit. por Costa & McCrae, 1994a) referiu a personalidade como o repertório de comportamentos aprendidos. Certamente que esta definição será bastante redutora.

Em 1961, G. W. Allport apresentou a seguinte definição de personalidade: “organização dinâmica de sistemas psicológicos do indivíduo que determina o seu comportamento e pensamento característicos”. Partindo desta ideia, Costa e McCrae (1994a) consideram estar presentes três elementos: (1) uma organização dinâmica ou os processos que integram o decorrer das experiências e dos comportamentos, (2) os sistemas psico-fisiológicos que representam as tendências básicas e as capacidades do indivíduo e (3) o comportamento e pensamento característicos, tais como hábitos, atitudes e relacionamentos, designados pelos autores de adaptações características. A estes três elementos acrescentam (4) as influências externas ou ambiente psicológico, que incluem as influências desenvolvimentistas e as circunstâncias actuais, tanto ao nível geral, como específico – normas culturais, acontecimentos de vida, relações pais-filho, (5) a biografia objectiva, composta pela totalidade de sentimentos, pensamentos e acções de um indivíduo, desde o início até ao fim da sua vida – os seus comportamentos manifestos e (6) o auto-conceito, baseado nos conhecimentos, perspectivas e avaliações relativas ao próprio eu.

Oliveira (2010) refere que a personalidade pode ser considerada como uma estrutura integradora de tudo o que caracteriza a nossa forma de pensar, sentir, reagir e agir face às solicitações sociais ou ao meio ambiente. Reforçando esta noção de integração, poder-se-á considerar a personalidade como uma estrutura, uma organização ou, ainda, um integrador de comportamentos, sendo que a palavra integração recorda a existência de um todo organizado, cujas unidades mantêm relações coerentes, o que permite a prossecução de uma finalidade comum. A integração funciona ao nível de um conjunto de representações, facto que leva o indivíduo a adoptar comportamentos relativamente previsíveis pelos que o rodeiam (Fontaine, 1999/2000).

Talvez a definição mais comum, porém, se refira, de algum modo, aos traços de personalidade enquanto atributos ou qualidades de um indivíduo, medidos por inventários de personalidade (Allport & Vernon, 1930). Os traços de personalidade estão ligados aos comportamentos, motivações, sentimentos, fantasias, estilos cognitivos e interesses intelectuais, afectando as interacções interpessoais, coping, mecanismos de defesa, bem-estar psicológico, práticas de saúde ou orientação religiosa (Costa et al, 1998).

Uma das questões que tem surgido na investigação na área do envelhecimento, é o facto de certas características de personalidade poderem desempenhar um papel fulcral no decorrer

do processo de envelhecimento, influenciando o funcionamento cognitivo e exercendo um papel determinante para com o enfrentar de acontecimentos de vida difíceis (Fernández-Ballesteros, 2005).

Gana (cit. por Fontaine, 1999/2000) considera que o estudo do envelhecimento da personalidade reconduz-se, assim, à questão da estabilidade e das mudanças desta estrutura e deste integrador, no curso de vida, que é a personalidade. A questão principal é saber se existem mudanças significativas na personalidade devidas à idade, se a personalidade se mantém mais ou menos estável, ou se muda ao longo do ciclo de vida (Oliveira, 2010).

A respeito da personalidade e do desenvolvimento, Oliveira (2010) refere que, em geral, pode dizer-se que o idoso, na tensão dinâmica entre continuidade e mudança, mantém o essencial das disposições ou traços da sua personalidade, podendo enriquecer-se em algumas, como por exemplo a sabedoria. Baltes e Staudinger (cit. por Novo, 2003) referem que os estudos no âmbito da sabedoria constituem um contributo importante para a ideia de que o envelhecimento não envolve apenas perdas, mas também pode envolver ganhos. A sabedoria é comumente considerada uma dimensão que inclui o conhecimento formal, o raciocínio formal, o raciocínio moral e um nível de pensamento integrativo dos aspectos cognitivos e emocionais, de conhecimento com alcance, profundidade e equilíbrio, capaz de dar resposta às questões controversas e de enfrentar a incerteza.

Se a personalidade pode mudar ou não, depende do tipo de definições que sejam adoptadas. Para definir a personalidade, é necessário um enquadramento teórico que inclua diferentes abordagens que possam ser integradas e comparadas. Só assim se torna possível discutir em que aspectos a personalidade muda (Costa & McCrae, 1994a).

Costa e McCrae (1994b), investigadores da linha de estudos dos traços de personalidade, defendem que, em muitos aspectos fundamentais, as pessoas permanecem as mesmas ao longo de muitos anos. Certamente que as pessoas crescem e mudam, mas fazem-no em função dos traços personalidade (Costa & McCrae, 1994a).

Foram os avanços na investigação sobre os traços e os vários estudos longitudinais que verificaram a estabilidade da personalidade que permitiram o progresso dos conhecimentos na área da personalidade (Costa & McCrae, 1994a). Os estudos centrados nos traços de personalidade têm encontrado, consistentemente, um padrão de estabilidade dos níveis médios das medidas e das diferenças individuais, em que grande parte da variância é atribuída às diferenças inter-individuais, independentemente da idade (Novo, 2003).

A forma como os indivíduos se adaptam às circunstâncias de vida é moldada pela personalidade (Costa & McCrae, 1994a), o que lhe confere, deste modo, um papel determinante. Existem vários tipos de personalidade e todos podem ter sucesso na adaptação às situações da vida prática (F. H. Allport & G. W. Allport, 1921). Importa ter em conta que, tal como referiram Allport e Vernon (1930), parece que o comportamento de amanhã se encaixará naquilo que sabemos da personalidade do dia de hoje.

Compreender as diferenças individuais na mudança é essencial para compreender o desenvolvimento ao longo da vida (Hertzog & Nesselroade, cit. por Scollon & Diener, 2006). Fleeson e Heckhausen (1997) caracterizam a percepção dos indivíduos sobre o desenvolvimento da sua própria personalidade adulta, desde os 24 aos 65 anos de idade. O estudo realizado pelos autores sugere que os indivíduos entendem a sua personalidade como diferente, em diferentes idades; que os indivíduos antecipam o futuro da sua própria personalidade, na velhice, como sendo caracterizada por mais perdas do que ganhos; e que adultos de diferentes idades se distinguem, de alguma forma, nas suas percepções de personalidade.

De qualquer modo, assiste-se a uma grande estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida, num crescendo que, normalmente, leva o idoso a atingir sabedoria, encarando mais tranquilamente os acontecimentos e conseguindo equilibrar os ganhos e as perdas (Oliveira, 2010). As mudanças normativas, na maioria dos domínios da personalidade, têm uma magnitude modesta e podem actuar para preservar, e não, alterar, a estrutura da personalidade (Terracciano et al., cit. por Allemand, Zimprich, & Hendriks, 2008).

Os traços de personalidade exercem uma influência abrangente no funcionamento psicológico do indivíduo (Costa et al., 1998). Os comportamentos, atitudes, capacidades, interesses, papéis e os vários tipos de relações modificam-se ao longo do tempo mas de forma consistente com a personalidade subjacente do indivíduo. Tal facto acontece, pois os traços reflectem disposições duradouras características de cada pessoa. Não obstante, os traços modificam-se à medida que surgem novos desafios, ameaças ou oportunidades ao longo de todo o ciclo de vida, motivo pelo qual podem ser considerados como adaptações. Desta forma, a estabilidade da personalidade faz com que se evidencie a continuidade na vida (Costa & McCrae, 1994a).

Costa et al. (1998) sugerem que os traços de personalidade podem ser compreendidos em termos de cinco factores ou amplos domínios: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Por sua vez, cada um destes factores é

definido por muitos outros, mais específicos, que proporcionam, assim, uma descrição detalhada da personalidade.

Os investigadores desta área têm reconhecido o modelo dos Cinco Factores como uma representação adequada da estrutura dos traços de personalidade (McCrae, 1991) e Fleeson e Heckhausen (1997) consideram que os psicólogos da personalidade têm mostrado algum consenso a respeito dos traços, sendo que o modelo dos Cinco Factores proporciona uma avaliação compreensiva da maioria das dimensões dos traços. A sua generalização encontra-se bem estabelecida entre amostras de indivíduos de ambos os sexos, mais jovens e mais velhos, e caucasianos ou não (Costa et al., 1998). Os autores referem que a estabilidade dos traços é mais elevada para adultos, a partir dos trinta anos de idade, do que para indivíduos mais jovens. A idade dos trinta anos seria, assim, um marco pré-concebido para esta estabilidade. Não obstante, quanto à relação dos traços com a idade, defendem que, à medida que se envelhece, a Amabilidade e a Conscienciosidade sofrem um relativo aumento, enquanto o Neuroticismo, a Extroversão e a Abertura à Experiência, tendem a decrescer. Especificamente sobre os traços Neuroticismo e Extroversão, num estudo recente (Lehmann, Denissen, Allemand, & Penke, 2012) é sugerido que ambos estão, negativamente, associados com a idade. Em particular, o Neuroticismo decresce com impressionante consistência ao longo da vida (Scollon & Diener, 2006). É, ainda, referido que o Neuroticismo diminui na idade adulta avançada (Costa & McCrae, 1989; Mroczek & Spiro, 2007; Scollon & Diener, 2006), ainda que possa evidenciar algum aumento na idade mais tardia (Small et al., 2003, cit. por Allemand et al., 2008), eventualmente, devido ao grau de perdas características desta fase mais avançada da velhice.

O Neuroticismo e a Extroversão constituem os traços de personalidade que têm sido alvo de maior número de estudos científicos (Costa & McCrae, 1980; Viken, Rose, Kaprio, & Koskenvuo, 1994). No que diz respeito às diferenças de género, o Neuroticismo tem sido reconhecido como um traço de personalidade mais associado ao sexo feminino (Lehmann et al., 2012; Srivastava, John, Gosling, & Potter, 2003) e a Extroversão como um traço, tipicamente, mais masculino (Kwon & Song, 2011). Feingold (cit. por Lehmann et al., 2012) refere que as diferenças de género nos traços de personalidade podem ser explicadas por factores socio-culturais e bio-sociais.

Os adultos mais velhos distinguem-se dos mais jovens no tipo de factores de stress que, tipicamente, enfrentam no contexto social, na saúde física e na susceptibilidade aos défices cognitivos, porém, relativamente à personalidade, o padrão predominante é a continuidade: as

mulheres e homens mais velhos, como grupo, não diferem muito dos mais jovens, pelo que os indivíduos preservam a sua própria configuração de traços durante décadas (Costa et al., 1998). Ainda assim, a noção última – e primeira – a não deixar de ter, sempre, presente, é a do envelhecimento enquanto processo individual e característico de cada indivíduo.

Os traços de personalidade modificam-se de modo modesto em padrões que sugerem maturação intrínseca e, de modo dramático, como resultado de uma perturbação significativa. Embora os traços influenciem hábitos e atitudes, eles próprios constituem forças psicológicas básicas que devem ser reconhecidas e tidas em consideração por todos os clínicos (Costa et al., 1998).

1.3.1 O impacto dos traços de personalidade

A maioria dos sistemas de traços com base factorial reconhece o Neuroticismo e a Extroversão como as dimensões mais amplas e incisivas da personalidade (Costa & McCrae, 1980). Com o Neuroticismo, surgem características ligadas à força egóica, propensão à culpa, ansiedade, insegurança, preocupação no geral e, mais especificamente, preocupações psicossomáticas, promovendo, assim, um sofrimento mais intenso com as adversidades. A Extroversão relaciona-se com a sociabilidade, o ser-se caloroso, o envolvimento com as pessoas e a actividade no geral, contribuindo para o prazer e a satisfação com a vida. Os autores indicam que alguns traços influenciam o afecto positivo e outros, o afecto negativo. Respectivamente, a Extroversão predispõe os indivíduos para o afecto positivo, enquanto o Neuroticismo exerce uma tendência para o afecto negativo.

A investigação tem verificado que os traços de personalidade estão associados com o diagnóstico e desenvolvimento de depressão (Costa et al., 1998; Kling, Ryff, Love, & Essex, 2003; McCray, Bogner, Sammel, & Gallo, 2007). No entanto, as relações entre a depressão nos mais velhos e os vários traços de personalidade não se encontram, assim, tão clarificadas, bem como o seu significado clínico, que também não está bem definido (Abrams, Young, Alexopoulos, & Holt, 1991).

A depressão na população envelhecida pode ser distinta da depressão nos indivíduos mais jovens, sendo que, também, os antecedentes e consequências respeitantes aos traços de personalidade podem ser diferentes (Abrams et al., 1991). No estudo realizado pelos autores, verificou-se que o Neuroticismo está significativamente associado com o historial de depressão nos mais velhos. Será este um cenário em que diferentes idades correspondem a diferentes características e, por sua vez, a diferentes modos de viver a depressão e a

sintomatologia depressiva? Tal como, do ponto de vista individual, cada pessoa tem a sua personalidade e traz consigo a sua história autêntica e singular, cada um viverá, também, uma experiência mais depressiva de modo particular.

De facto, pessoas com elevados níveis de Neuroticismo são mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão (Costa et al., 1998) e estão mais propensas à sua cronicidade (Clark, Watson, & Mineka, 1994). Tendo em conta o papel influente que este traço de personalidade exerce, saber que factores estão associados às mudanças no Neuroticismo torna-se vital para melhorar o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Scollon & Diener, 2006).

As pessoas com depressão são mais susceptíveis de apresentar elevados níveis de Neuroticismo, ter uma tendência para emoções negativas ou uma visão pessimista do mundo, quando comparadas com as que não evidenciem sintomas depressivos (Cuijpers et al., 2006). Considerando uma maior gravidade das consequências para com a saúde e vida dos indivíduos, níveis elevados de Neuroticismo encontram-se associados com maior risco de mortalidade e com menor taxa de sobrevivência (Mroczek & Spiro, 2007; Scollon & Diener, 2006).

Num estudo de Steunenberg et al. (2009) sobre a intensidade das associações entre os cinco factores da personalidade e a reincidência da depressão na idade adulta avançada, é referido que o traço Neuroticismo está fortemente associado com a depressão nos mais velhos. Os autores verificaram que indivíduos com pontuações mais elevadas no Neuroticismo apresentam uma maior possibilidade de reincidência da depressão do que aqueles que apresentam níveis médios ou inferiores deste traço. Apesar de se saber que a reincidência da depressão nos idosos é muito comum, pouco é o que se sabe sobre as características das pessoas mais velhas que são vulneráveis a esta condição depressiva. No que respeita às diferenças de sexo, os autores sugerem que as mulheres apresentam níveis mais elevados de Neuroticismo e de depressão do que os homens.

Num estudo com o propósito de averiguar se os factores de personalidade contribuíam para a identificação de depressão em idosos, por parte do seu médico de família, mesmo depois do controlo da sintomatologia depressiva (McCray et al., 2007), verificou-se que pessoas com níveis elevados de Neuroticismo e baixos de Extroversão são mais vulneráveis à depressão do que aquelas que apresentam níveis médios destes traços. Por outro lado, pessoas com elevada Conscienciosidade estão menos vulneráveis a serem identificadas como deprimidas.

Também o traço de personalidade Extroversão parece desempenhar uma influência relevante. A respeito da sua relação com a depressão, Watson e Clark (1984) referem que a Extroversão está negativamente associada com a mesma. Por outro lado, as pessoas mais extrovertidas e ajustadas são mais felizes (Costa & McCrae, 1980), aspecto que será plausível de aceitar como um indício para o bem-estar psicológico de cada indivíduo. Post (cit. por Abrams et al., 1991) verificou que pacientes mais extrovertidos, em condições de pré-morbilidade, manifestam melhorias mais rápidas e evidentes do que os pacientes mais introvertidos. Talvez o facto de as pessoas mais extrovertidas tenderem a ter uma rede social mais consistente, de melhor qualidade e com maior número de contactos e recursos sociais (Mroczek & Spiro, 2007) possa contribuir para este cenário mais positivo.

