

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A AUTO-PERCEÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM
IDOSAS VIÚVAS**

Ana Marta Pequito Antunes Keong

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



A AUTO-PERCEPÇÃO DO ENVELHECIMENTO EM IDOSAS VIÚVAS

Ana Marta Pequito Antunes Keong

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2010

Agradecimentos

À Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade manifestada e pelas importantes críticas e sugestões.

À Dra. Joana Calado, pela ajuda e conhecimentos partilhados.

A todas as senhoras que participaram neste estudo, pela sua simpatia, pela valiosa disponibilidade e colaboração, assim como aos responsáveis das instituições.

À minha querida avó, pela sua dedicação, empenho e persistência.

A todos os familiares e amigos que se disponibilizaram para pedir a colaboração de uma mãe, avó, tia, prima, vizinha, amiga...

Aos que nunca deixaram de ter uma palavra de incentivo, apoio, e sobretudo, compreensão...

Resumo

O presente estudo tem por principal objectivo explorar a auto-percepção do envelhecimento em mulheres idosas, casadas e viúvas, averiguando se existem diferenças entre os dois grupos. Pretende-se também analisar a relação da auto-percepção do envelhecimento com variáveis sócio-demográficas, nomeadamente quando esta se relaciona com o factor idade. Participaram no estudo 46 mulheres casadas e 32 mulheres viúvas, com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos. Para a avaliação da percepção do envelhecimento utilizou-se a adaptação portuguesa do Aging Perceptions Questionnaire (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, s.d.) e foram obtidos alguns dados através de uma Ficha de Recolha de Informação Sócio-Demográfica. Os resultados demonstram que as idosas viúvas apresentam uma consciência mais crónica do processo de envelhecimento, enquanto as idosas casadas parecem possuir uma consciência mais cíclica. Em relação às consequências derivadas do envelhecimento, as mulheres casadas tendem a ter maiores crenças nas consequências, tanto negativas como positivas, do mesmo. No que diz respeito aos sentimentos de controlo do processo, são as mulheres viúvas que apresentam valores mais elevados, tanto no controlo sobre as experiências positivas como no controlo sobre as experiências negativas. As idosas casadas demonstram ser as que mais tendência têm para sentir emoções negativas perante o envelhecimento. Relativamente à evolução da percepção do envelhecimento em função da idade, os resultados demonstram que, à medida que a idade avança, os idosos vão adquirindo uma consciência cada vez mais crónica do seu envelhecimento. Tendencialmente, a faixa etária dos 70-79 anos é a que mais crenças tem nas consequências negativas do processo de envelhecimento, assim como nas emoções negativas que este desperta.

Palavras- Chave: Envelhecimento, Idosas, Auto-percepção do Envelhecimento, Viuvez

Abstract

The main objective of the present study is to explore self-perceptions of aging in married and widowed old women, verifying if there are differences between these two groups. In addition, the relationship between self-perceptions of aging and socio-demographic variables, particularly Age, is also explored. 46 married women and 32 widowed women (60 to 89 years) participated in the study. Self-perception of aging was evaluated through the Portuguese version of Aging Perceptions Questionnaire (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, s.d.), and socio-demographic data was obtained through a questionnaire. The results show that widows have a higher chronic awareness of the aging process, while married women seem to experience a more cyclical awareness. In what concerns the consequences of aging, married women tend to have higher beliefs in these consequences, both positive and negative. Regarding control feelings over the age process, the widowed women are the ones who have the higher levels, both in positive and negative experiences. Married women tend to be the group with the most negative emotions, as far as the aging process is concerned. In terms of self-perceptions throughout aging, results show that, with the increasing of age, the elderly acquire a progressive higher chronic awareness of their own aging. The 70-79 year old group tends to be the one that has higher beliefs in the negative consequences of the aging process, and higher negative emotions.

Keywords: Aging, Elderly women, Self-perception of aging, Widowhood

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 1 |
| 1. Envelhecimento | |
| 1.1 População idosa em Portugal | 3 |
| 1.2 Teorias do Envelhecimento | 3 |
| 1.2.1 Envelhecimento Bem-Sucedido | 6 |
| 2. Viuvez | 11 |
| 2.1 Ajustamento/Adaptação | 12 |
| 2.2 Desafios/Dificuldades | |
| 2.2.1 Aspectos Sociais | 13 |
| 2.2.2 Saúde Mental | 15 |
| 3. Auto-Percepção do Envelhecimento | 17 |
| 4. Objectivos e Hipóteses | 23 |
| 5. Método | |
| 5.1 Participantes | 25 |
| 5.1.1 Caracterização da amostra total | 25 |
| 5.1.2 Caracterização da Participantes Casadas e das Participantes Viúvas | 27 |
| 5.2 Instrumentos | |
| 5.2.1 Aging Perceptions Questionnaire (APQ) | 28 |
| 5.2.2 Ficha de Recolha de Informação | 31 |
| 5.3 Procedimento | 31 |

| | |
|--|----|
| 5.4 Procedimento Estatístico | 31 |
| 6. Resultados | |
| 6.1 Relação entre a Auto-percepção do Envelhecimento e o Estado Civil | 32 |
| 6.2 Relação entre a Auto-percepção do Envelhecimento e a Idade | 36 |
| 7. Discussão | |
| 7.1 Auto-percepção do Envelhecimento e o Estado Civil | 38 |
| 7.2 Auto-percepção do Envelhecimento e a Idade | 41 |
| 8. Conclusão | 43 |
| Referências Bibliográficas | 45 |