Zerssen (cit. por Abrams et al., 1991) verificou que, comparando com pacientes ditos normais ou pacientes que sofressem de depressão bipolar, os pacientes que eram mais depressivos – depressão unipolar –, mesmo depois de mais recuperados, evidenciavam níveis mais elevados de Neuroticismo e níveis mais reduzidos de Extroversão. McCray et al. (2007) sugerem, mesmo, que uma visão negativa da vida, associada com elevado Neuroticismo, e o isolamento, associado com baixa Extroversão, podem ser interpretados como sintomas depressivos.

Os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão têm sido, repetidamente, identificados como estando fortemente associados com a satisfação de vida na idade adulta avançada (Costa & McCrae, 1980). Indivíduos com elevado nível de Extroversão apresentam níveis mais elevados de satisfação de vida e, contrastando, indivíduos com elevado nível de Neuroticismo apresentam níveis mais reduzidos (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009).

Por outro lado, quanto à Amabilidade, Costa e McCrae (1994a) referem que níveis elevados deste traço de personalidade estão associados com maior suporte social. A Amabilidade encontra-se positivamente associada com a idade (Allemand et al., 2008), sendo que, nesta faixa etária, os autores verificaram aumentos muito claros nos seus níveis. Roberts, Robins, Caspi e Trzesniewski (cit. por Allemand et al., 2008) verificaram que, em média, as pessoas tornam-se mais amáveis e conscienciosas na meia idade e na velhice.

Embora a investigação do modelo dos Cinco Factores tenha sido bastante explorada, até hoje, o traço Abertura à Experiência permanece como o menos compreendido (DeNeve & Cooper, cit. por Stephan, 2009). Costa et al. (1998) referem que este traço diz respeito à tendência dos indivíduos para se disponibilizarem a diversas actividades, ideias ou

experiências e que inclui a curiosidade, o interesse cultural, a sensibilidade artística e a imaginação. Stephan (2009) sugere que a Abertura à Experiência constitui um recurso para a satisfação com a vida, na medida em que os indivíduos com níveis mais elevados de Abertura à Experiência são mais susceptíveis de beneficiar das oportunidades de crescimento pessoal possível, durante este período, podendo, assim, melhor satisfazer as suas necessidades.

Mesmo que mais subtis ou mais incisivas que as alterações sejam, os resultados de vários estudos indicam que os traços de personalidade continuam em mudança desde a idade adulta até à velhice (Allemand et al., 2008).

Neste contexto, não poderão os traços de personalidade proporcionar informação determinante no que respeita à previsão de sintomatologia depressiva? Do ponto de vista clínico, é de extrema relevância identificar as características dos indivíduos mais velhos que apresentam maior risco de vulnerabilidade face à sintomatologia depressiva (Steunenbergh et al., 2009). Tal evidência parece fazer apelo à necessária, e urgente, atitude mais incisiva para com esta faixa etária.

1.4 Sintomatologia depressiva

A população das sociedades ocidentais está a envelhecer, muito rapidamente, o que implica, como consequência, um aumento do número de pessoas muito idosas e vulneráveis, nas décadas futuras (Dozeman et al., 2010). Além de ser um processo fisiológico inevitável, o envelhecimento é uma das maiores causas de redução da qualidade de vida, devido às suas dimensões cronológica, biológica, social e psicológica (Akyol, Durmus, Dogan, Bek, & Cantürk, 2010).

Neste contexto, uma das problemáticas que surge com grande incidência, durante esta fase do curso de vida, é a depressão e a sintomatologia depressiva. A depressão é uma das psicopatologias mais comuns que afecta a população idosa (Akyol et al., 2010) e coloca uma séria ameaça para a saúde mental e o bem-estar dos mais velhos (Y. Lee, Choi, & Y. K. Lee, 2001). Um aumento da prevalência de problemáticas físicas e mentais, tais como a depressão na fase da velhice, em conjunto com factores ambientais, pode causar a deterioração na qualidade de vida (Akyol et al., 2010). A incidência da depressão pode aumentar com a idade, especialmente naqueles que enfrentam condições económicas precárias, viuvez ou défices ao nível da saúde (Gurland, cit. por Oltman, Michals, & Steer, 1980). Também os declínios na saúde física, no funcionamento cognitivo e nos recursos sociais são factores

conhecidos por estarem associados com a depressão na idade adulta avançada (Steunenbergh, Braam, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2009).

Alguns estudos identificaram o ser idoso como factor para a manifestação de sintomas depressivos, enquanto outros não verificaram tendências significativas (Dozeman et al., 2010; Ried & Planas, 2002), o que demonstra alguma inconsistência face aos resultados. Ser mais velho será sinónimo de maior susceptibilidade para a manifestação de sintomatologia depressiva e desenvolvimento de depressão?

Os sintomas depressivos têm sido estudados em pessoas com mais de sessenta anos de idade, no entanto, o estudo dos aspectos mais específicos da depressão em idosos não tem contemplado critérios de precisão adequados (Oltman et al., 1980). A problemática em questão tem um impacto determinante na vida dos indivíduos, já que os sintomas depressivos, bem como as perturbações depressivas, afectam, de modo adverso, a qualidade de vida das pessoas mais velhas, em termos da funcionalidade e do bem-estar no geral (Gurland, 1992; Wells et al., cit. por Y. Lee et al., 2001).

Em todas as idades os sintomas depressivos são comuns e têm, então, um impacto no bem-estar e nos índices de funcionalidade, no entanto, provavelmente, este impacto é mais acentuado nas pessoas mais velhas (Gallo & Rabins, cit. por Dozeman et al., 2010). Comparando com pessoas mais jovens, verifica-se uma taxa de sintomas depressivos mais elevada nos idosos, ainda assim, neste grupo etário, a taxa de perturbações depressivas mais graves é inferior (Blazer; S. H. Zarit & J. M. Zarit, cit. por Y. Lee et al., 2001).

Há estudos que revelaram uma maior probabilidade de pessoas mais velhas com sintomas depressivos manifestarem uma visão negativa da sua saúde (Mulsant, Ganguli, & Seaberg; Ormel et al., cit. por Y. Lee et al., 2001). Outros, consideraram a depressão na idade adulta avançada como estando associada com o aumento da morbilidade, dos défices de funcionalidade, da mortalidade e do uso de serviços de saúde (Conn & Steingart; Fried, Pollack, & Tinetti; Parmelee, Lawton, & Katz, cit. por Y. Lee et al., 2001). Beekman et al. (2002), além de também terem verificado que a sintomatologia depressiva está associada com a morbilidade e a mortalidade nos idosos, referem, igualmente, o seu efeito quanto à diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, o elevado nível de sintomatologia depressiva, em idosos, está associado a baixo nível de satisfação de vida ao longo do tempo (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009).

Os sintomas depressivos clinicamente relevantes têm uma elevada prevalência em pessoas com setenta e cinco anos de idade ou mais (Dozeman et al., 2010). No entanto, as

peessoas muito idosas com um estado de saúde vulnerável estão sub-representadas nos estudos que focam a incidência e os factores de risco da sintomatologia depressiva. Neste grupo etário, espera-se que o risco de serem evidenciados sintomas depressivos seja muito elevado (Dozeman et al., 2010). Os autores referem ainda que um estado de saúde mais vulnerável está associado a um risco elevado de manifestação de sintomas depressivos. As pessoas mais velhas que são vulneráveis podem ser consideradas como as que apresentam défices ao nível da funcionalidade, no final de vida; que sofrem os efeitos cumulativos de doenças e preocupações psicossociais e que lidam com o aumento do risco de dependência, institucionalização e mortalidade (Lally & Crome, cit. por Dozeman et al., 2010).

No estudo de Y. Lee et al. (2001), verificou-se que as condições médicas específicas estão fortemente associadas com a depressão nos mais velhos. Além das situações de comorbilidade, dependendo das diferentes combinações de condições crónicas, assim pode variar o grau com que os sintomas depressivos se manifestam nos idosos.

Muitas vezes, os sintomas de depressão são vistos como consequências directas da vulnerabilidade dos mais velhos, em vez de serem considerados como um problema isolado que requer intervenção específica e adequada (Dozeman et al., 2010). Se a presença de sintomas depressivos, que (ainda) não preenchem os critérios de diagnóstico, indica um risco elevado de desenvolvimento de uma perturbação depressiva major ou distímia (Cuijpers et al., 2006), é urgente assumir uma postura que reconheça a vivência deste tipo de experiências nas pessoas mais velhas, não discriminando nem descredibilizando o sofrimento psicológico que está em causa.

Especialmente no âmbito da população idosa, Oltman et al. (1980) defendem que todas as tentativas de intervenção devem ser feitas no sentido de diferenciar os sintomas depressivos dos sintomas que estão relacionados directamente com o processo de envelhecimento. Assim sendo, também parece fundamental que os clínicos sejam cautelosos quando lidam com idosos que mostrem sinais de depressão associados a condições médicas (Y. Lee et al., 2001). Por outro lado, as actividades preventivas merecem atenção, particularmente, porque se sabe que a prevenção das perturbações depressivas pode ser muito eficaz em populações idosas (Dozeman et al., 2010).

Num estudo sobre os factores de risco para os sintomas depressivos (Vink, Aartsen, & Schoevers, cit. por Dozeman et al., 2010), foi confirmada a importância dos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Os factores de risco da depressão nos idosos não são tão diferentes dos da população mais jovem. No entanto, a exposição a estes factores de risco

varia com a idade. Akyol et al. (2010) verificaram que a presença de doença crónica e baixo nível educacional reduzem a qualidade de vida e provocam um aumento dos níveis de depressão nos idosos; e que a qualidade de vida é negativamente afectada pelos níveis de depressão e pela intensidade da dor. Os mesmos autores referem que o sexo feminino, problemas de saúde física, traços de personalidade neurótica, historial de depressão, acontecimentos de vida significativamente negativos e a falta de suporte social são factores de risco para o desenvolvimento de depressão nos idosos. Radloff e Rae (1979) consideram que as depressões vividas pelos mais velhos também se podem distinguir pelo sexo, sendo que as mulheres são mais susceptíveis de desenvolver episódios depressivos. Outros autores referem, igualmente, que, em amostras de idosos, é nas mulheres que as pontuações de depressão são mais elevadas (Coleman, Aubin, Robinson, Ivani-Chalian & Briggs, 1993; Zunzunegui et al., 2007). Por outro lado, é também sugerido que as mulheres idosas têm, ainda, um risco acrescido de apresentarem sintomatologia depressiva (Ried & Planas, 2002).

Várias têm sido as investigações que exploram a relação da sintomatologia depressiva com diversas variáveis. Por exemplo, nos últimos anos tem surgido um maior interesse pela relação entre a depressão e as auto-percepções (Shapiro, 1988).

Shapiro (1988) sugere que os níveis de depressão estão relacionados com as auto-percepções dos indivíduos. No seu estudo, o autor refere que as mulheres mais dependentes e auto-críticas percebem a vida das pessoas como tendo mais infortúnios, falhanços e infelicidades, e os homens mais deprimidos relatam a vida das pessoas como tendo um baixo nível de bem-estar.

Relacionando com outra temática, Coleman et al. (1993) sugerem que o elevado nível de auto-estima e, em particular, uma boa referência a outros significativos que não membros da família, constituem indicadores de resiliência face à depressão nos mais velhos. Os autores acrescentam, ainda, que uma atitude negativa para com o processo de envelhecimento e o nível de inactividade percebida estão associados com a presença de sintomatologia depressiva.

Em comparação com os indivíduos não deprimidos, os deprimidos encaram os outros como menos ansiosos e menos deprimidos, no entanto, vêem-nos como mais hostis (Kuiper & MacDonald, cit. por Shapiro, 1988). Tem sido documentado que as pessoas mais depressivas têm baixa auto-estima (Cofer & Wittenborn, 1980; Naditch, Gargan, & Michael, 1975), avaliam negativamente os seus desempenhos (Loeb, Beck, & Diggory; Smolen, cit. por Shapiro, 1988) e avaliam o desempenho dos outros como mais positivo quando

comparando com as avaliações dos indivíduos não deprimidos (Lobitz & Dee Post, cit. por Shapiro, 1988). Titley (cit. por Abrams et al., 1991) refere que os indivíduos mais depressivos apresentam maior nível de ansiedade, hipocondria e isolamento social, quando em comparação com os indivíduos não depressivos.

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.

Parece que, quando se estuda a velhice, estuda-se, antes de mais, um processo de adaptação. O envelhecimento constitui, assim, um percurso pautado pelo efeito de todas as vivências, ao longo do ciclo de vida do indivíduo. No entanto, muitos poderão ser os casos em que um processo de equilíbrio ideal, entre ganhos e perdas, poderá ser afectado por uma experiência ou presença de sintomatologia mais depressiva.

Certamente que não será suficiente olhar para a velhice como um período isolado do desenvolvimento mas, sim, como uma fase antecedita e determinada por uma vasta diversidade de factores. Neste âmbito, até que ponto as auto-percepções do envelhecimento e os traços de personalidade poderão influenciar a sintomatologia depressiva, durante esta fase do ciclo de vida?

Capítulo 2 – Objectivos e Hipóteses

Neste segundo capítulo são apresentados os objectivos e hipóteses que conduziram à realização do presente estudo.

Objectivo geral 1: Analisar a auto-percepção do envelhecimento numa amostra de idosos pertencentes à população dita normal e em contexto não-institucional.

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 e psico-sociais (género, idade e Avaliação de Saúde Actual):
 - b1) Analisar a auto-percepção do envelhecimento em função do género.

- b2) Analisar a auto-percepção do envelhecimento em função da idade.
- b3) Verificar a associação entre a auto-percepção do envelhecimento e a Avaliação de Saúde Actual.

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

Hipótese 1b1: Espera-se que o sexo feminino apresente níveis superiores nas escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais (escalas associadas a uma auto-percepção mais negativa do envelhecimento), comparativamente ao sexo masculino; e que o sexo masculino apresente níveis superiores nas escalas Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo (escalas associadas a uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento), comparativamente ao sexo feminino.

Hipótese 1b2: Espera-se que a auto-percepção do envelhecimento se torne mais negativa (níveis mais elevados nas escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais e níveis inferiores em Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo), à medida que o grupo etário aumenta.

Hipótese 1b3: Espera-se uma associação negativa entre as escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais com a Avaliação de Saúde Actual e uma associação positiva entre as escalas Consequências Positivas, Controlo Positivo, Controlo Negativo com a Avaliação de Saúde Actual.

Objectivo geral 2: Analisar os traços de personalidade numa amostra de idosos pertencentes à população normal e em contexto não-institucional.

Objectivos específicos:

- a) Caracterizar os traços de personalidade da amostra em estudo.
- b) Analisar os traços de personalidade em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais (género, idade e Avaliação de Saúde Actual):
 - b1) Analisar os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão em função do género.
 - b2) Analisar os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão em função da idade.

b3) Analisar a associação entre o traço de personalidade Neuroticismo com a Avaliação de Saúde Actual.

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

Hipótese 2b1: Espera-se que o sexo feminino apresente níveis superiores no traço de personalidade Neuroticismo em comparação com o sexo masculino.