Índice de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Idade da amostra total - Frequências e Percentagens | 26 |
| Quadro 2 - Nível de Escolaridade da amostra total - Frequências e Percentagens | 26 |
| Quadro 3 - Estado Civil da amostra total - Frequências e Percentagens | 27 |
| Quadro 4 - Grupos 1 e 2: Idade- Frequência e Percentagens | 27 |
| Quadro 5 - Grupos 1 e 2 - Nível de Escolaridade - Frequências e Percentagens | 28 |
| Quadro 6 - Duração Crónica: Médias, Desvios-padrão e Valor t - Grupos 1 e 2 | 32 |
| Quadro 7 - Duração Cíclica: Médias, Desvios-padrão e Valor t - Grupos 1 e 2 | 33 |
| Quadro 8 - Consequências Negativas: Média das ordens, Mediana (Mdn) e Valor U | 33 |
| Grupos 1 e 2 | |
| Quadro 9 - Consequências Positivas: Médias, Desvios-padrão e Valor t | |
| Grupos 1 e 2 | 34 |
| Quadro 10 - Controlo Negativo: Médias, Desvios-padrão e Valor t - Grupos 1 e 2 | 35 |
| Quadro 11 - Controlo Positivo: Médias, Desvios-padrão e Valor t - Grupos 1 e 2 | 35 |
| Quadro 12 - Representações Emocionais: Médias, Desvios-padrão e Valor t | |
| Grupos 1 e 2 | 36 |
| Quadro 13 - Duração Crónica: Médias, Desvios-padrão e Valor F - Grupos 1, 2 e 3 | 36 |

| | |
|---|----|
| Quadro 14 - Consequências Negativas: Média das ordens, Mediana e H | |
| Grupos 1,2 e 3 | 37 |
| | |
| Quadro 15 - Representações emocionais: Médias, Desvios-padrão e F | |
| Grupos1, 2 e 3 | 38 |

Introdução

O presente trabalho centra-se na caracterização da auto-percepção do envelhecimento em mulheres idosas, casadas e viúvas.

A escolha do tema prende-se com o facto de a viuvez ser considerada um dos eventos mais “stressantes” da vida do ser humano (Onrust & Cuipers, 2006; Bennet, 1997).

Existem diversos estudos, nesta área, que relacionam este estado com sintomatologias depressivas e ansiedade (Gallagher, Breckenridge, Thompson, & Peterson, 1983; Zisook, Paulus, Schuchter, & Judd, 1997), que investigam as diferenças dos efeitos da viuvez em homens e mulheres (Bennett, Smith, & Hughes, 2005) e, ainda, estudos prospectivos que procuram relacionar a mortalidade com a viuvez. Porém, não estão presentes, na literatura, estudos que visem caracterizar o modo como as viúvas sentem o próprio processo de envelhecimento, na ausência de um cônjuge.

Apesar de existirem evidências que sugerem um crescimento psicológico posterior à viuvez (Schaefer & Moos; Wortman & Silver; citado por Carnelley *et al.*, 2006), e a descoberta de novas forças, mais independência, controlo, competência, resiliência, auto-confiança e auto-eficácia (Arbuckle & de Vries, 1995; Calhoun & Tedeschi, 1990; Fry, 1998; Lieberman, 1996; Thomas, DiGiulio, & Sheehan, 1988; citados por Carnelley *et al.*, 2006), a maioria dos estudos centra-se nos aspectos negativos daí decorrentes.

Tem sido demonstrado que, aquando da viuvez, a rede social do indivíduo sofre a perda do seu maior contribuinte, provocando, não apenas, a solidão resultante do isolamento emocional, mas a do isolamento social. Mesmo as viúvas que estabelecem laços sociais substitutos parecem não obter benefícios emocionais compensatórios desses mesmos laços (Zettel & Rook, 2004). Um número elevado de estudos tem demonstrado que os sentimentos depressivos são elevados nas pessoas viúvas (Bennett, 1987; Bennett, Smith, & Hughes, 2005; Onrust & Cuipers, 2006)

Em relação às auto-percepções do envelhecimento, os estudos têm demonstrado que auto-percepções mais positivas se associam a uma melhor saúde funcional, ao longo do tempo (Levy *et al.*, 2002). Estes indivíduos apresentam menos probabilidade de morrer de doença respiratória (Levy & Myers, 2005), e os sujeitos que definem o seu estado de saúde de médio a mau apresentam mais percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que definiram a sua saúde como boa ou excelente (Ron, 2007).

Nesta sequência, o presente estudo procura explorar a relação entre a viuvez na idade avançada (a ausência de um cônjuge e os aspectos inerentes a este estado) e as percepções que as próprias idosas têm acerca do seu envelhecimento.

Encontra-se organizado em oito pontos.

No primeiro, aborda-se uma perspectiva geral do Envelhecimento, caracterizando este tipo de população em Portugal, e explorando algumas teorias, nomeadamente a do Envelhecimento Bem-Sucedido.

No segundo ponto, apresentam-se os aspectos relativos à Viuvez. São referidos mecanismos de ajustamento/adaptação, e as dificuldades/desafios decorrentes da perda do cônjuge (nomeadamente em relação ao isolamento social e à saúde mental).

O terceiro ponto, foca-se nas auto-percepções do envelhecimento e em alguma investigação realizada nesta área.