Hipótese 2b2: Espera-se que os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão apresentem valores inferiores, à medida que o grupo etário aumenta.

Hipótese 2b3: Espera-se uma associação negativa entre o traço de personalidade Neuroticismo e a Avaliação de Saúde Actual.

Objectivo geral 3: Analisar a sintomatologia depressiva numa amostra de idosos pertencentes à população normal e em contexto não-institucional.

Objectivos específicos:

- a) Caracterizar a sintomatologia depressiva da amostra em estudo.
- b) Analisar a sintomatologia depressiva em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais (género, idade, Avaliação de Saúde Actual, Avaliação da Situação Económica e Vida Profissional):
 - b1) Analisar a sintomatologia depressiva em função do género.
 - b2) Analisar a sintomatologia depressiva em função da idade.
 - b3) Analisar a associação entre sintomatologia depressiva com variáveis de Avaliação de Saúde Actual.
 - b4) Analisar a sintomatologia depressiva em função da Avaliação da Situação Económica.
 - b5) Analisar a sintomatologia depressiva em função da Vida Profissional.

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

Hipótese 3b1: Espera-se que o sexo feminino apresente níveis superiores de sintomatologia depressiva, em comparação com o sexo masculino

Hipótese 3b2: Espera-se que a sintomatologia depressiva apresente valores superiores, à medida que o grupo etário aumenta.

Hipótese 3b3: Espera-se uma associação negativa entre a sintomatologia depressiva e a Avaliação de Saúde Actual.

Hipótese 3b4: Espera-se que a sintomatologia depressiva apresente valores superiores em indivíduos que avaliem a sua situação económica como “insatisfatória”.

Hipótese 3b5: Espera-se que a sintomatologia depressiva apresente valores superiores em indivíduos que se encontrem reformados.

Objectivo geral 4: Explorar a forma como a auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade se relacionam com a sintomatologia depressiva numa amostra de idosos pertencentes à população normal e em contexto não-institucional.

Objectivos específicos:

- a) Analisar a sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento.
 - a1) Analisar a sintomatologia depressiva em função das escalas Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas (escalas associadas a uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento).
 - a2) Analisar a sintomatologia depressiva em função das escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais (escalas associadas a uma auto-percepção mais negativa do envelhecimento).
- b) Analisar a sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão.
- c) Analisar as escalas da auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade que melhor podem explicar a sintomatologia depressiva.

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

Hipótese 4a1: Espera-se que indivíduos que apresentem níveis superiores nas escalas Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas apresentem menos sintomatologia depressiva.

Hipótese 4a2: Espera-se que indivíduos que apresentem níveis superiores nas escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais, apresentem mais sintomatologia depressiva.

Hipótese 4b: Espera-se que indivíduos que apresentem níveis mais elevados de Neuroticismo e níveis mais baixos de Extroversão apresentem mais sintomatologia depressiva.

Hipótese 4c: Espera-se que a escala Representações Emocionais da auto-percepção do envelhecimento e o traço de personalidade Neuroticismo possam ser preditoras da sintomatologia depressiva.

Capítulo 3 – Método

Este capítulo é composto por quatro sub-pontos. No primeiro é realizada a caracterização dos participantes, no segundo faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo, e no terceiro e no quarto são abordados, respectivamente, o procedimento geral e os procedimentos estatísticos.

3.1 – Participantes

Participaram, no presente estudo, 81 indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos ($M=71.9$; $DP=9,3$). Os critérios tidos em consideração para a inclusão na amostra foram os seguintes: (1) idade igual ou superior a 60 anos; (2) ausência de patologia neurológica e psiquiátrica ou outros défices conhecidos, (3) residência em meio não institucional e (4) existência de capacidades de autonomia suficientes para realizar as tarefas quotidianas. Apresentam-se no Quadro 1 as características sócio-demográficas da amostra em estudo.

Quadro 1

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

	Frequências	Percentagens
Sexo		
Feminino	52	64.2%
Masculino	29	35.8%
Idade		
60-70	48	59.2%
71-80	16	19.8%
81-90	17	21%
Estado Civil		
Solteiro	0	0%
Casado	56	69.1%
Viúvo	22	27.2%
Divorciado	3	3.7%
Escolaridade		
Ausência de escolaridade	2	2.5%
Primário incompleto	23	28.4%
Primário completo	30	37%
Secundário incompleto	4	4.9%
Secundário completo	9	11.1%
Curso médio	8	9.9%
Frequência curso superior	0	0%
Curso superior	5	6.2%
Vida Profissional		
Activo	11	13.5%
Reformado	70	86.5%

Nota: N=81

3.2 – Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: Questionário sócio-demográfico; Questionário de Percepções do Envelhecimento – QPE (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007), traduzido e adaptado em Portugal por Claudino (2007); Inventário dos Cinco Factores – NEO-FFI (Costa, P. T. & McCrae, R. R., 1989, 1992), traduzido e adaptado em Portugal por Lima e Simões (2001) e Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos – CES-D, originalmente desenvolvida por Radloff (1977) e traduzida e adaptada para Portugal por Gonçalves e Fagulha (2004).

3.2.1 Questionário sócio-demográfico

O Questionário sócio-demográfico foi elaborado com o propósito de recolher dados sócio-demográficos. Foram, também, incluídas questões que permitem a recolha de dados de âmbito psico-social (consultar Anexo I).

3.2.2 Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)

Baseado no modelo de Auto-regulação de Leventhals, e com o intuito de conceptualizar a experiência do envelhecimento, o postulado assumido do QPE é que o envelhecimento, enquanto estágio normativo do curso de vida, impõe desafios ao indivíduo, os quais lhe exigem adaptação e capacidade para os gerir.

Este questionário permite avaliar a auto-percepção do envelhecimento, através de 49 itens sob forma de afirmações, distribuídos ao longo de 8 escalas distintas:

Identidade: crenças sobre a relação entre o envelhecimento e as alterações na saúde e nos vários domínios gerais do funcionamento (composta por 17 itens).

Duração: aspectos relacionados com a consciência do indivíduo acerca do seu envelhecimento e da sua experiência do processo ao longo do tempo. Esta dimensão inclui duas sub-dimensões: *Duração Crónica*, que se refere à medida na qual o envelhecimento é sentido como crónico e permanente (composta por 5 itens); e *Duração Cíclica*, em que medida o indivíduo sente variações na consciência do envelhecimento (composta por 5 itens).

Consequências: crenças sobre o impacto, positivo ou negativo, do envelhecimento na vida do indivíduo, face a diversos domínios. Esta dimensão inclui duas sub-dimensões: *Consequências Positivas*, ligadas a maior bem-estar subjectivo (composta por 3 itens); e *Consequências Negativas*, ligadas a baixo bem-estar subjectivo (composta por 5 itens).

Controlo: crenças pessoais acerca do modo como lidar e gerir com a experiência do envelhecimento. Esta dimensão inclui duas sub-dimensões: *Controlo Positivo*, ligado ao controlo sobre experiências positivas relacionadas com o envelhecimento (composta por 5 itens); *Controlo Negativo*, controlo sobre experiências negativas relacionadas com o envelhecimento (composta por 4 itens).

Representações Emocionais: resposta gerada pela percepção do envelhecimento, sendo, especificamente, representada por emoções negativas, tais como, preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva e tristeza (composta por 5 itens).

As escalas *Duração Crónica*, *Duração Cíclica*, *Consequências Negativas* e *Representações Emocionais* estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais

negativa e, por seu lado, as escalas *Controlo Positivo*, *Controlo Negativo* e *Consequências Positivas* estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva (Barker et al., 2007).

No que toca às sete primeiras sub-escalas, os itens deverão ser classificados ou respondidos de acordo com uma escala de 5 pontos, na qual 1 representa “Discordo fortemente” e 5 representa “Concordo fortemente”. Exceptuando a escala *Controlo Negativo*, as sub-escalas são pontuadas de 1 a 5, procedendo-se, de seguida, ao cálculo da pontuação média para cada sub-escala.

Relativamente à sub-escala *Identidade*, espera-se que os participantes indiquem, em primeira instância, se viveram determinadas alterações nos últimos dez anos (“Sim”: 1 ou “Não”: 2) e, em caso afirmativo, se atribuem essas mudanças ao envelhecimento (“Sim”: 1 ou “Não”: 2). As pontuações nesta sub-escala variam entre 0 e 100.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o QPE apresenta coeficientes de alfa de Cronbach situados acima de .70 e, tipicamente, superando o valor de .80, o que indica, deste modo, uma considerável consistência interna e confiança sobre os resultados obtidos (Barker et al., 2007). De notar que, no presente estudo, a escala *Identidade* não foi contemplada na análise e discussão de resultados uma vez que “a escala (...) é composta por uma série de diferentes alterações relacionadas com a saúde, [pelo que] a consistência interna não foi tabulada” (Barker et al., 2007).

Desta forma, é plausível considerar este instrumento, na generalidade, como dotado de boas propriedades psicométricas para avaliar os diferentes tipos de auto-percepção, podendo também contribuir para a melhor compreensão da experiência subjectiva de cada indivíduo face ao seu próprio envelhecimento. Por conseguinte, pode ser tida em consideração a possibilidade de identificação de casos de maior risco ou vulnerabilidade durante o envelhecimento.

3.2.3 Inventário dos Cinco Factores (NEO-FFI)

O NEO-FFI corresponde a um inventário que constitui uma versão abreviada do NEO PI-R (Costa & McCrae, 1989), desenhada para dar uma medida rápida, fiável, válida e compreensiva dos cinco domínios da personalidade do adulto – os estilos emocionais, atitudinais, interpessoais e experienciais básicos (Lima, 2002). Segundo os autores, as investigações consideram que é possível assumir esta forma abreviada como uma medida aceitável dos cinco factores.

Para avaliar estes domínios, o NEO-FFI inclui 60 itens, sob a forma de afirmações, que são classificados numa escala de Lickert de 5 pontos, desde o “Discordo fortemente”: 1, ao “Concordo fortemente”: 5. Os cinco domínios são:

Neuroticismo: avalia a adaptação vs. instabilidade emocional. Identifica indivíduos com propensão para a descompensação emocional, ideias irrealistas, desejos e necessidades excessivas e respostas de coping desadequadas.

Extroversão: avalia a quantidade e intensidade das interações interpessoais, o nível de actividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria.

Abertura à Experiência: avalia a procura pró-activa, a apreciação da experiência por si própria e a tolerância e exploração do não-familiar, contribuindo com a flexibilidade e determinação para a mudança.

Amabilidade: avalia a qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão, ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e acções.

Conscienciosidade: avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo. Contrasta pessoas que são de confiança e escrupulosas com aquelas que são preguiçosas e descuidadas.

Recentemente, os investigadores da personalidade têm reconhecido o modelo dos Cinco Factores como uma representação adequada da estrutura dos traços de personalidade (McCrae, 1991). Lima e Simões (2000) referem que este modelo é uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade e, por seu lado, de acordo com Allemand, Zimprich e Henriks (2008), estes cinco domínios detêm potencial para resumir as diferenças entre os indivíduos quanto aos traços de personalidade.

Neste contexto, a conceptualização do NEO-FFI assenta no plano afectivo, definido por Neuroticismo e Extroversão, representando os estilos emocionais básicos do indivíduo (Costa & McCrae, 1980), e no plano interpessoal, definido por Extroversão e Amabilidade (Costa & McCrae, 1989). A Extroversão e a Abertura à Experiência, em conjunto, são relevantes para os interesses vocacionais; a Extroversão e a Conscienciosidade, em conjunto, parecem determinar padrões de actividade; a Abertura à Experiência e a Amabilidade afiguram-se determinantes para o estudo das atitudes; a Abertura à Experiência e a Conscienciosidade revelam-se particularmente importantes para o rendimento escolar; e a Amabilidade e a Conscienciosidade poderão representar as dimensões básicas do carácter (Costa & McCrae, 1980).

Quanto às características psicométricas do instrumento, as escalas do NEO-FFI apresentam correlações de .75 a .89, com os factores do NEO-PI. A sua consistência interna vai de .74 a .89 na amostra original americana (Costa & McCrae, 1989, 1992), e de .56 a .81, na amostra portuguesa (Lima & Simões, 2000). Face à validade do instrumento, vários são os estudos que têm confirmado a relação entre diversas variáveis e as facetas do NEO, bem como o poder preditivo das suas escalas (Costa, Yang & McCrae, 1998), para com uma variedade de critérios externos – o bem-estar psicológico, o coping e as defesas, as necessidades e a motivação, os traços interpessoais, a criatividade e o pensamento divergente (Lima & Simões, 2000).

Lima (2000) refere ainda que uma vantagem do NEO-FFI é o facto de se tratar de um dos raros testes de personalidade, especificamente, construído para adultos, podendo ser aplicado em toda a idade adulta, a partir dos 17 anos, a sujeitos de todos os níveis de escolaridade e contexto social.

O modelo dos Cinco Factores proporciona, então, um guia conceptual que pode ser utilizado sempre que se procede à avaliação da personalidade (McCrae, 1991). A operacionalização deste modelo no NEO-FFI permite, conseqüentemente, o acesso a uma medida válida e fiável dos cinco domínios da personalidade do adulto.

3.2.4 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A CES-D, originalmente desenvolvida por Radloff (1977), foi traduzida e adaptada em Portugal por Gonçalves e Fagulha (2004). É uma escala construída para avaliar o nível actual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afectiva – humor depressivo (Gonçalves & Fagulha, 2006). Segundo os autores, é uma escala sintomática que não se refere a nenhuma teoria específica da depressão, pelo que, implicitamente, tende a remeter para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, isto é, para a ideia de uma variação contínua entre o funcionamento normal e as formas de depressão mais graves.

É uma escala constituída por 20 itens que representam os componentes mais importantes da sintomatologia depressiva identificados a partir da literatura clínica e dos estudos de análise factorial. Os componentes incluem: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono. Inclui quatro factores: (1) afecto depressivo, (2) afecto positivo, (3) sintomas somáticos e perturbação da actividade e (4) interpessoal.

A aplicação pode ser feita por questionário escrito ou em entrevista oral. A resposta é dada numa escala de Lickert de 4 pontos, correspondentes à frequência de cada sintoma, durante a última semana (desde “Nunca, muito raramente” a “Com muita frequência, sempre”). As respostas são cotadas de 0 a 3, tendo 4 itens uma cotação inversa. O resultado final é igual à soma das cotações dos itens. Quanto mais elevado for o resultado, maior é a intensidade da sintomatologia depressiva do indivíduo (Gonçalves & Fagulha, 2006).

No que diz respeito à consistência interna, a CES-D apresenta um alfa de Cronbach de .85 nos estudos, originalmente, efectuados (Gonçalves & Fagulha, 2004).

A CES-D é uma escala de aplicação particularmente simples e rápida, e a redacção dos itens e a forma de resposta são mais acessíveis do que a de outras escalas análogas; também é adequada para a utilização com populações de nível de instrução muito pouco diferenciado; e permite uma maior heterogeneidade de respostas na população geral, o que sugere uma maior sensibilidade a pequenas variações da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2006).

3.3 – Procedimento

A amostra foi recolhida entre Fevereiro e Junho de 2012. Os questionários foram distribuídos a 81 indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos, pertencentes à população normal e não institucionalizados, tratando-se, assim, de uma amostra de conveniência, recolhida através do método “bola de neve”, o que, por sua vez, permitiu a constituição de uma amostra heterogénea com um maior número de sujeitos.

A amostra incluiu participantes de diferentes áreas geográficas (por exemplo, Lisboa, Setúbal, Vila Franca de Xira, Castelo Branco, Porto, Aveiro, Viseu, Évora e Faro).