No ponto seguinte são apresentados os objectivos e as hipóteses propostas para o presente estudo.

No quinto ponto é feita a descrição do método, que inclui a caracterização dos participantes, a descrição do instrumento utilizado, o procedimento e os procedimentos estatísticos.

No sexto e sétimo ponto apresentam-se, respectivamente, a análise dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

No último ponto expõem-se as conclusões do trabalho, mencionando-se algumas limitações do mesmo e sugerem-se investigações futuras.

1. Envelhecimento

1.1 População idosa em Portugal

O Envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e Portugal não é excepção a este panorama. A tendência para o crescimento da população idosa é um dos aspectos mais salientes da sociedade portuguesa actual (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). O país enfrenta baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país. Dados recentes registaram, entre 1941 e 2001, um crescimento da população com idade igual ou superior a 65 anos da ordem dos 243% (Paúl & Fonseca, 2005). É de referir que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 ou mais anos que cresce segundo taxas superiores. O peso dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%.

Tal como se verifica, na generalidade dos países, a população idosa tem, também em Portugal, uma percentagem superior de mulheres. As estimativas de 2008 do INE indicavam que os idosos (65 anos ou mais) constituíam cerca de 17,6% da população geral, e desta, 58,3% eram mulheres. Ao mesmo tempo, a esperança de vida no sexo feminino é superior, verificando-se que as mulheres, com 65 anos, vivem em média mais 3 anos e meio do que os homens.

1.2 Teorias do Envelhecimento

As crenças e teorias acerca do Envelhecimento têm precedentes em duas perspectivas principais precedentes de Platão e Aristóteles. Da tradição de Platão (427-347 a.c.) prevalece uma visão positiva, em que o Ser Humano envelhece como viveu e da qual se deriva que este deveria preparar-se para envelhecer ao longo da vida. Seguindo esta tradição, Cícero (106-43 a.c) afirma que a virtude humana cresce com a idade. Pelo contrário, para Aristóteles (383-322 a.c.), o Envelhecimento, como a última etapa da vida humana, poderia considerar-se uma doença natural. Do mesmo modo, Séneca (4-65 d.c.) fala da deterioração física e mental no indivíduo, como consequência do Envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Desde a tradição aristotélica que a Gerontologia (estudo científico do Envelhecimento, da velhice e dos velhos) se tem dedicado mais aos aspectos biomédicos e psicossociais negativos da velhice do que a outras condições que implicam evolução e desenvolvimento, ou que simplesmente são estáveis ao longo da idade (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Ao longo da história do estudo do Envelhecimento, e baseados nestas tradições, podem, então, encontrar-se autores e teorias que colocam relevo numa visão positiva do mesmo (Havighurst, 1987; Atchley, 1989, 1999) ou que salientam os aspectos negativos deste processo (Cummings & Henry, Lupien & Wan, citado por Fernandez-Ballesteros, 2009).

Para Pául 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 necessário uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

Na perspectiva de Fernandez-Ballesteros (2009), o Envelhecimento supõe um processo biológico em que se produz um declive na eficiência e eficácia de todos os sistemas biológicos. Como consequência, ao longo desse processo aumenta a vulnerabilidade para doenças crónicas e agudas.

De acordo com Silva (2005), atingir a velhice significa que o indivíduo sobreviveu e se adaptou – com mais ou menos saúde mental, e maior ou menor bem-estar – a desafios específicos das várias etapas da vida. Os adultos idosos são assim sobreviventes, tendo ocorrido, face às vicissitudes da vida, uma selecção natural, em que os casos mais graves já morreram e os restantes melhoraram das respectivas patologias.

O processo de Envelhecimento traz consigo desafios adaptativos a nível físico, psicológico e social. Os gerontólogos afirmam que a velhice se vive em primeiro lugar no corpo, o que não significa, necessariamente, que o indivíduo dê conta, imediatamente, dos seus sinais, e a eles reaja. São geralmente referidos os cabelos esbranquecidos, a pele com menor elasticidade e mais seca, revelando rugas, a deterioração da capacidade visual e

auditiva, maior lentidão dos reflexos, menos capacidade respiratória, dificuldades de equilíbrio e menor resistência (Silva, 2005).

Face a menores capacidades (força física, acuidade sensorial, velocidade de processamento de informação, etc) a adaptação pode tornar-se difícil e exigir a otimização do meio físico e social, para readquirir um equilíbrio favorável ao sujeito que envelhece (Paúl e Fonseca, 1999).

Muitas destas manifestações do Envelhecimento representam o Envelhecimento Primário, gradual, universal, comum a todos os Homens, mas outros dizem respeito ao Envelhecimento Secundário, associado a doença (Silva, 2005).

Segundo Paúl e Fonseca (1999), o Envelhecimento Normal (Primário) não implica doença e o indivíduo pode permanecer saudável até à morte, ou pelo menos até muito próximo do estado terminal (Envelhecimento Terciário). O Envelhecimento Patológico (Secundário) é aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte.

Por conseguinte, o objecto científico da Gerontologia abarca o Envelhecimento Primário (produto da idade) e o Secundário (produto da doença), assim como o processo geral do Envelhecimento e as diferenças individuais relacionadas com a idade (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Erikson (citado por Silva, 2005) entende o desenvolvimento como resultado de uma sequência de fases de desenvolvimento em que, tanto o Ego como a realidade social, têm um papel preponderante e preconiza 8 conflitos para o curso do desenvolvimento humano. Refere que o último conflito do Ciclo de Vida (integridade vs. desespero), representa o culminar do desenvolvimento dos 7 anteriores e pressupõe uma aceitação e responsabilização face ao próprio ciclo de vida, do que se é, e do que se viveu, na compreensão “que cada um é a consequência da coincidência acidental de um ciclo de vida e de um segmento da história”.

De acordo com a perspectiva de Mahler (1968) que refere o Processo de Separação-Individuação em paralelo com o próprio desenvolvimento, partindo-se de uma simbiose inicial com o objecto materno cuidador, em absoluta dependência, o ser humano dirige-se para uma progressiva Separação-Individuação. Na idade adulta avançada atinge uma nova dependência (relativa), para depois se finalizar numa quase simbiose (caracterizada por uma absoluta dependência), associada a estádios terminais de doença física antecedentes da morte (Silva, 2005).

Segundo Bandura (1986) o Envelhecimento pode considerar-se como um amplo processo bio-psico-social através do qual se produzem transacções mútuas entre o organismo biológico, a pessoa e o ambiente (Fernandez-Ballesteros, 2009).

De um modo geral, para entender a velhice, torna-se necessário explorar profundamente toda a idade adulta – vida profissional, construção de uma família e de um lugar na comunidade adulta - na medida em que esta fase depende de todo o percurso realizado anteriormente. É nos períodos de transição entre as diferentes etapas que poderão surgir problemas, originando crises de desenvolvimento (Silva, 2005).

1.2.1 Envelhecimento bem-sucedido

O conceito de “Envelhecimento Positivo”, “Envelhecimento com Sucesso” ou “Envelhecimento Bem-Sucedido”, surgiu nos anos 60 e definia quer um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente (Fonseca, 2005).

Durante muitos anos, a distinção entre Envelhecimento bem-sucedido e mal-sucedido, baseava-se apenas na diferença entre saúde e doença. Os gerontologistas preocupavam-se sobretudo com a distinção entre estados patológicos e não patológicos (Rowe & Kahn, 1999). Certamente que a ausência de doença ou incapacidade é um componente importante do Envelhecimento bem-sucedido. No entanto, não é suficiente.

Segundo Rowe e Kahn (citado por Fonseca, 2005) surgiu a necessidade de se ultrapassar uma visão do Envelhecimento centrada em aspectos relacionados com doenças, incapacidades de várias ordens e declínio em geral, substituindo-a por uma abordagem que encara o Envelhecimento numa perspectiva global, valorizando os seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Os autores decidiram enfatizar os aspectos positivos do Envelhecimento, ultrapassando a visão limitada dos efeitos da idade cronológica e clarificando os factores de natureza genética, biomédica, comportamental e social, responsáveis pela manutenção do

desempenho do indivíduo na parte final da vida. Permitiram, assim, alcançar uma compreensão positiva do funcionamento humano na velhice (Fonseca, 2005)

Os autores definem Envelhecimento bem-sucedido como a capacidade de manter três comportamentos ou características chave: baixo risco de doença e incapacidade, elevada função mental e física, e um compromisso activo para com a vida. Cada factor é importante por si só e, até um certo nível, são independentes uns dos outros (Rowe & Kahn, 1999). Afirmam, também, a existência de uma ordem hierárquica entre estes 3 componentes. A ausência de doença ou incapacidade torna mais fácil manter a função física e mental. E a manutenção da função física e mental, por sua vez, permite (mas não garante) um compromisso activo para com a vida. É a combinação dos 3 que representa o conceito de Envelhecimento bem sucedido. Além disso, cada um destes componentes é, por si mesmo, uma combinação de factores. Evitar a doença e incapacidade refere-se não apenas à ausência ou presença da doença por si só, mas também à ausência ou presença de factores de risco de doença e incapacidade. Manter um elevado nível de funcionamento requer tanto capacidades físicas como mentais, que são substancialmente independentes de cada uma. Estas capacidades físicas e mentais são apenas potenciais para actividade (Rowe e Kahn, 1999).

Riley (citado por Fonseca, 2005) argumenta que Rowe e Kahn negligenciam o papel que as estruturas sociais desempenham enquanto suporte do Envelhecimento bem-sucedido, ou seja, colocam o Envelhecimento bem-sucedido com uma função essencialmente ligada à iniciativa pessoal e menosprezam o papel que as famílias, as comunidades, as redes sociais de apoio e a sociedade em geral podem desempenhar, neste processo.

Fernandez-Ballesteros (citado por Fonseca, 2005) considera que a visão de Rowe e Kahn é incontestável, e defende ser possível e desejável promover um Envelhecimento óptimo. Parte de 3 princípios básicos: i) o Envelhecimento da população constitui um êxito da sociedade moderna, conseguindo “dar mais anos à vida”; ii) o Envelhecimento da população lança um desafio aos indivíduos e à própria sociedade, pois, na medida em que se vive por mais tempo, mais elevadas são as probabilidades de ver o dia-a-dia limitado por doenças e outras formas de incapacidade; iii) os idosos não são um grupo homogéneo, sendo possível envelhecer de muitas formas e acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogénea de todas as fases da vida -, a solução para se atingir um Envelhecimento óptimo passa pela prevenção de um Envelhecimento patológico e pela promoção de uma

serie de condições pessoais e sociais susceptíveis de favorecer “o Envelhecimento com êxito, competente, activo, satisfatório” (Fernandez Ballesteros, 2002, p.14).