Num momento inicial, foi dada aos participantes a folha de consentimento informado (consultar Anexo II), a ser assinada pelos mesmos, sendo referida a natureza do estudo e assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados. Procedeu-se, então, à recolha de alguns dados sócio-demográficos e psico-sociais, por forma a, posteriormente, caracterizar a amostra. Nesta caracterização foram recolhidos dados relativos a: género, idade, localidade, naturalidade, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação familiar, relações sociais, vida profissional e estado de saúde.

A aplicação dos instrumentos foi realizada, ou por auto-aplicação, ou por aplicação oral por parte do investigador (no caso de dificuldade de leitura por motivos visuais ou de compreensão das frases), na qual foram lidos os itens e as opções de resposta, marcando, o

próprio, a resposta dada pelo participante. Na maior parte dos casos, os questionários foram preenchidos autonomamente.

Foi, igualmente, referido que, na eventualidade de alguma dúvida, estaria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte do investigador.

3.4 – Procedimento Estatístico

No presente estudo, recorreu-se a vários procedimentos estatísticos para o tratamento de dados: estatística descritiva, análise correlacional, análise de teste de diferença de médias entre grupos e análise de regressão linear múltipla. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 19).

Para a comparação entre as diferentes escalas dos instrumentos utilizados, recorreu-se à padronização dos resultados, através das notas Z, de modo a garantir a possibilidade da sua comparação.

Através da estatística descritiva, foram caracterizados os dados sócio-demográficos dos participantes do estudo e os resultados obtidos com a aplicação dos quatro instrumentos. Conforme o tipo de variáveis em causa, assim se procedeu ao cálculo de frequências e percentagens e determinação da média e desvio-padrão.

Em relação à análise correlacional, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Na comparação de grupos (teste de diferença de médias entre grupos) utilizou-se o teste paramétrico t-Student para amostras independentes com distribuição normal e o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes com distribuição não normal (comparação de dois grupos). Utilizou-se, ainda, a ANOVA para a comparação de três ou mais grupos, quando estes apresentavam distribuição normal e homogeneidade de variâncias e o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, quando estes pressupostos não se verificaram. Para averiguação da distribuição normal em todos os grupos, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade de variâncias, foi utilizado o teste de Levene (Maroco, 2007).

Recorreu-se à análise da regressão linear múltipla (com o método Stepwise, de procura de “melhor modelo” (Maroco, 2007) através da selecção sequencial de variáveis) com o propósito de determinar as variáveis que melhor predizem a sintomatologia depressiva. Seguindo a estrutura proposta por Maroco (2007), a validação dos pressupostos do modelo foi efectuada, através da análise de resíduos (observação do *normal probability plot* e teste de Kolmogorov-Smirnov para resíduos não estandardizados, por forma a averiguar a

normalidade dos erros e, ainda, um *Scatterplot* para averiguar a homogeneidade dos erros). Para testar a independência dos resíduos, recorreu-se ao teste de Durbin-Watson. Em relação aos diagnósticos de multicolinearidade, foi utilizado o cálculo do VIF (*Variance Inflation Factor*).

Capítulo 4 – Resultados

Neste quarto capítulo, são apresentados os resultados obtidos relativamente à auto-percepção do envelhecimento (sub-capítulo 4.1), aos traços de personalidade (sub-capítulo 4.2), à sintomatologia depressiva (sub-capítulo 4.3), bem como à relação entre auto-percepção do envelhecimento e traços de personalidade com a sintomatologia depressiva (sub-capítulo 4.4).

4.1 – Análise da auto-percepção do envelhecimento

Inicialmente, procede-se à caracterização da auto-percepção do envelhecimento dos participantes da amostra do estudo e, de seguida, à análise da auto-percepção do envelhecimento em função de variáveis sócio-demográficas (género, idade e Avaliação de Saúde Actual).

4.1.1 – Caracterização da auto-percepção do envelhecimento da amostra

Compararam-se os resultados obtidos pelos participantes em sete escalas do QPE – Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Positivas, Consequências Negativas, Controlo Positivo, Controlo Negativo e Representações Emocionais (excluindo a escala Identidade, tal como indicado, anteriormente). Os resultados apresentam-se no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística descritiva dos resultados do QPE

	M	DP
Duração Crónica	3.29	.60
Duração Cíclica	2.94	.78
Consequências Positivas	3.77	.61
Consequências Negativas	3.47	.79
Controlo Positivo	3.67	.60
Controlo Negativo	2.83	.57
Representações Emocionais	2.85	.77

Nota: N = 81

4.1.2 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função do género

Dado que os pressupostos da normalidade não se verificaram (não se verificou distribuição normal em algumas amostras constituídas a partir da amostra total, ou seja, algumas das variáveis apresentaram um valor $p < .05$), procedeu-se, então, ao teste não-paramétrico Mann-Whitney de diferença de médias das ordens (utilizou-se uma probabilidade de erro de tipo I (α) de .05), com o propósito de analisar a auto-percepção do envelhecimento em função do género. No Quadro 3 apresentam-se os resultados.

Quadro 3

QPE: Comparação em função do género

	Sexo Feminino ^a		Sexo Masculino ^b	
	M	DP	M	DP
Duração Crónica	3.37	.54	3.14	.69
Duração Cíclica	2.97	.73	2.90	.88
Consequências Positivas	3.79	.61	3.74	.63
Consequências Negativas	3.54	.71	3.35	.90
Controlo Positivo	3.61	.62	3.78	.57
Controlo Negativo	2.78	.54	2.91	.61
Representações Emocionais	2.90	.73	2.75	.86

Nota: N = 81; n_a = 52; n_b = 29

Verifica-se que o sexo feminino apresenta resultados mais elevados nas escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais, comparativamente ao sexo masculino. Verifica-se, ainda, que o sexo masculino apresenta resultados mais elevados nas escalas Controlo Positivo e Controlo Negativo e resultados inferiores na escala Consequências Positivas, comparativamente ao sexo feminino. As diferenças observadas não são contudo estatisticamente significativas.

4.1.3 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função da idade

Com o objectivo de analisar a auto-percepção do envelhecimento em função da idade, procedeu-se à categorização da idade em três grupos: um com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos (N = 48), outro com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos (N = 16) e, por fim, outro com idades compreendidas entre os 81 e os 90 anos (N = 17). Dado que todas as escalas do QPE apresentam, em alguns grupos etários, distribuição não normal (e $n < 30$), recorreu-se, assim, a um teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Os resultados apresentam-se no Quadro 4.

Quadro 4

QPE: Comparação em função da idade

	60-70 ^a		71-80 ^b		81-90 ^c	
	M	DP	M	DP	M	DP
Duração Crónica	3.23	.61	3.51	.51	3.24	.65
Duração Cíclica	2.88	.85	3.13	.48	2.95	.81
Consequências Positivas	3.82	.63	3.85	.46	3.57	.70
Consequências Negativas	3.29	.86	3.78	.72	3.72	.43
Controlo Positivo	3.66	.56	3.85	.47	3.52	.80
Controlo Negativo	2.82	.57	2.88	.61	2.79	.54
Representações Emocionais	2.90	.76	2.94	.82	2.61	.78

Nota: N = 81; n_a = 48; n_b = 16; n_c = 17

Verifica-se que todas as escalas do QPE apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido ascendente para as escalas que estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa (Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais) e em sentido descendente para as escalas que estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva (Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo). As diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

4.1.4 – Análise da auto-percepção do envelhecimento em função da Avaliação de Saúde Actual

Com o propósito de analisar a associação entre a auto-percepção do envelhecimento e a Avaliação de Saúde Actual, recorreu-se à análise correlacional bivariada. Uma vez que todas as escalas do QPE não apresentam distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes correlacionais apresentam-se, de seguida, no Quadro 5.

Quadro 5

QPE: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual

	Avaliação Saúde Actual
Duração Crónica	-.52**
Duração Cíclica	-.38**
Consequências Positivas	.19
Consequências Negativas	-.32**
Controlo Positivo	.24*
Controlo Negativo	.23*
Representações Emocionais	-.37**

Nota: N = 81

* $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed.

Verifica-se que existe uma associação negativa, com um efeito forte, entre as escalas Duração Crónica e a Avaliação de Saúde Actual. Verifica-se, igualmente, uma associação negativa, com um efeito moderado, entre as escalas Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais e a Avaliação de Saúde Actual (resultados estatisticamente significativos, $p < .01$). As escalas Controlo Positivo e Controlo Negativo estão positivamente correlacionadas com a Avaliação de Saúde Actual, observando-se um efeito fraco (resultados estatisticamente significativos, $p < .05$). Por outro lado, verifica-se uma associação positiva entre a escala Consequências Positivas (valor estatisticamente não significativo) e a Avaliação de Saúde Actual.

4.2 – Análise dos traços de personalidade

Inicialmente, procede-se à caracterização dos traços de personalidade dos participantes da amostra do estudo e, de seguida, à análise dos traços de personalidade em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais (género, idade e Avaliação de Saúde Actual).

4.2.1 – Caracterização dos traços de personalidade da amostra

Compararam-se os resultados obtidos pelos participantes nos cinco factores do NEO-FFI (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade). Os resultados apresentam-se no Quadro 6.

Quadro 6

Estatística descritiva dos resultados do NEO-FFI

	M	DP
Neuroticismo	21.31	6.99
Extroversão	28.48	5.17
Abertura à experiência	24.56	5.07
Amabilidade	31.91	4.42
Conscienciosidade	35.94	4.98

Nota: N = 81

4.2.2 – Análise dos traços de personalidade em função do género

Com o objectivo de analisar o traço de personalidade Neuroticismo em função do género, recorreu-se a um teste paramétrico de diferença de médias t-Student (após verificados os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias nos dois grupos, através do teste

de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors ($KS(29)_{\text{masculino}} = .095, p = .200$; $KS(52)_{\text{feminino}} = .117, p = .200$) e com o teste de Levene ($F(1,79) = .236, p = .629$), respectivamente). A propósito da análise do traço de personalidade Extroversão em função do género, recorreu-se a um teste não-paramétrico de diferença de média das ordens de Mann-Whitney (uma vez que, após efectuado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a Extroversão no grupo do sexo feminino não apresenta distribuição normal). No Quadro 7 apresentam-se os resultados alusivos à comparação de género no que se refere aos traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão.

Quadro 7

NEO-FFI: Comparação em função do género – Neuroticismo e Extroversão

	Sexo Feminino ^a		Sexo Masculino ^b	
	M	DP	M	DP
Neuroticismo	21.62	6.72	20.76	7.54
Extroversão	28.04	5.06	29.28	5.36

Nota: N = 81; n_a = 52; n_b = 29

De acordo com o teste t-Student, verifica-se que os níveis de Neuroticismo no sexo feminino são superiores, em comparação com o sexo masculino, ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa. De acordo com o teste de Mann-Whitney, verifica-se que os níveis de Extroversão no sexo feminino são inferiores, em comparação com o sexo masculino, ainda que a diferença não seja estatisticamente significativa.

4.2.3 – Análise dos traços de personalidade em função da idade

Com o propósito de analisar os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão em função da idade, procedeu-se à categorização da idade em três grupos: um com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos (N = 48), outro com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos (N = 16) e, por fim, outro com idades compreendidas entre os 81 e os 90 anos (N = 17). Em relação à escala Neuroticismo, recorreu-se ao procedimento estatístico ANOVA a um factor (one-way), uma vez que os pressupostos da distribuição normal e homogeneidade de variâncias da sintomatologia depressiva nos diferentes grupos foram assegurados (a normalidade das distribuições foi averiguada através do teste Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors: grupo 1: $KS(48) = .094, p = .200$; grupo 2: $KS(16) = .140, p = .200$; grupo 3: $KS(17) = .096, p = .200$; e a homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de Levene: $F_{\text{Levene}}(2,78) = .285$). No que se refere à escala Extroversão, uma vez que

esta não apresenta distribuição normal no grupo com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos, recorreu-se ao teste não-paramétrico Kruskal-Wallis. No Quadro 8 apresentam-se os resultados alusivos à comparação de género no que se refere aos traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão.

Quadro 8

NEO-FFI: Comparação em função da idade – Neuroticismo e Extroversão

	60-70 ^a		71-80 ^b		81-90 ^c	
	M	DP	M	DP	M	DP
Neuroticismo	21.52	7.67	22.06	5.46	20.0	6.42
Extroversão	29.33	5.25	27.56	4.62	26.94	5.19

Nota: N = 81; n_a = 48; n_b = 16; n_c = 17

Verifica-se que, em relação à escala Neuroticismo, os grupos apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido descendente, à medida que o grupo etário aumenta. Os resultados demonstram que os valores mais elevados da escala Neuroticismo correspondem ao segundo grupo etário (71-80), não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Por outro lado, em relação à escala Extroversão, verifica-se uma tendência de diminuição de Extroversão, à medida que o grupo etário aumenta, ainda que os resultados não sejam estatisticamente significativos.

4.2.4 – Análise dos traços de personalidade em função da Avaliação de Saúde Actual

Com o propósito de analisar a associação entre o traço de personalidade Neuroticismo e a Avaliação de Saúde Actual, recorreu-se à análise correlacional bivariada. Uma vez que ambas as variáveis não apresentam distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes correlacionais apresentam-se no Quadro 9.

Quadro 9

NEO-FFI: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual – Neuroticismo

	Neuroticismo	Avaliação Saúde Actual
Neuroticismo	1.000	-.282*
Avaliação Saúde Actual	-.282*	1.000

Nota: N = 81

* $p < .05$, two-tailed.

Verifica-se que existe uma associação negativa, com um efeito fraco, entre o traço de personalidade Neuroticismo e a Avaliação de Saúde Actual. Esta correlação é significativa a um nível $\alpha = .05$, uma vez que $p < .05$.

4.3 – Análise da sintomatologia depressiva

Inicialmente, procede-se à caracterização da sintomatologia depressiva dos participantes da amostra do estudo e, de seguida, à análise da sintomatologia depressiva em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais (género, idade, Avaliação de Saúde Actual, Avaliação da Situação Económica e Vida Profissional).

4.3.1 – Caracterização da sintomatologia depressiva da amostra

Verificaram-se os resultados obtidos pelos participantes, relativamente aos índices de sintomatologia depressiva. Os resultados apresentam-se no Quadro 10.

Quadro 10

Estatística descritiva dos resultados da CES-D

	M	DP
Sintomatologia Depressiva	13.28	8.33

Nota: N = 81

4.3.2 – Análise da sintomatologia depressiva em função do género

Com o objectivo de analisar a diferença de valores médios de sintomatologia depressiva entre géneros, e após se ter verificado que a sintomatologia depressiva no sexo masculino não segue uma distribuição normal, ($n=29$, $KS(29) = .177$, $p = .021$), procedeu-se, então, ao teste não-paramétrico Mann-Whitney de diferença de médias das ordens (no qual se usou uma probabilidade de erro de tipo I (α) de .05). No Quadro 11 apresentam-se os resultados alusivos à comparação de género, no que se refere a sintomatologia depressiva.

Quadro 11

CES-D: Comparação em função do género

	Sexo Feminino ^a		Sexo Masculino ^b	
	M	DP	M	DP
Sintomatologia Depressiva	14.15	8.15	11.72	8.55

Nota: N = 81; $n_a = 52$; $n_b = 29$

Verifica-se que os níveis de Sintomatologia Depressiva no sexo feminino são superiores em comparação com o sexo masculino, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa ($U = 608.5$, $W = 1043.5$, $p = .151$).