A pessoa que envelhece activamente deve ser considerada como um agente activo e complexo (constituído por múltiplas dimensões biológicas e psicológicas) em interacção com um ambiente de múltiplos níveis (família, comunidade e sociedade; Fernandez-Ballesteros, 2009)

Num ponto de vista biomédico, Guralnik e Kaplan (citado por Fernandez-Ballesteros, 2009) consideram como critérios principais para um Envelhecimento bem-sucedido, um baixo nível de doença e incapacidade, assim como um bom nível de funcionalidade física.

Numa perspectiva psicológica, Williams e Wirths (citado por Fernandez-Ballesteros, 2009) propuseram uma definição reducionista quando afirmaram que o Envelhecimento bem-sucedido significa satisfação para com a vida e compromisso social, sentir-se bem consigo mesmo e conduzir-se segundo os próprios valores e crenças. Lehr, Seiler e Tomae (2000) consideram a satisfação para com a vida o principal componente do Envelhecimento bem sucedido.

Numa perspectiva social, Butler (1985) formula 3 critérios principais para definir o bom Envelhecimento: produtividade, participação e compromisso com a vida (Fernandez-Ballesteros, 2009)

Baltes e Baltes (1990) referem que os aspectos quantitativos e qualitativos da vida necessitam de ser balanceados, propondo uma lista mais ampla de critérios do Envelhecimento com êxito: longevidade, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência e produtividade social, controlo pessoal e satisfação com a vida. Introduzem uma das teorias mais difundidas do Envelhecimento com êxito, ao incluir o modelo da Optimização Selectiva com Compensação (SOC).

A expressão “Optimização selectiva com compensação “ surgiu, então, em 1987 e referia-se ao um “processo de optimização selectiva com compensação que apresenta 3 características, cada uma delas indicativa de uma relação ganho/perda: (a) evolução contínua de formas especializadas de adaptação como um traço geral do desenvolvimento, ao longo do ciclo de vida; (b) adaptação às condições de Envelhecimento biológico e social perante as

limitações crescentes de plasticidade; (c) esforços selectivos e compensatórios individuais para lidar com os défices e controlar de modo eficaz o Envelhecimento” (Baltes, 1987, p.616, citado por Fonseca, 2004)

Em 1990, Baltes apresenta uma segunda formulação, aplicada ao conceito de “Envelhecimento bem sucedido”, em que configura e distingue 3 mecanismos interactivos – selecção, optimização, compensação – que, interligados, formam um modelo intitulado “selecção-optimização-compensação” (Fonseca, 2004)

A Selecção será o processo por meio do qual as pessoas idosas seleccionam objectivos e resultados desejáveis, ou seja, atendendo às inevitáveis perdas e restrições impostas pelo Envelhecimento, escolhem e focalizam a sua atenção e os seus recursos em experiências e domínios prioritários de acção susceptíveis de conferirem satisfação e sentido de controlo pessoal. A Optimização refere-se aos meios pelos quais a pessoa leva por diante as suas decisões de envolvimento em acções que lhe permitam alcançar os objectivos desejados, enriquecendo e maximizando os percursos de vida seleccionados. A Compensação, envolve o uso de recursos internos e externos que auxiliem o indivíduo a atingir os seus objectivos (Fonseca, 2004).

De um modo geral, o modelo SOC preconiza que um processo adaptativo bem sucedido e com efeitos desenvolvimentais positivos consiste na obtenção de um resultado desenvolvimental, onde se conjuguem uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas através do recurso a processos de selecção, optimização e compensação (Fonseca, 2004)

Para Paúl (citado por Fonseca, 2005), o conceito de Envelhecimento bem sucedido só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, dando o devido relevo ao “sentir subjectivo de cada individuo, completamente idiossincrático, que se compreende à luz da construção da historia de vida de cada um “ (Paúl, 1996, p.20)

Em 1996, Baltes e Carstensen referem –se ao conceito de “ Envelhecimento bem-sucedido” afirmando que não há teoria, critério ou padrão que seja consensualmente aceite como prescrição definitiva para se falar em sucesso na velhice. Defendem que, por um lado, se trata de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na

velhice, através de uma procura individual de resultados e objectivos significativos para o próprio. Por outro lado, o Envelhecimento bem sucedido pode ser atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos de existência. (Fonseca, 2005)

Phelan, Anderson, LaCroix e Larson, em 2004 decidiram que poderia ser útil desenvolver uma definição de Envelhecimento bem-sucedido que incluísse a perspectiva dos idosos. Basearam-se no facto de que as percepções dos idosos podem ajudar os investigadores a desenvolver as suas próprias definições de Envelhecimento bem sucedido, e de que o conhecimento das crenças dos idosos poderiam aumentar a capacidade dos cuidadores ao oferecer cuidados.

Focam-se, então, nas crenças dos idosos acerca da importância de vários atributos do Envelhecimento bem sucedido, identificados na literatura. Era esperado que a maioria dos participantes referissem ter pensado acerca do processo de Envelhecimento e o que significa envelhecer bem, ou com sucesso. Foi antecipado que as percepções dos idosos iriam diferir das definições dos investigadores.

Concluiu-se que a maioria dos participantes (90%) tinham pensamentos acerca do Envelhecimento e que também a maioria (90%) pensaram acerca do que era o Envelhecimento bem sucedido. O estudo mostrou também que os idosos reportaram quase 2/3 dos atributos, encontrados na literatura publicada, como importantes para o Envelhecimento bem sucedido. A sua definição de Envelhecimento bem sucedido é multidimensional, englobando a saúde física, funcional, psicológica e social.