4.3.3 – Análise da sintomatologia depressiva em função da idade

Com o objectivo de analisar a sintomatologia depressiva em função da idade (averiguar a existência de diferença significativa entre os valores médios de sintomatologia depressiva conforme a idade), procedeu-se à categorização da idade em três grupos: um com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos ($N = 48$), outro com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos ($N = 16$) e, por fim, outro com idades compreendidas entre os 81 e os 90 anos ($N = 17$). Uma vez que os pressupostos da distribuição normal e homogeneidade de variâncias da sintomatologia depressiva nos diferentes grupos foram assegurados (a normalidade das distribuições foi averiguada através do teste Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors: grupo 1: $KS(48) = .109$, $p = .200$; grupo 2: $KS(16) = .183$, $p = .158$; grupo 3: $KS(17) = .127$, $p = .200$; e a homogeneidade de variâncias foi avaliada através do teste de Levene: $F_{Levene}(2,78) = .427$), recorreu-se ao procedimento estatístico ANOVA a um factor (one-way). No Quadro 12 apresentam-se os resultados alusivos à comparação entre grupos de idade no que se refere à sintomatologia depressiva.

Quadro 12

CES-D: Comparação em função da idade

	60-70 ^a		71-80 ^b		81-90 ^c	
	M	DP	M	DP	M	DP
Sintomatologia Depressiva	13.48	8.75	12.25	8.94	13.71	6.73

Nota: $N = 81$; $n_a = 48$; $n_b = 16$; $n_c = 17$

Verifica-se que todos os grupos apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido ascendente. Os resultados demonstram ainda que os valores mais baixos correspondem ao segundo grupo etário (71-80). As diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

4.3.4 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Avaliação de Saúde Actual

Com o propósito de analisar a associação entre a Sintomatologia Depressiva e a Avaliação de Saúde Actual, recorreu-se à análise correlacional bivariada. Uma vez que ambas

as variáveis não apresentam distribuição normal, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Os coeficientes correlacionais apresentam-se no Quadro 13.

Quadro 13

CES-D: Comparação em função da Avaliação de Saúde Actual

	Avaliação Saúde	
	Actual	Sintomatologia Depressiva
Avaliação Saúde Actual	1.000	-.441**
Sintomatologia Depressiva	-.441**	1.000

Nota: N = 81

** $p < .01$, two-tailed.

Verifica-se que existe uma associação negativa, com um efeito moderado, entre Sintomatologia Depressiva e a Avaliação de Saúde Actual. Esta correlação é significativa a um nível $\alpha = .01$, uma vez que $p < .01$.

4.3.5 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Avaliação da Situação Económica

Com o objectivo de analisar a diferença de valores médios de sintomatologia depressiva entre o grupo que se encontra satisfeito com a sua situação económica e o que se encontra insatisfeito como a sua situação económica, procedeu-se ao teste não-paramétrico Mann-Whitney (uma vez que os pressupostos da normalidade não foram garantidos dado que, efectuado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors, a sintomatologia depressiva no grupo que se encontra satisfeito com a sua situação económica não tem distribuição normal, $KS(66) = .116$, $p = .028$). No Quadro 14 apresentam-se os resultados alusivos à comparação da avaliação da situação económica no que se refere à sintomatologia depressiva.

Quadro 14

CES-D: Comparação em função da Avaliação da Situação Económica

	Avaliação Situação Económica	
	Insatisfatória ^a	Satisfatória ^b
Sintomatologia Depressiva	15.58	12.32

Nota: N = 81; n_a = 24; n_b = 57

Verifica-se que o grupo que não está satisfeito com a sua situação económica actual apresenta um valor médio de sintomatologia depressiva mais elevado do que o grupo que está

satisfeito com a sua situação económica actual. A diferença apresentada entre grupos não atinge significância estatística.

4.3.6 – Análise da sintomatologia depressiva em função da Vida Profissional

Com o objectivo de analisar a diferença de valores médios de sintomatologia depressiva entre o grupo que se encontra reformado e o grupo que não se encontra reformado, procedeu-se ao teste não-paramétrico Mann-Whitney (uma vez que os pressupostos da normalidade não foram garantidos pois, feito o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors, a sintomatologia depressiva no grupo que não se encontra reformado não tem distribuição normal, $KS(11) = .270$, $p = .024$). No Quadro 15 apresentam-se os resultados alusivos à comparação da situação profissional no que se refere a sintomatologia depressiva.

Quadro 15

CES-D: Comparação em função da Vida Profissional

	Vida Profissional	
	Reformado ^a	Activo ^b
Sintomatologia Depressiva	14.0	8.73

Nota: N = 81; n_a = 70; n_b = 11

Verifica-se que o grupo que se encontra reformado apresenta um valor médio de sintomatologia depressiva mais elevado que o grupo que não está reformado. A diferença encontrada é estatisticamente significativa ($U = 231.0$, $W = 297.0$, $p = .034$).

4.4 – Análise da relação da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade com a sintomatologia depressiva

Inicialmente, procede-se à análise da sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento, de seguida, à análise da sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade e, por fim, pretende-se explorar as escalas da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade que melhor poderão explicar a sintomatologia depressiva.

4.4.1 – Análise da sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento

Com o objectivo de analisar a sintomatologia depressiva em função das escalas da auto-percepção do envelhecimento, procedeu-se da seguinte forma: inicialmente, recorreu-se à análise da sintomatologia depressiva em função das escalas da auto-percepção do envelhecimento que estão associadas a uma percepção mais positiva do mesmo (Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas) e, de seguida, a análise foi efectuada em função das escalas da auto-percepção do envelhecimento que estão associadas a uma percepção mais negativa do mesmo (Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais). Uma vez que não se verificaram os pressupostos da normalidade (após efectuado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors), recorreu-se a um teste não-paramétrico de diferença de médias das ordens de Kruskal-Wallis. No Quadro 16 apresentam-se os valores de sintomatologia depressiva associados às escalas do QPE associados a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva.

Quadro 16

CES-D: Comparação em função das escalas do QPE associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva

Controlo Positivo ¹	Sint. Depressiva	Controlo Negativo ¹	Sint. Depressiva	Consequências Positivas ¹	Sint. Depressiva
1	– ²	1	– ²	1	– ²
2	26.67	2	16.29	2	22.0
3	18.50	3	13.37	3	13.56
4	11.25	4	10.0	4	12.45
5	8.0	5	4.0	5	11.21

Nota: $N = 81$

¹ itens divididos em concordância com a escala de Lickert;

² itens não assinalados

Verifica-se que indivíduos que apresentam níveis superiores na escala Controlo Positivo e Controlo Negativo apresentam menos sintomatologia depressiva, sendo que os resultados para a escala Controlo Positivo são estatisticamente significativos ($X^2_{KW}(4) = 15.122$; $p = .004$; $N = 81$) e os resultados para a escala Controlo Negativo são tendencialmente significativos ($X^2_{KW}(3) = 6.816$; $p = .078$; $N = 81$). Em relação à escala Consequências Positivas, os valores seguem a mesma tendência, não sendo os resultados estatisticamente

significativos. No Quadro 17 apresentam-se os valores de sintomatologia depressiva associados às escalas do QPE associados a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa.

Quadro 17

CES-D: Comparação em função das escalas do QPE associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa

Dur. Crónica¹	Sint. Depressiva	Dur. Cíclica¹	Sint. Depressiva	Conseq. Negativas¹	Sint. Depressiva	Rep. Emocionais¹	Sint. Depressiva
1	3.0	1	3.67	1	5.11	1	3.50
2	6.60	2	10.19	2	6.18	2	9.70
3	13.14	3	11.89	3	11.35	3	13.31
4	15.71	4	19.80	4	15.67	4	18.78
5	- ²	5	27.10	5	17.0	5	- ²

Nota: $N = 81$

¹ itens divididos em concordância com a escala de Lickert;

² itens não assinalados

Verifica-se que indivíduos que apresentam níveis superiores na escala Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais apresentam mais sintomatologia depressiva. Os resultados são estatisticamente significativos para todas as escalas (Duração Crónica: $X^2_{KW}(3) = 12.666$; $p = .005$; $N=81$; Duração Cíclica: $X^2_{KW}(4) = 22.373$; $p = .000$; $N=81$; Consequências Negativas: $X^2_{KW}(4) = 16.426$; $p = .002$; $N = 81$ e Representações Emocionais: $X^2_{KW}(3) = 18.014$; $p = .000$; $N = 81$).

4.4.2 – Análise da sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade

Com o objectivo de analisar a sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade, procedeu-se da seguinte forma: inicialmente, as escalas dos traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão foram divididas em duas categorias (uma categoria para baixo Neuroticismo/Extroversão e outra para elevado Neuroticismo/Extroversão). Uma vez que os pressupostos da normalidade não foram verificados para a sintomatologia depressiva no grupo que apresenta baixo Neuroticismo ($KS(57) = .121$, $p = .037$), recorreu-se ao teste não-paramétrico Mann-Whitney. Por sua vez, a sintomatologia depressiva de ambos os grupos que apresentaram baixa e elevada Extroversão seguem uma distribuição normal ($KS(21) = .134$, $p = .200$, para a sintomatologia depressiva

no grupo que apresenta baixa Extroversão; $KS(60) = .109, p = .075$, e para a sintomatologia depressiva no grupo que apresenta elevada Extroversão; $F_{Levene}(1,79) = .226$). Como tal, recorreu-se ao uso do teste paramétrico t-Student. No Quadro 18 apresentam-se os valores de sintomatologia depressiva associados aos grupos de baixo/elevado Neuroticismo/Extroversão.

Quadro 18

CES-D: Comparação em função das escalas Neuroticismo e Extroversão

	Neuroticismo		Extroversão	
	Baixo	Elevado	Baixo	Elevado
Sintomatologia Depressiva	10.91	18.92	16.62	12.12

Nota: $N = 81$

Verifica-se que indivíduos com níveis mais elevados de Neuroticismo apresentam mais sintomatologia depressiva (resultados estatisticamente significativos: $U = 331.5, W = 1984.5, p = .000$). Por outro lado, verifica-se que indivíduos com níveis mais baixos de Extroversão apresentam, igualmente, mais sintomatologia depressiva (resultados estatisticamente significativos: $t(79) = 2.182, p = .032$).

4.4.3 – Análise da regressão linear múltipla da sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade

Com o objectivo de analisar as escalas da auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade que melhor podem explicar a sintomatologia depressiva, recorreu-se à regressão linear múltipla (com o método Stepwise, de procura de “melhor modelo” através da selecção sequencial de variáveis).

A validação dos pressupostos do modelo (distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros) fez-se através da análise de resíduos e diagnósticos de multicolinearidade; seguindo a estrutura sugerida por Maroco (2007). Através da análise de resíduos, foram verificados os seguintes pressupostos do modelo: (1) distribuição normal: a observação do *normal probability plot* revela que a maioria dos pontos está mais ou menos em cima da diagonal principal, levando à conclusão de que os resíduos (erros) apresentam, pelo menos aproximadamente, distribuição normal – facto confirmado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (para os resíduos não-estandardizados), já que este apresenta um p-value (exacto) de .269; (2) homogeneidade de erros: no *Scatterplot* (isto é, no gráfico de resíduos padronizados da regressão vs. valor previsto padronizado da regressão) os resíduos

distribuem-se de forma mais ou menos aleatória em torno de zero, formando uma típica “nuvem de pontos” e revelando, assim, homogeneidade; (3) independência dos erros: o pressuposto da independência dos resíduos (erros) é verificado, uma vez que $D_{\text{Durbin-Watson}} = 1.945$, valor próximo de 2 e (4) em relação aos diagnósticos de multicolinearidade, procedeu-se à utilização do VIF (*Variance Inflation Factor*), tendo-se obtido os seguintes valores: $VIF_{\text{Neuroticismo}} = 1.627$, $VIF_{\text{ControloPositivo}} = 1.152$, $VIF_{\text{RepresentaçõesEmocionais}} = 1.551$. Assim, como nenhum dos valores de VIF é superior a 5 (Montgomery & Peck, 1982, tal como citado por Maroco, 2007), não há indicação de colinearidade entre as variáveis predictoras que foram incluídas no modelo final encontrado (ou seja, estas variáveis não apresentam problemas para a correcta estimação dos coeficientes de regressão do modelo).

Em relação a possíveis *outliers*, a observação dos valores mínimo e máximo dos resíduos (erros) não indica a presença de *outliers* (uma vez que o “maior” Student Del.Residual é de 2.140, não ultrapassando assim a medida indicadora de 3 desvios-padrão acima da média dos outros resíduos). A análise do valor da Leverage centrada máxima revela que o maior valor é de 0.241 (marginalmente superior a 0.2) para o caso 30, porém, após um teste exacto para este resíduo (uma vez que cada um dos resíduos *studentized deleted* tem distribuição *t*-student), o valor *p* obtido (.44) confirma que o caso 30 não é um *outlier* (procedimentos efectuados de acordo com Maroco (2007)).

A regressão linear múltipla permitiu identificar as variáveis Neuroticismo ($\beta = .407$; $t(77) = 3.166$; $p = .002$), Controlo Positivo ($\beta = -3.728$; $t(77) = -2.971$; $p = .004$) e Representações Emocionais ($\beta = 2.615$; $t(77) = 2.307$; $p = .024$) como preditores significativos da sintomatologia depressiva. O modelo final ajustado é, então, $\text{SintomatologiaDepressiva} = 10.840 + 0.407\text{Neuroticismo} - 3.728\text{ControloPositivo} + 2.615\text{RepresentaçõesEmocionais}$. Este modelo é altamente significativo e explica em cerca de 43% a variabilidade da sintomatologia depressiva ($F(3,77) = 20.882$; $p < .001$; $R_a^2 = 0.43$).

Capítulo 5 – Discussão

No quinto capítulo são discutidos os resultados obtidos, de acordo com a sequência utilizada na análise destes e seguindo, igualmente, os objectivos e hipóteses descritos no Capítulo 2.

5.1 – Auto-percepção do envelhecimento

No que respeita à análise da auto-percepção do envelhecimento em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais – género, idade e Avaliação de Saúde Actual – (Objectivo geral 1), os resultados mostraram que, relativamente ao género, o sexo feminino apresenta valores mais elevados nas escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais – escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa (Barker et al., 2007) e o sexo masculino apresenta resultados mais elevados nas escalas Controlo Positivo e Controlo Negativo – escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva (Barker et al., 2007). A excepção deste quadro ocorre na escala Consequências Positivas, na qual o sexo feminino apresenta valores superiores, comparativamente ao sexo masculino, ainda que pouco relevantes. Por hipótese, esta diferença verificada na escala Consequências Positivas poderá estar relacionada com algum tipo de experiências de mudança que provoquem um maior impacto nos homens do que nas mulheres. Nesta linha de pensamento, é sugerido na literatura que os homens podem envelhecer mais positivamente do que as mulheres, ainda que também vivam mudanças ligadas ao envelhecimento (Kotter-Grühn et al., 2009). Os autores referem que os homens registam mais auto-percepções positivas do envelhecimento do que as mulheres, o que vai de encontro com os resultados obtidos no presente estudo. Assim, embora os resultados apontem no sentido do esperado, a Hipótese 1b1 não é confirmada, pois as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à idade, os resultados mostraram que todas as escalas da auto-percepção do envelhecimento apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido ascendente para as escalas que estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa – Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais (Barker et al., 2007) e em sentido descendente para as escalas que estão associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva – Consequências Positivas, Controlo Positivo e Controlo Negativo (Barker et al., 2007). Ainda assim, os resultados apontam no sentido do esperado se, apenas, se tomar em conta a comparação entre o grupo mais jovem (idades entre os 60 e os 70 anos) e o grupo mais velho (idades entre os 81 e os 90 anos), a qual aponta no sentido do esperado, apesar de as diferenças observadas não serem estatisticamente significativas. Manter auto-percepções do envelhecimento positivas pode tornar-se cada vez mais difícil, à medida que os idosos se aproximam da morte (Kotter-Grühn et al., 2009), ou seja nos indivíduos de idade bastante mais avançada, o que, de acordo com

os resultados obtidos no presente estudo, coincide com a verificação de auto-percepções do envelhecimento mais negativas por parte do terceiro grupo etário (idades entre os 81 e os 90 anos). O segundo grupo etário (idades entre os 71 e os 80 anos) apresenta resultados inconsistentes e incongruentes entre si. Não foram encontrados estudos empíricos que foquem, especificamente, esta faixa etária no que se refere às auto-percepções do envelhecimento e que, assim, possam ajudar a justificar os resultados observados. Eventualmente, poder-se-á interpretar este resultado como reflexo da subjectividade inerente ao processo de envelhecimento, na medida em que este implica a vivência de mudanças psicológicas, físicas e sociais que estão relacionadas com diferenças individuais (Margrett et al., 2010), e que corresponde, igualmente, a um processo dinâmico que ocorre ao longo do desenvolvimento (Blanco, Olmo, Arbonès, & Bosch, 2004). Analisando o caso particular da escala Representações Emocionais, verifica-se que é o grupo mais velho que apresenta o valor mais baixo. Pensando que as características desta escala se assemelham às do traço de personalidade Neuroticismo, torna-se pertinente assumir que, em certa medida, os resultados coincidem com a literatura que refere o decréscimo de Neuroticismo nos mais velhos (Costa & McCrae, 1980; Costa et al., 1998; Lehmann et al., 2012; Scollon & Diener, 2006; Srivastava et al., 2003). Nesta sequência, a Hipótese 1b2 não é confirmada, dado as diferenças verificadas não serem estatisticamente significativas.

Relativamente à Avaliação de Saúde Actual, os resultados mostraram que as escalas Duração Crónica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais se associam, negativa e significativamente, com a Avaliação de Saúde Actual, sendo, as mesmas, as escalas que se relacionam com uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa (Barker et al., 2007). Ou seja, valores elevados nas auto-percepções mais negativas do envelhecimento estão relacionados com valores inferiores no que se refere ao modo como é avaliada a saúde actual do indivíduo, isto é, a uma pior avaliação da saúde actual. Os resultados coincidem com o verificado em vários estudos (Chasteen, 2000; Demakakos et al., 2007; Kotter-Grünh et al., 2009; Levy et al., 2002; Sargent-Cox et al., 2012) que demonstram que as auto-percepções do envelhecimento se associam com várias dimensões da saúde e do nível de funcionalidade, pelo que auto-percepções mais negativas se relacionam com maior fragilidade física e deterioração no âmbito da saúde, bem como com indicadores de um desenvolvimento mais negativo, durante a velhice. Nestas circunstâncias, torna-se importante referir, também, que os adultos mais velhos que apresentam auto-percepções do envelhecimento mais negativas acreditam que as perdas derivadas do envelhecimento serão

algo inevitável e que estão fora do seu controlo (Sargent-Cox et al., 2012). Evidenciando coerência para com o descrito, anteriormente, por outro lado, os resultados obtidos demonstraram que as escalas Controlo Positivo, Controlo Negativo e Consequências Positivas se associam, positiva e significativamente (com a excepção da escala Consequências Positivas, na qual não se verificou a significância estatística), com a Avaliação de Saúde Actual, sendo, as mesmas, as escalas que se relacionam com uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva (Barker et al., 2007). Ou seja, valores elevados nas auto-percepções mais positivas do envelhecimento estão relacionados com valores mais elevados no que se refere ao modo como é avaliada a saúde actual do indivíduo, isto é, a uma melhor avaliação da saúde actual. É pertinente verificar que as auto-percepções mais positivas do envelhecimento constituem um factor de protecção contra os declínios na saúde física e no nível de funcionalidade, na idade adulta avançada, tal como sugerem Sargent-Cox et al. (2012), parecendo, assim, ser evidenciada a sua importância no que toca a um desenvolvimento mais saudável, ao longo da velhice. Nesta sequência, a Hipótese 1b3 é confirmada, sendo as diferenças verificadas estatisticamente significativas (com a excepção para a escala Consequências Positivas).

5.2 – Traços de personalidade

Alusivamente à análise dos traços de personalidade em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais – género, idade e Avaliação de Saúde Actual – (Objectivo geral 2), os resultados mostraram que, relativamente ao género, o sexo feminino apresenta valores mais elevados nos níveis de Neuroticismo e valores inferiores nos níveis de Extroversão, comparativamente com o sexo masculino. A literatura tem vindo a sugerir, de facto, o Neuroticismo como um traço de personalidade mais associado ao sexo feminino (Lehmann et al., 2012; Srivastava et al., 2003; Steunenberg et al., 2009) e a Extroversão como um traço, tipicamente, mais masculino (Kwon & Song, 2011). Ainda que estes dois traços de personalidade sejam os mais estudados (Costa & McCrae, 1998), os resultados verificados quanto à Extroversão são menos consistentes (Allemand et al., 2008; Srivastava et al., 2003). Feingold (cit. por Lehmann et al., 2012) refere que as diferenças de género nos traços de personalidade podem ser explicadas por factores socio-culturais e bio-sociais. As diferenças observadas nos resultados não são significativas e os valores obtidos são bastante próximos. Tratando-se de indivíduos de idade mais avançada, para a proximidade dos valores obtidos, por hipótese, poder-se-á pensar em aspectos ligados à androginia nos mais velhos, tal como

sugere a literatura (Gale-Ross, Baird, & Towson, 2009; Strough, Leszczynski, Neely, Flinn, & Margrett, 2007), pelo que, com o envelhecimento, os homens desenvolvem a expressão afectiva e as mulheres desenvolvem a instrumentalidade. Ou seja, talvez possam estar em causa questões como a diminuição da distância entre a personalidade feminina e da personalidade masculina, encontrando-se os indivíduos do sexo masculino perante a descoberta dos afectos e formas adaptativas, ditas femininas, e os do sexo feminino perante a descoberta de competências de assertividade e de controlo e formas adaptativas, ditas masculinas. Nesta sequência, os resultados apontam no sentido do esperado, muito embora a Hipótese 2b1 não seja confirmada, dado as diferenças observadas não terem sido estatisticamente significativas.

Relativamente à idade, os resultados mostraram que, em relação à escala Neuroticismo, os três grupos etários apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido descendente, à medida que o grupo etário aumenta. Os resultados apontam no sentido do esperado se se tomar em conta as seguintes comparações: (1) grupo mais jovem (idades entre 60 e 70 anos) e grupo mais velho (idades entre 81 e 90 anos) e (2) grupo intermédio (idades entre 71 e 80 anos) e grupo mais velho, para os quais se verifica uma diminuição dos níveis de Neuroticismo. Em relação à Extroversão, os resultados demonstraram uma tendência de diminuição nos níveis deste traço de personalidade, à medida que o grupo etário aumenta, apontando, assim, no sentido do esperado. Estes resultados coincidem com a literatura que refere a diminuição do Neuroticismo e da Extroversão, à medida que se envelhece (Costa & McCrae, 1980; Costa et al., 1998; Lehmann et al., 2012; Scollon & Diener, 2006; Srivastava et al., 2003). Ainda assim, a Hipótese 2b2 não é confirmada, dado que as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à Avaliação de Saúde Actual, os resultados mostraram que os níveis de Neuroticismo e a Avaliação de Saúde Actual se associam, negativa e significativamente, com um efeito fraco. Ou seja, níveis elevados de Neuroticismo estão relacionados com valores inferiores no que se refere ao modo como a saúde actual do indivíduo é avaliada, isto é, a uma pior avaliação da saúde actual. Os resultados vão ao encontro com o descrito em vários estudos (Charles, Gatz, Kato, & Pedersen, 2008; Löckenhoff, Terracciano, Ferrucci, & Costa, 2012; Mroczek & Spiro, 2007; Scollon & Diener, 2006) que referem a associação entre o aumento dos níveis de Neuroticismo e os declínios no âmbito da saúde, maior fragilidade e pior avaliação do estado de saúde e de funcionalidade. Nesta sequência, a Hipótese 2b3 é confirmada.

5.3 – Sintomatologia depressiva

No que se refere à sintomatologia depressiva, em função de variáveis sócio-demográficas e psico-sociais – género, idade, Avaliação de Saúde Actual, Avaliação da Situação Económica e Vida Profissional – (Objectivo geral 3), os resultados mostraram que, relativamente ao género, os níveis de sintomatologia depressiva no sexo feminino são superiores, em comparação com o sexo masculino, ainda que esta diferença não seja estatisticamente significativa. Os resultados obtidos seguem o mencionado em vários estudos que referem que, em amostras de idosos, é nas mulheres que as pontuações de depressão são mais elevadas (Coleman et al., 1993; Radloff & Rae, 1979; Ried & Planas, 2002; Steunenberget al., 2009; Zunzunegui et al., 2007). Por hipótese, talvez se verifique mais sintomatologia depressiva nas mulheres devido ao facto de as mesmas relatarem mais problemas de saúde e stress psicológico do que os homens (Ried & Planas, 2002; Zunzunegui et al., 2007) e de estarem mais expostas a factores, sociais e económicos, de risco para a depressão, como o isolamento social, maior limitação na funcionalidade e capacidades, maior morbilidade, reformas reduzidas, maior probabilidade de viuvez e baixo nível de escolaridade. Por outro lado, é sugerido que as mulheres sofrem mais de condições psicossomáticas, comparativamente com os homens (Zunzunegui et al., 2007) o que, eventualmente, poder-se-á ligar com a imagem de fragilidade, vulnerabilidade e instabilidade emocional, frequentemente, associada ao sexo feminino, correspondendo este aspecto a uma expressão de sofrimento emocional através do corpo que, por sua vez, evidenciaria a possibilidade de um quadro com mais sintomatologia depressiva. Ainda assim, a questão que permanece, tal como sugerem Zunzunegui et al. (2007), é se, exclusivamente, as mulheres se encontram expostas a factores de risco ou se são, meramente, mais vulneráveis do que os homens. Nesta sequência, a Hipótese 3b1 não é confirmada, não sendo as diferenças verificadas estatisticamente significativas.

Relativamente à idade, os resultados mostraram que todos os grupos apresentam variações que nem sempre ocorrem em sentido ascendente, não sendo as diferenças observadas significativas. Esperava-se que a sintomatologia depressiva aumentasse, à medida que o grupo etário aumenta. O grupo intermédio (idades entre 71 e 80 anos) é o que apresenta menos sintomatologia depressiva, seguido do grupo mais jovem (idades entre 60 e 70 anos) e, depois, do grupo mais velho (idades entre 81 e 90 anos). Os resultados apontam no sentido do esperado se se comparar o grupo intermédio e o grupo mais velho, verificando-se, respectivamente, um aumento da sintomatologia depressiva, do primeiro, para o segundo.

Comparando o grupo mais jovem (idades entre 60 e 70 anos) e o grupo mais velho, a diferença de valores registada, apesar de existir um aumento, é irrelevante. É pertinente pensar nos resultados já que alguns estudos identificaram o ser idoso como factor para a manifestação de sintomas depressivos, enquanto outros não verificaram tendências significativas (Dozeman et al., 2010), o que demonstra alguma inconsistência face aos resultados. Ainda assim, o grupo que apresenta mais sintomatologia depressiva corresponde ao dos indivíduos de idade mais avançada, o que vai ao encontro dos resultados referidos pela literatura que indicam uma maior prevalência de sintomatologia depressiva na faixa etária muito mais avançada, a qual sofre mais problemáticas físicas, morbilidade e deterioração e declínios gerais (Akyol et al., 2010; Berg et al., 2009; Steunenber, et al., 2009). Margrett et al. (2010) especificam ainda que os octagenários apresentam uma maior incidência de sintomatologia depressiva. Ora, se o bem-estar diminui na idade adulta avançada, particularmente, nos anos mais próximos da morte (Kotter-Grünh et al., 2009), ou seja, nos adultos de idade muito mais avançada, poder-se-á associar este grupo etário a mais sintomatologia depressiva. Tal coincide com o observado no presente estudo e confirma o esperado, sendo este o grupo com mais sintomatologia depressiva. Noutra perspectiva, um possível contributo para os resultados obtidos no grupo mais jovem poderá prender-se com o facto de ser constituído pelos indivíduos que se encontram reformados há menos tempo. Sendo a reforma um dos acontecimentos de vida *major* que afecta profundamente o padrão de actividades do quotidiano e a composição do contexto social (Löckenhoff, Terracciano, & Costa, 2009), talvez a elevação da sintomatologia depressiva deste grupo mais jovem possa ser, por hipótese, explicada por este aspecto. Os valores inferiores de sintomatologia depressiva no grupo intermédio, eventualmente, poderão estar relacionados com uma melhor adaptação a esta fase de vida da velhice, pelo que se poderá tratar de um grupo de indivíduos que com estratégias mais positivas e, por sinal, precisamente, mais adaptativas de lidar com o envelhecimento. No entanto, não foram encontrados estudos que abordassem, especificamente, esta faixa etária no que toca à sintomatologia depressiva. A Hipótese 3b2 não é confirmada dado que as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à Avaliação de Saúde Actual, os resultados mostraram que a sintomatologia depressiva e a Avaliação de Saúde Actual se associam, negativa e significativamente, com um efeito moderado. Ou seja, níveis elevados de sintomatologia depressiva estão relacionados com valores inferiores no que se refere ao modo como a saúde actual do indivíduo é avaliada, isto é, a uma pior avaliação de saúde actual. Os resultados

coincidem com o descrito em vários estudos que identificam uma associação entre o estado de saúde e a prevalência de sintomatologia depressiva (Akyol et al., 2010; Ried & Planas, 2002; Steunenberget al., 2009; Y. Lee et al., 2001). Paralelamente, a sintomatologia depressiva exerce um efeito quanto à diminuição da qualidade de vida do idoso (Beekman et al., 2002), podendo esta dever-se aos declínios sofridos ao nível da saúde e da funcionalidade, por exemplo. Nesta sequência, a Hipótese 3b3 é confirmada.

Relativamente à Avaliação da Situação Económica Actual, os resultados mostraram que o grupo que não está satisfeito com a sua situação económica actual apresenta mais sintomatologia depressiva do que o grupo que está satisfeito com a sua situação económica actual. Embora a diferença apresentada entre grupos seja elevada, não atinge significância estatística. Os resultados vão no sentido dos estudos que evidenciam a influência da situação económica na sintomatologia depressiva, pelo que Gurland et al. (1980) referem que, em indivíduos que enfrentem condições económicas precárias, a incidência da depressão pode aumentar e, mais genericamente, Zunzunegui et al. (2002) sugerem que factores de índole económica estão associados a um aumento da sintomatologia depressiva. Assumindo a carência de condições económicas, será plausível pensar em défices no acesso à saúde, interferência no contexto social e consequências ao nível da manutenção de uma qualidade de vida digna durante a velhice. Circunstâncias, estas, que poderão, por hipótese, estar relacionadas com um aumento da sintomatologia depressiva. A Hipótese 3b4 não é, no entanto, confirmada, pois as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à Vida Profissional, os resultados mostraram que o grupo que se encontra reformado apresenta mais sintomatologia depressiva do que o grupo activo (não está reformado), sendo a diferença encontrada estatisticamente significativa. Os resultados correspondem ao descrito na literatura, a qual associa mais sintomatologia depressiva em indivíduos reformados, comparativamente com aqueles que ainda exerçam actividade profissional (Doshi, Cen, & Polsky, 2008; Löckenhoff, et al., 2009). A reforma constitui um período de mudanças e perdas com impacto a vários níveis, como as actividades quotidianas e o contexto social, tal como referido anteriormente (Löckenhoff et al., 2009). Por hipótese, será plausível encará-la como um factor que promova a manifestação de sintomatologia depressiva, na medida em que alguns indivíduos podem não se adaptar de modo tão salutar a esta nova fase de vida que parece exigir alguma reorganização. Nesta sequência, a Hipótese 3b5 é confirmada.