De um modo geral, as teorias do Envelhecimento bem-sucedido vêem o sujeito como pró-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um Envelhecimento bem-sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003)

2. Viuvez

O luto tem sido identificado como um dos mais “stressantes” eventos na vida de um indivíduo (Ferraro; Stroebe & Stroebe, citado por Bennet, 1997), sendo a perda de um cônjuge considerada uma séria ameaça à saúde, bem-estar, e produtividade do ser humano (Carnelley, Bolger, Wortman & Burke, 2006).

Muitas vezes, na literatura, os termos “luto” (*bereavement*) e “viuvez” (*widowhood*) são substituíveis. No entanto, o luto é operacionalizado como uma situação ou estado objectivo de experienciar a morte de alguém significativo, e considerado um estado relativamente curto, com consequências e significados pessoais. A viuvez, por seu lado, refere-se a um estado contínuo e a longo prazo (Bennett, Smith e Hughes, 2005), relacionado com mudanças na condição emocional, sócio-económica, nas relações pessoais e estilo de vida (Kaprio, Koskenvuo & Rita, 1987).

Segundo Bennett (1997), são dois conceitos que providenciam desafios separados e distintos, e as mudanças deles derivadas são de variados tipos: desde declínios na saúde mental (Jacobs et al., 1989), declínios a curto prazo na saúde física (Ferraro, 1989), alterações no suporte social (O’Byrant & Morgan, 1990; Talbott, 1989) ou no estatuto financeiro (Gass, 1989; O’Byrant & Morgan, 1989), até à existência de mortes prematuras (Jones & Goldblatt, 1986).

Todavia, a presença destas dificuldades é uma resposta normal a tal evento, e que pode até ajudar o cônjuge sobrevivente a ajustar-se (Onrust & Cuilpers, 2006).

Deste modo, o luto perante a morte de um ente querido é geralmente seguido por um ajustamento normal, embora penoso, à perda. Para muitos, o processo ocorre sem incidentes maiores, e após um período de melhoria, a maior parte do trabalho de luto terá sido cumprido (Hartz, citado por Gilewski, Farberow, Gallagher & Thompson, 1991).

Porém, para algumas pessoas, o processo torna-se prolongado e complicado (Gilewski, Farberow, Gallagher, & Thompson, 1991).

2.1 Ajustamento/Adaptação

Segundo Kitson, Babri, Roach e Placidi (1989), o ajustamento adequado a tal evento é definido como (1) sendo relativamente livre de sinais e sintomas de doença física ou mental; (2) funcionando, adequadamente, nas responsabilidades dos papéis sociais – lar, família, trabalho – (3) desenvolvendo uma identidade independente que não está presa ao ex-cônjuge ou ao estatuto de casado.

Alguns teóricos sugerem que o viúvo passa por uma série de estágios ou fases.

Bowlby (citado por Carnelley, Bolger, Wortman & Burke, 2006), por exemplo, propôs 4 fases: choque, protesto, desespero, e recuperação.

Outros autores esperam que o viúvo atinja o estado de aceitação (Gorer, 1967; Hardt, 1979), reorganização da representação mental da pessoa perdida (Bowlby, 1980) ou recuperação (Glick, Weiss & Parkes, 1974; citado por Carnelley *et al.*, 2006)

Segundo Shaver e Tancredy (citado por Carnelley *et al.*, 2006), os indivíduos viúvos geralmente sentem um laço com a pessoa perdida, que pode durar décadas. Porém, esse sentimento contínuo de conexão não indica, necessariamente, um fraco ajustamento à perda (Bonanno, Wortman & Nesse; Klass, Silverman, & Nickman; citados por Carnelley *et al.*, 2006). As memórias do cônjuge perdido podem, simultaneamente, trazer conforto e ansiedade.

Vernon (citado por Lopata, 1981) considera a idealização do cônjuge como um tipo de ajustamento à morte. Através da sua simbolização e de uma recordação selectiva, a pessoa pode ser capaz de idealizar a imagem do cônjuge e da sua relação com este.

Segundo Lopata (1981), o processo de santificação ajuda a resolver o dilema de duas faces que a viúva tem que enfrentar, isto é, manter-se socialmente activa, enquanto tem que cortar laços com o companheiro através do processo de luto.

A pesquisa sugere que ser capaz de encontrar um significado positivo numa perda leva a um melhor ajustamento. Davis e colaboradores (1998, citado por Carnelley *et al.*, 2006) descobriram que encontrar sentido na perda de um membro familiar, aos 6 meses após a perda, estava associado a menos ansiedade aos 6 e 13 meses após a perda.

Apesar de a viuvez poder ter efeitos profundamente negativos, existe alguma evidência que sugere que pode levar a um crescimento psicológico (Schaefer & Moos; Wortman & Silver; citado por Carnelley *et al.*, 2006). Como resultado da perda, a pessoa enlutada pode aprender um novo conjunto de “ferramentas” que podem resultar em mudanças positivas, tais como um reforço das auto-competências (Lopata, citado por Carnelley *et al.*, 2006)

Alguns estudos mostraram que os viúvos reportam um elevado crescimento pessoal e a descoberta de novas forças, mais independência, controlo, competência, resiliência, auto-confiança e auto-eficácia (Arbuckle & de Vries, 1995; Calhoun & Tedeschi, 1990; Fry, 1998; Lieberman, 1996; Thomas, DiGiulio, & Sheehan, 1988; citados por Carnelley *et al.*, 2006).