5.4 – Sintomatologia depressiva em função da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade

No que se refere à sintomatologia depressiva, em função da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade – (Objectivo geral 4), os resultados mostraram que, relativamente à comparação da sintomatologia depressiva em função das escalas da auto-percepção do envelhecimento associadas a uma auto-percepção mais positiva do mesmo (Barker et al., 2007), indivíduos que apresentam níveis superiores na escala Controlo Positivo e Controlo Negativo apresentam menos sintomatologia depressiva, sendo os resultados para a escala Controlo Positivo estatisticamente significativos e para a escala Controlo Negativo, tendencialmente significativos. Em relação à escala Consequências Positivas, os valores seguem a mesma tendência, apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos. Os resultados são congruentes com a literatura que sugere o impacto das auto-percepções do envelhecimento em adultos de idade avançada, do ponto de vista psicológico (Baltes & Smith, 2003; Chasteen, 2000; Kotter-Grühn et al., 2009; Sargent-Cox et al., 2012), bem como a sua relação com a adopção de comportamentos saudáveis e de estratégias de coping adequadas (Barker et al., 2007). Mais especificamente, é igualmente referida a significativa relação entre as auto-percepções do envelhecimento e a sintomatologia depressiva (Barker et al., 2007; Coleman et al., 1993). Ora, se as auto-percepções positivas do envelhecimento constituem um bom indicador do desenvolvimento positivo na velhice (Chasteen, 2000) e representam factores de protecção contra declínios no funcionamento físico, ao longo da mesma (Sargent-Cox et al., 2012), por hipótese, é plausível verificar que tal pode ser reflexo dos resultados obtidos no presente estudo, pelo que são os indivíduos que avaliam mais positivamente o seu processo de envelhecimento (valores mais elevados nas escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva) que apresentam menos sintomatologia depressiva. Inversamente, os indivíduos que não avaliam tão positivamente o seu processo de envelhecimento (valores mais baixos nas escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva) apresentam mais sintomatologia depressiva. Nesta sequência, a Hipótese 4a1 é parcialmente confirmada, apontando os resultados no sentido do esperado, pelo que as diferenças observadas são estatisticamente significativas, apenas, para a comparação de duas, das três escalas da auto-percepção do envelhecimento, com a sintomatologia depressiva.

Relativamente à comparação da sintomatologia depressiva em função das escalas da auto-percepção do envelhecimento associadas a uma auto-percepção mais negativa do mesmo

(Barker et al., 2007), os resultados mostraram que indivíduos que apresentam níveis superiores nas escalas Duração Crônica, Duração Cíclica, Consequências Negativas e Representações Emocionais apresentam mais sintomatologia depressiva, sendo os resultados estatisticamente significativos para todas as escalas. Analogamente à situação anterior, os resultados coincidem com a literatura (Baltes & Smith, 2003; Barker et al., 2007; Chasteen, 2000; Kotter-Grühn et al., 2009; Sargent-Cox et al., 2012). Ora, se as auto-percepções negativas e pessimistas do envelhecimento potenciam experiências de stress (Chasteen, 2000), se estão relacionadas com declínios na saúde e funcionalidade física dos indivíduos de idade avançada (Sargent-Cox et al., 2012), se quando os mais velhos se apercebem de declínios no seu funcionamento físico e/ou cognitivo, podem justificar essas mudanças com o seu envelhecimento, sendo que esta atribuição mais negativa pode, conseqüentemente, resultar num declínio das auto-percepções do envelhecimento (Kotter-Grühn et al., 2009) e se, noutra vertente, declínios nas auto-percepções positivas do envelhecimento podem ser interpretados como um declínio na capacidade geral de regular as perdas antes da morte (Baltes & Smith, 2003), então, por hipótese, tal é plausível de ser reflexo dos resultados obtidos no presente estudo, pelo que são os indivíduos que avaliam mais negativamente o seu processo de envelhecimento (valores mais elevados nas escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa) que apresentam mais sintomatologia depressiva. Inversamente, os indivíduos que não avaliam tão negativamente o seu processo de envelhecimento (valores mais baixos nas escalas associadas a uma auto-percepção do envelhecimento mais negativa) apresentam menos sintomatologia depressiva. Nesta sequência, a Hipótese 4a2 é confirmada, apontando os resultados no sentido do esperado.

Relativamente à comparação da sintomatologia depressiva em função dos traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão, os resultados mostraram que indivíduos com níveis mais elevados de Neuroticismo apresentam mais sintomatologia depressiva e que, igualmente, indivíduos com níveis mais baixos de Extroversão apresentam mais sintomatologia depressiva, sendo os resultados estatisticamente significativos. Os resultados vão ao encontro de investigações que têm verificado a associação dos traços de personalidade com a sintomatologia depressiva e o diagnóstico e desenvolvimento de depressão (Costa et al., 1998; Kling et al., 2003; McCray et al., 2007). São vários os estudos que têm vindo a explorar, particularmente, a relação entre Neuroticismo e sintomatologia depressiva e/ou depressão, nos adultos mais velhos (Abrams et al., 1991; Clarke et al., 1994; Costa et al., 1998; Cuijpers et al., 2006; McCray et al., 2007; Steunenberg et al., 2009). De acordo com

Costa e McCrae (1980) o Neuroticismo está ligado com a preocupação no geral, força egóica, propensão à culpa, ansiedade, insegurança e preocupações psicossomáticas, promovendo, assim, um sofrimento intenso com as adversidades. Pensando que os adultos mais velhos enfrentam desafios que se prendem com o equilíbrio entre ganhos e perdas (Baltes, 1987) a diversos níveis, várias são as exigências com que se deparam. Por conseguinte, e tendo por base os aspectos característicos do Neuroticismo, bem como o facto de pessoas com depressão serem mais susceptíveis de apresentar uma tendência para emoções negativas ou uma visão pessimista do mundo (Cuijpers et al., 2006), será plausível assumir que elevados níveis deste traço de personalidade, em conjunto com as mencionadas exigências e tarefas decorrentes da velhice, podem vulnerabilizar o indivíduo face à sintomatologia depressiva. Além do Neuroticismo, também o traço de personalidade Extroversão desempenha um papel importante no bem-estar psicológico do indivíduo, tendo, também, uma relação com a sintomatologia depressiva (Berg et al., 2009; Costa & McCrae, 1980; McCray et al., 2007; Mroczek & Spiro, 2007; Watson & Clark, 1984). Costa e McCrae (1980) argumentam que a Extroversão se liga à sociabilidade, ao ser-se caloroso, ao envolvimento com outras pessoas e à participação em actividades no geral. A respeito da sua relação com a depressão, Watson e Clark (1984) referem que a Extroversão está negativamente associada com a mesma. Por outro lado, as pessoas mais extrovertidas e ajustadas são mais felizes (Costa & McCrae, 1980), aspecto que poderá constituir um indício para o bem-estar psicológico do indivíduo. Tendo em consideração as características deste traço de personalidade, talvez o facto de as pessoas mais extrovertidas tenderem a ter uma rede social mais consistente, de melhor qualidade e com maior número de contactos e recursos sociais (Mroczek & Spiro, 2007), possa contribuir para este cenário mais positivo, o qual, por hipótese, constitui um factor de protecção para com a sintomatologia depressiva/depressão. Os traços de personalidade Neuroticismo e Extroversão têm sido, repetidamente, identificados como estando fortemente associados com a satisfação de vida na idade adulta avançada (Costa & McCrae, 1980), o que parece tornar pertinente a ideia de que os traços de personalidade mencionados, em conjunto, são determinantes para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida dos adultos mais velhos. De facto, uma visão negativa da vida associada com elevado Neuroticismo e o isolamento associado com baixa Extroversão podem ser interpretados como sintomas depressivos (McCray et al., 2007). Nesta sequência, a Hipótese 4b é confirmada, pelo que os resultados apontam no sentido do esperado.

Relativamente à análise das escalas da auto-percepção do envelhecimento e dos traços de personalidade que melhor podem prever a sintomatologia depressiva, os resultados mostraram que as variáveis Neuroticismo, Controlo Positivo e Representações Emocionais são preditoras significativas da sintomatologia depressiva e que o modelo final ajustado é altamente significativo, explicando cerca de 43% da variabilidade da sintomatologia depressiva. Retomando as características já referidas acerca do Neuroticismo, é possível verificar pontos de contacto no que respeita à descrição da escala Representações Emocionais, já que esta se relaciona com a resposta gerada pela percepção do envelhecimento e é, especificamente, representada por emoções negativas, tais como preocupação, ansiedade, depressão, medo, raiva e tristeza (Barker et al., 2007). Ou seja, por aspectos também descritos no traço de personalidade Neuroticismo. De acordo com a literatura, o Neuroticismo é um dos grandes factores que se relacionam com a sintomatologia depressiva (Berg et al., 2009; Costa & McCrae, 1980; McCray et al., 2007; Mroczek & Spiro, 2007; Watson & Clark, 1984). Ora, estando a escala Representações Emocionais intimamente relacionada com o traço de personalidade Neuroticismo, será plausível reconhecer o poder preditivo de ambos para a sintomatologia depressiva. Assim, será pertinente ter em conta e estar atento a este tipo de características do indivíduo, por forma a obter eventuais indícios de um quadro com mais sintomatologia depressiva. Noutra vertente, a respeito da indicação da escala Controlo Positivo por parte do modelo obtido, a qual não era previsto ser apresentada, tal constitui um dado curioso. Esta escala refere-se às crenças pessoais acerca do modo como gerir e lidar com a experiência do envelhecimento, incidindo, particularmente, no controlo sobre experiências positivas relacionadas com o mesmo (Barker et al., 2007). Não foram encontrados estudos que explorassem, mais aprofundadamente, a influência desta escala. Os próprios autores (Barker et al., 2007) referem que, embora a escala Controlo mereça atenção no contexto da velhice, as crenças sobre este, tanto do ponto de vista das experiências positivas, como das negativas, não tem sido empiricamente investigado. De acordo com os resultados e atendendo ao valor preditivo do modelo obtido, talvez possam estar em causa variáveis desconhecidas (variáveis latentes) que, de alguma forma, contribuam para a explicação da restante variabilidade da sintomatologia depressiva. Nesta sequência, a Hipótese 4c é confirmada, pelo que os resultados apontam no sentido do esperado.

Capítulo 6 – Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, são referidas algumas limitações e sugerem-se propostas para futuras investigações.

O presente estudo incidiu na análise da forma como a auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade se relacionam com a sintomatologia depressiva, na idade adulta avançada. Os resultados obtidos demonstraram que, relativamente à auto-percepção do envelhecimento (Objectivo geral 1), tendencialmente, é o sexo feminino que apresenta percepções do seu envelhecimento mais negativas, comparativamente com o sexo masculino e, de modo consistente, é o sexo masculino que apresenta percepções do seu envelhecimento mais positivas. Em função da idade, as auto-percepções do envelhecimento sofrem variações que nem sempre ocorrem conforme o esperado, quer para as que estejam associadas a uma percepção mais positiva do envelhecimento, como para uma percepção mais negativa. A Avaliação de Saúde Actual, tal como era expectável, associa-se negativamente com as escalas da auto-percepção do envelhecimento ligadas a uma percepção mais negativa do mesmo e associa-se positivamente com as escalas da auto-percepção do envelhecimento ligadas a uma percepção mais positiva do mesmo.

Relativamente aos traços de personalidade (Objectivo geral 2), no que se refere às diferenças de género, tendencialmente, é o sexo feminino que apresenta níveis mais elevados de Neuroticismo e níveis mais baixos de Extroversão, em comparação com o sexo masculino. Em função da idade, contrariamente ao esperado, os níveis de Neuroticismo sofrem variações e, confirmando o pressuposto, os níveis de Extroversão tendem a diminuir. Tal como esperado, foi observada uma associação negativa entre Avaliação de Saúde e Neuroticismo.

No que respeita à sintomatologia depressiva (Objectivo geral 3), tendencialmente, é o sexo feminino que apresenta valores superiores, comparativamente com o sexo masculino. Em função da idade, contrariando o esperado, a sintomatologia depressiva sofre variações. Noutra linha, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e psico-sociais, todos os resultados confirmaram o esperado, com a excepção da Avaliação da Situação Económica. Foi verificada uma associação negativa entre sintomatologia depressiva e Avaliação de Saúde Actual. O grupo de indivíduos que não se encontra satisfeito com a sua situação económica actual, tendencialmente, apresenta mais sintomatologia depressiva do que aqueles que se encontram satisfeitos e, tal como esperado, o grupo dos indivíduos reformados revelam mais sintomatologia depressiva do que aqueles que ainda se encontram a exercer actividade profissional.

A propósito da forma como a auto-percepção do envelhecimento e os traços de personalidade se relacionam com a sintomatologia depressiva (Objectivo geral 4), indo ao encontro do esperado, indivíduos com auto-percepções do envelhecimento mais positivas, tendencialmente, apresentam menos sintomatologia depressiva e, consistentemente, indivíduos com auto-percepções do envelhecimento mais negativas apresentam mais sintomatologia depressiva. Noutra vertente, indivíduos com elevados níveis de Neuroticismo e baixos níveis de Extroversão apresentam mais sintomatologia depressiva. O estudo preditivo demonstrou que a auto-percepção do envelhecimento (duas escalas: Representações Emocionais e Controlo Positivo) e o traço de personalidade Neuroticismo são preditores significativos da sintomatologia depressiva, explicando em 43% a sua variabilidade – os resultados seguiram o esperado para Representações Emocionais e Neuroticismo, com o acréscimo de Controlo Positivo que não estava contemplado.

Das quinze hipóteses colocadas, sete foram confirmadas, uma apenas parcialmente confirmada e sete não foram confirmadas.

No que se refere às limitações do presente estudo, destaca-se, primeiramente, o facto de a amostra ser de conveniência, tendo sido recolhida através do método “bola de neve”, o que traz implicações no âmbito da generalização dos resultados para a população. Também o reduzido número de indivíduos que compõem a amostra pode ter algumas implicações, especialmente, atendendo ao contraste existente entre os diversos grupos etários, pelo que o grupo etário mais jovem é aquele que é constituído por maior número de indivíduos. Outra questão prende-se com a aplicação dos instrumentos que seguiu duas formas, ou por auto-aplicação ou por aplicação oral (no caso de dificuldade de leitura por motivos visuais ou de compreensão das frases), ainda que, na maior parte dos casos, os questionários tenham sido preenchidos autonomamente. Atendendo à faixa etária em questão, é de referir a possibilidade de cansaço psicológico que possa ter existido, bem como a incompreensão de alguns itens dos questionários, levando a uma eventual falta de cuidado nas respostas aos mesmos. Tendo em conta o propósito do estudo da sintomatologia depressiva, parecem relevantes as consequências derivadas de um possível efeito de desajustabilidade social, na medida em que tal tema acarreta questões de vulnerabilidade e confronto com uma realidade própria bastante delicadas. Note-se que, aquando da recolha da amostra, registaram-se sete recusas de participação, sustentadas, precisamente, pelo tema em causa.