2.2 Desafios/Dificuldades

2.2.1 Aspectos Sociais

Segundo Fromm-Reichman (citado por Beal, 2006), a solidão tem sido reconhecida como uma das maiores causas de sofrimento humano, e tem como componente central “sentimentos associados com a ausência de uma vinculação íntima, sentimentos de vazio ou abandono” (de Jong Gierveld, 1998, p.74, citado por Beal, 2006).

Para a maioria dos adultos, a relação conjugal é a primeira fonte de suporte e cuidado, fornecendo apoio emocional, instrumental e informativo (Coyne & DeLongis; Cutrona; Katz, Beach, & Anderson; citados por Zettel & Rook, 2004).

Segundo De Keijser & Schut (citado por Zettel & Rook, 2004), aquando da viuvez, a rede social do indivíduo sofre a perda do seu maior contribuinte.

Assim, a morte de um cônjuge não provoca apenas a solidão resultante do isolamento emocional, mas produz também outra forma de solidão, a do isolamento social. A viúva tem que funcionar como um indivíduo singular em vez de um membro de um casal. Tudo é susceptível de mudanças: o horário, os interesses e os recursos pessoais, e até mesmo o tipo de pessoa que se pensa ser. A maioria das amizades poderá vir a extinguir-se e, apesar de uma ou duas poderem ser mantidas, a viúva começa a sentir-se marginal relativamente à sua rede social anterior. (Weiss, 1973).

De acordo com Zettel e Rook (2004), a formação de novas relações é, assim, pouco comum durante os primeiros dois anos seguintes à viuvez, possivelmente devido ao facto de as viúvas ainda estarem num período de ajustamento e concentração de esforços face às relações já existentes. Apenas mulheres que são viúvas há algum tempo exibem uma aparente inclinação para expandir a sua rede social.

A solidão, como resultado da diminuição da interacção com os amigos, é, por vezes, o resultado de uma anterior dependência da mulher em relação ao marido, que toma a iniciativa de se manter em contacto com os outros. A sua morte deixa-a incapaz de manter o mesmo tipo de interacção. Essa incapacidade é geralmente uma consequência de outras mudanças de vida: rendimento reduzido, não ter um carro ou não saber conduzir, ter que se mudar para uma morada menos conveniente, etc. Assim, muitas viúvas, que experienciam a separação de um estilo de vida anterior, expressam a solidão como uma alienação, devido a uma queda de “estatuto”. As mulheres sentem menos “estatuto social” na viuvez devido à falta da rede social do marido. (Weiss, 1973).

Num estudo longitudinal, Zettel e Rook (2004) examinaram a Substituição (derivação de suporte através de laços sociais alternativos) e Compensação (derivação dos benefícios psicológicos decorrentes desses laços) de 322 mulheres viúvas, nos Estados Unidos da América. Mulheres viúvas, há 3-6 meses, 15-18 meses, e 27-30 meses, foram entrevistadas sete vezes num ano. Foram avaliadas 3 formas de Substituição da rede social: a formação de novas relações sociais, o “reacender” de laços sociais adormecidos, e a intensificação dos laços existentes. Todos os três tipos de Substituição mostraram presentes na amostra, com o “reacender” de laços antigos reportado como mais frequente. Nenhum dos três tipos de Substituição estava associado à redução de níveis de solidão.

Segundo os autores, apesar de, ainda assim, muitas viúvas estabelecerem laços sociais substitutos, elas não pareciam obter benefícios emocionais compensatórios desses mesmos laços. A substituição das redes sociais não parece, então, estar associada a um aumento do bem-estar. Os níveis de sintomas depressivos são, na verdade, significativamente mais elevados nas viúvas cujas redes sociais incluem mais laços sociais (tanto retomados de relações antigas como de laços intensificados).

Os autores acrescentam que uma possível interpretação para estes factos é de que o stress psicológico pode conduzir a esforços substitutos. As viúvas mais “stressadas” podem estar particularmente motivadas para procurar substitutos para os papéis ou funções, uma vez desempenhadas pelo seu cônjuge, numa tentativa de reduzir a sua depressão ou solidão.

Porém, nem todas as viúvas se sentem profundamente sozinhas aquando a morte do marido. Algumas explicam esse facto como consequência da sua personalidade. Para algumas, esse evento proporcionou poucas mudanças – “De qualquer modo ele nunca estava muito aqui...” – ou apenas alívio – “Foi um alívio não ter que me preocupar com o seu alcoolismo”. Algumas viúvas explicam as técnicas que desenvolveram para lidar com a morte do marido, e o mais frequente “conselho para uma recém-viúva” é “manter-se ocupada” (Weiss, 1973).

2.2.2 Saúde Mental

Apesar de a maioria dos viúvos serem capazes de, eventualmente, recuperar os níveis de funcionamento pré-luto, alguns experienciam disfunções psicológicas duradouras e severas (Onrust & Cuilpers, 2006).