Outra questão de relevo está relacionada com a faixa etária correspondente ao segundo grupo etário formado para o presente estudo (idades compreendidas entre 71 e 80 anos).

Grande parte da literatura incide sobre os mais velhos no geral, sobre os chamados *jovens idosos* e, mais recentemente, sobre os *idosos mais velhos*, ficando uma lacuna nas investigações referentes a esta idade intermédia, não tendo sido, assim, encontrados estudos que pudessem justificar ou permitir uma melhor compreensão dos resultados obtidos, particularmente, quanto a este grupo.

Apesar das limitações indicadas, o presente estudo parece poder contribuir, de alguma forma, para a compreensão do processo de envelhecimento, tal como para abrir caminho quanto ao conhecimento sobre a faixa etária da idade adulta avançada. Particularmente sobre a sintomatologia depressiva e/ou a depressão nos mais velhos, é sugerido que a mesma está associada a baixo nível de satisfação de vida ao longo do tempo (Berg et al., 2009). Tal poderá suscitar a questão da etiologia da sintomatologia depressiva e da depressão nos mais velhos, ou seja, se a mesma se deve, mera e exclusivamente, à faixa etária, em causa, ou se poderão existir circunstâncias, ao longo da vida, predisponentes para este quadro, quando se é mais velho. Eventualmente, futuros estudos longitudinais poderiam dar resposta a esta questão, focando, vários grupos etários, desde os indivíduos mais jovens, até ao grupo dos idosos mais velhos.

Num plano mais interventivo, outros aspectos parecem assumir grande relevância. Tendo em conta o preconceito e os estereótipos que envolvem a velhice e os mais velhos, e lembrando a saúde como uma variável pertinente para o estudo desta faixa etária, por hipótese, até que ponto não seria proveitoso fomentar iniciativas de formação para a classe profissional da saúde, por forma a controlar diagnósticos errados de depressão que se fazem acompanhar de uma terapêutica farmacológica excessiva que, não raras vezes, não dá lugar à adesão de um processo de acompanhamento psicológico mais adequado?

No cenário actual de uma sociedade que vive na pressa dos ponteiros do relógio, com exigências socioeconómicas tremendas, torna-se difícil encontrar uma noção de equilíbrio. Assim, em muitos casos, talvez se possa cair num lugar onde falta a esperança e predomina o desamparo. Assim, poder-se-á chegar a alguns sinais de sintomatologia depressiva. Tal pode acontecer em qualquer faixa etária, é um facto, porém, o presente estudo incide nos mais velhos, nos que alcançaram os anos longos de uma experiência de vida alargada, seja ela mais ou menos rica. E a longevidade de vida aumentou. Ora, se às dificuldades com que se deparam os mais velhos, quanto à deterioração de capacidades e a declínios na saúde, acresce, paralelamente ou não, sintomatologia depressiva, não será este um quadro emergente de intervenção?

Referências Bibliográficas

- Abrams, R. C., Young, R. C., Alexopoulos, G. S., & Holt, J. H. (1991). Neuroticism may be associated with history of depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(7), 483-488.
- Akyol, Y., Durmus, D., Dogan, C., Bek, Y., & Cantürk, F. (2010). Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population. *Turkish Journal of Rheumatology*, 25(4), 165-173.
- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A. (2008). Age differences in five personality domains across the life span. *Developmental Psychology*, 44(3), 758-770. doi:10.1037/0012-1649.44.3.758
- Allport, F. H., & Allport, G. W. (1921). Personality traits: Their classification and measurement. *The Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 16(1), 6-40. doi:10.1037/h0069790
- Allport, G. W., & Vernon, P. E. (1930). The field of personality. *Psychological Bulletin*, 27(10), 677-730. doi:10.1037/h0072589
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxford England: Holt, Reinhart & Winston.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135. doi:10.1159/000067946

- 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). doi:10.1186/1471-2318-7-9
- Beekman, A., Penninx, B., Deeg, D., Beurs, E., Geerlings, S., & Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: A longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13(2), 191-201. doi:10.1080/13607860802342227
- Blanco, M., Olmo, J., Arbonès, M., & Bosch, P. (2004). Analysis of self-concept in older adults in different contexts: Validation of the subjective aging perception scale (SAPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 262-274. doi:10.1027/1015-5759.20.4.262
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389. doi:10.1037/0021-843X.85.4.383
- Charles, S., Gatz, M., Kato, K., & Pedersen, N. L. (2008). Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, 27(3), 369-378. doi:10.1037/0278-6133.27.3.369
- Chasteen, A. L. (2000). The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 147-156. doi:10.1207/S15324834BASP2203_3

- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 103-116. doi:10.1037/0021-843X.103.1.103
- Cofer, D. H., & Wittenborn, J. (1980). Personality characteristics of formerly depressed women. *Journal of Abnormal Psychology, 89*(3), 309-314. doi:10.1037/0021-843X.89.3.309
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, C., & Briggs, R. (1993). Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 8*(4), 343-349.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*(4), 668-678.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1989). Personality continuity and the changes of adult life. In M. Storandt & G. VandenBos (Eds.), *The adult years: Continuity and change* (pp. 41-77). Washington DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1994a). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1994b). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 139-150). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Costa, P. T., Jr., Yang, J., & McCrae, R. R. (1998). Aging and personality traits: Generalizations and clinical implications. In I. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, P. Fromholt, I. Nordhus, G. R. VandenBos, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 33-48). Washington, DC: American Psychological Association.

- Cuijpers, P., Beekman, A., Smit, F., & Deeg, D. (2006). Predicting the onset of major depressive disorder and dysthymia in older adults with subthreshold depression: A community based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(9), 811-818. doi:10.1002/gps.1565
- Demakakos, P., Gjonca, E., & Nazroo, J. (2007). Age identity, age perceptions and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, (1114), 279-287. doi:10.1196/annals.1396.021
- Doshi, J. A., Cen, L., & Polsky, D. (2008). Depression and retirement in late middle-aged U.S. workers. *Health Services Research*, *43*(2), 693-713. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00782.
- Dozeman, E., van Marwijk, H., van Schaik, D., Stek, M. L., van der Horst, H. E., Beekman, A., & van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & Mental Health*, *14*(7), 828-833. doi:10.1080/13607861003781817
- Fernández-Ballesteros, R. (2005). Evaluation of 'Vital Aging-M': A psychosocial program for promoting optimal aging. *European Psychologist*, *10*(2), 146-156. doi:10.1027/1016-9040.10.2.146
- Fleeson, W., & Heckhausen, J. (1997). More or less "me" in past, present, and future: Perceived lifetime personality during adulthood. *Psychology and Aging*, *12*(1), 125-136. doi:10.1037/0882-7974.12.1.125
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1999).
- Gale-Ross, R., Baird, A., & Towson, S. (2009). Gender role, life satisfaction, and wellness: Androgyny in a Southwestern Ontario sample. *Canadian Journal on Aging*, *28*(2), 135-146.

- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Hummert, M. L. (1990). Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychology and Aging*, 5(2), 182-193. doi:10.1037/0882-7974.5.2.182
- INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kling, K. C., Ryff, C. D., Love, G., & Essex, M. (2003). Exploring the influence of personality on depressive symptoms and self-esteem across a significant life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 922-932. doi:10.1037/0022-3514.85.5.922
- Kotter-Grühn, 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. doi:10.1037/a0016510
- Kwon, N., & Song, H. (2011). Personality traits, gender, and information competency among college students. *Malaysian Journal of Library & Information Science*, 16(1), 87-107.
- Lee, Y., Choi, K., & Lee, Y. K. (2001). Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology*, 47(5), 254-262. doi:10.1159/000052809

- Lehmann, R., Denissen, J., Allemand, M., & Penke, L. (2012). Age and gender differences in motivational manifestations of the big five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, doi:10.1037/a0028277
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi:10.1037//0022-3514.83.2.261
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópico personológico? *Análise Psicológica*, 2(18), 171-179.
- Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., & Costa, P. R. (2009). Five-factor model personality traits and the retirement transition: Longitudinal and cross-sectional associations. *Psychology and Aging*, 24(3), 722-728. doi:10.1037/a0015121
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. r., & ... Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*, 24(4), 941-954. doi:10.1037/a0016901
- Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., Ferrucci, L., & Costa, P. T. (2012). Five-Factor personality traits and age trajectories of self-rated health: The role of question framing. *Journal of Personality*, 80(2), 375-401. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00724.x
- Margrett, J., Martin, P., Woodard, J. L., Miller, L., MacDonald, M., Baenziger, J., & ... Poon, L. (2010). Depression among centenarians and the oldest old: Contributions of cognition and personality. *Gerontology*, 56(1), 93-99. doi:10.1159/000272018
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McCrae, R. R. (1991). The five-factor model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 399-414.

- McCray, L. W., Bogner, H. R., Sammel, M. D., & Gallo, J. J. (2007). The role of patient personality in the identification of depression in older primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1095-1100. doi:10.1002/gps.1791
- Montepare, J. M., & Lachman, M. E. (1989). “You’re only as old as you feel”: Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4(1), 73-78. doi:10.1037/0882-7974.4.1.73
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2007). Personality change influences mortality in older men. *Psychological Science*, 18(5), 371–376. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01907.x
- Naditch, M. P., Gargan, M. A., & Michael, L. B. (1975). Denial, anxiety, locus of control, and discrepancy between aspirations and achievements as components of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(1), 1-9. doi:10.1037/h0076254
- NEO-FFI – Versão Portuguesa. XIII Conferência Internacional – Avaliação Psicológica: *Formas e contextos*. (Universidade do Minho, 2 a 4 de Outubro de 2008).
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, B. de (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.
- Oltman, A. M., Michals, T. J., & Steer, R. A. (1980). Structure of depression in older men and women. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 672-674.
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 345-362.

- Radloff, L. S., & Rae, D. S. (1979). Susceptibility and precipitating factors in depression: Sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(2), 174-181. doi:10.1037/0021-843X.88.2.174
- Ried, L., & Planas, L. G. (2002). Aging, health, and depressive symptoms: Are women and men different? *Journal of Women's Health, 11*(9), 813-824.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development, 27*(6), 549-554. doi:10.1080/01650250344000208
- Ruppel, S. E., Jenkins, W. J., Griffin, J. L., & Kizer, J. B. (2010). Are they depressed or just old? A study of perceptions about the elderly suffering from depression. *North American Journal of Psychology, 12*(1), 31-42.
- Sargent-Cox, K., Anstey, K., & Luszcz, M. (2012). The relationship between change in self-perceptions of aging and physical functioning in older adults. *Psychology and Aging, 27*(3), 750-760. doi:10.1037/a0027578
- Scollon, C., & Diener, E. (2006). Love, work, and changes in extraversion and neuroticism over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(6), 1152-1165.
- Shapiro, J. P. (1988). Relationships between dimensions of depressive experience and perceptions of the lives of people in general. *Journal of Personality Assessment, 52*(2), 297-308.
- Srivastava, S., John, O., Gosling, D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(5), 1041-1053. doi:10.1037/0022-3514.84.5.1041
- Stephan, Y. (2009). Openness to experience and active older adults' life satisfaction: A trait and facet-level analysis. *Personality & Individual Differences, 47*(6), 637-641. doi:10.1016/j.paid.2009.05.025

- Steunenberg, B., Braam, A. W., Beekman, A. F., Deeg, D. H., & Kerkhof, A. M. (2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1470-1477. doi:10.1002/gps.2291
- Strough, J., Leszczynski, J., Neely, T. L., Flinn, J. A., & Margrett, J. (2007). From adolescence to later adulthood: Femininity, masculinity, and androgyny in six age groups. *Sex Roles*, 57(5-6), 385-396. doi:10.1007/s11199-007-9282-5
- Viken, R. J., Rose, R. J., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (1994). A developmental genetic analysis of adult personality: Extraversion and neuroticism from 18 to 59 years of age. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 722-730. doi:10.1037/0022-3514.66.4.722
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490. doi:10.1037/0033-2909.96.3.465
- Zunzunegui, M., Minicuci, N., Blumstein, T., Noale, M., Deeg, D. H., Jylhä, M., & Pedersen, N. (2007). Gender differences in depressive symptoms among older adults: A cross-national comparison. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 198-207. doi:10.1007/s00127-007-0158-3

Anexos

ANEXO I
Questionário Sócio-demográfico

Questionário Sócio-demográfico

Data de aplicação: ___ / ___ / ___

1. Idade: _____

2. Nacionalidade: _____

3. Naturalidade: _____

4. Área de residência: _____

5. Sexo: F M

6. Escolaridade:

Ausência de escolaridade

Ensino básico incompleto

Ensino básico completo

Ensino secundário incompleto

Ensino secundário completo

Curso médio

Curso superior

Outro Qual? _____

7. **Actividade Profissional** (*se é reformado, indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma*)

Reformado: Sim Não

Se sim, há quantos anos? _____

Profissão anterior: _____

8. Estado Civil:

Solteiro

Casado ou a viver como tal

Divorciado ou separado

Viúvo Há quanto tempo? _____

9. Agregado familiar actual:

Vive sozinho

Vive com o cônjuge

Vive com o cônjuge e terceiros

Vive com terceiros

Vive numa instituição

Outro Qual? _____

10. Está satisfeito com essa situação?

Sim Não

11. Tem o apoio de familiares?

Sim Não

12. Parentalidade:

Tem filhos? Sim Não

Se sim, quantos? _____

13. Situação económica:

Insatisfatória

Pouco satisfatória

Satisfatória

Boa

Muito boa

14. Participação em actividades:

Centradas na vida doméstica/familiar

Frequenta centro de dia

Frequenta universidade da terceira idade

Frequenta grupos recreativos na igreja

Centradas nos amigos

Outro Qual? _____

15. Relações Interpessoais:

Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente

Frequente

Distante

Inexistente

Relações familiares (qualidade):

Muito gratificantes

Gratificantes

Superficiais

Inexistentes

Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente

Frequente

Distante

Inexistente

Relações de amizade (qualidade):

Muito gratificantes

Gratificantes

Superficiais

Inexistentes

17. Tem um confidente?

Sim

Não

18. Crenças e práticas religiosas:

Sem crença religiosa

Com crença religiosa e sem práticas religiosas

Com crença e práticas religiosas “privadas” (orações, leitura)

Com crença e práticas religiosas “públicas” (missas, festejos)

19. Avaliação do estado geral de saúde:

19.1 Neste último mês, como classifica o seu estado geral de saúde?

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Mau

19.2 Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparada com há um ano?

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Não sabe

19.3 Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparando com pessoas da sua idade e sexo?

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Não sabe

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO II
Folha de Consentimento Informado



Consentimento Informado

O meu nome é Sara Tatiana Ferreira Lourenço e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

As temáticas abordadas relacionam-se com a auto-percepção do envelhecimento, personalidade e sintomas depressivos.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a quatro pequenos questionários. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o importante é que elas reflectam a sua experiência.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados com total confidencialidade e anonimato.

Ao responder a estes questionários, declara ter 60 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

Lisboa, ____ de ____ de 201__

(Sara Lourenço)

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, subscreva a sua autorização, assinando no local abaixo indicado.

Declaração de Consentimento Informado

Fui informada(o) dos objectivos do estudo e declaro que aceito colaborar voluntariamente no mesmo.

(Assinatura da(o) Participante)

Data ____/____/____