Ao longo do tempo, a adaptação após a perda tem sido amplamente estudada. Porém, poucos desses estudos examinaram a prevalência e incidência de distúrbios mentais, após a perda do cônjuge. Isto é, em parte, explicado pelo facto de a Depressão e a Ansiedade serem parte normal do processo de luto. De acordo com o DSM (American Psychiatric Association, citado por Onrust & Cuilpers, 2006), mesmo uma grande quantidade de sintomas depressivos, durante duas ou mais semanas, não será diagnosticado como Distúrbio Depressivo Major, quando esses sintomas aparecem após a perda. Nos primeiros meses, o rótulo mais provável será o de luto sem complicações, descuidando a sintomatologia, de modo a que a presença de distúrbios mentais pode não ser reconhecida (Jacobs & Kim, 1990; Zisook & Schuchter, 1993, citado por Onrust & Cuilpers, 2006).

Este reconhecimento é importante, na medida em que envolve sofrimento psicológico e problemas no funcionamento diário. Mais importante, a severidade dos problemas de saúde mental, no período inicial após a perda, irão determinar, significativamente, o eventual

resultado do processo de luto (Zisook & Shuchter, 1991, 1993; Zisook, Paulus, Schuchter, & Judd, 1997; citado por Onrust & Cuipers, 2006).

Um número elevado de estudos tem demonstrado que os sentimentos depressivos são elevados nas pessoas viúvas (Gallagher, Breckenridge, Thompson, & Peterson, 1983; Zisook, Paulus, Schuchter, & Judd, 1997; citado por Bennett, Smith, & Hughes, 2005).

Segundo Onrust e Cuipers (2006), a prevalência de Distúrbio Depressivo Major e Perturbações de Ansiedade são consideravelmente elevadas em indivíduos viúvos, especialmente no primeiro ano após a perda de um cônjuge.

De acordo com Bennett (1997), a viuvez surge como algo que afecta os níveis de saúde mental a curto, médio e longo prazo. A médio prazo, a investigação tem mostrado que, frequentemente, as mulheres viúvas revelam pouca saúde mental. A longo-prazo, parece haver uma diminuição dos sintomas depressivos.

Os diferentes efeitos da viuvez nos homens e nas mulheres também têm sido examinados (Gallagher et al., 1983; Thompson et al., 1984, citado por Bennet, 1997).

Segundo Bennett, Smith, e Hughes (2005), apesar de as mulheres idosas serem consideradas como tendo níveis mais elevados de Depressão do que os homens (Kessler, Zhao, Blazer, & Swartz, 1997; Pálsson, Ostling, & Skoog, 2001), os efeitos de género são geralmente invertidos na viuvez, ou seja, a Depressão é mais elevada entre os viúvos (Stroebe & Stroebe, 1983).

Chen e colaboradores (1999) afirmaram que a relação entre género e os resultados decorrentes do luto era complexa. Chegaram à conclusão que, em geral, as viúvas tinham níveis mais altos de Depressão do que os viúvos. Contudo, entre esses viúvos, que tinham níveis elevados de ansiedade 6 meses após a morte da companheira, havia um elevado nível de ideação suicida aos 25 meses (citado por Bennett *et al.*, 2005).

Stroebe, Stroebe, e Domittner (citados por Bennett *et al.*, 2005) descobriram que as crenças de locus de controlo prediziam a recuperação. Aqueles com baixas crenças de locus de controlo interno recuperavam mais lentamente que aqueles com elevadas crenças de locus de controlo interno. Stroebe e Schut (citados por Bennett *et al.*, 2005) desenvolveram, então, o Modelo de Processo Dual de Coping (*Dual Process Model of Coping*), que sugere que, as

peessoas enlutadas se empenham em duas formas de coping: orientadas para a perda ou orientadas para a recuperação.

Segundo Bennett (1997), neste tipo de estudos é necessário ter em atenção o facto de muitas das mudanças físicas e emocionais avaliadas, no que diz respeito à viuvez, serem conhecidas por ocorrer como resultado do envelhecimento *per se*.

3. Auto-percepção do envelhecimento

Na sociedade Ocidental, a idade avançada é definida como um fenómeno social acompanhado de preconceitos, estereótipos e imagens negativas (Ron, 2007) que poderão contribuir para que as expectativas dos idosos sejam de carácter negativo, contribuindo ou para uma valorização excessiva de situações conflituosas e experiências de emoções/afectos negativos, ou para uma desvalorização excessiva das mesmas, reconhecidas como fazendo parte da vivência da velhice (Silva, 2005).

Apesar de se argumentar que, nos anos mais recentes, se tem assistido a um processo social de mudança positiva relativamente aos idosos, a imagem negativa é ainda frequente entre todos os grupos etários, inclusive nos próprios idosos (Palmer; Kane; citados por Ron, 2007).

As pesquisas indicam que a maioria das pessoas sabem muito pouco acerca da idade avançada e a maioria têm percepções erradas, estereotípicas e negativas (Ron, 2007)

Ao contrário dos estereótipos de raça ou género, que os indivíduos encontram enquanto desenvolvem auto-identidades de grupo, os indivíduos adquirem os estereótipos de idade, várias décadas antes de se tornarem velhos. Deste modo, é provável que os indivíduos mais novos aceitem, automaticamente, os estereótipos de idade, sem questionar a sua validade (Nelson; Perdue & Gurtman; citados por Levy, Slade, Kasl, & Kunkel, 2002). Quando os indivíduos atingem a velhice e os estereótipos se tornam mais relevantes, eles já internalizaram esses estereótipos (Giles, Fox, & Smith, 1993; Levy & Langer, 1994; citados por Levy, Slade, Kasl, & Kunkel, 2002).

Um dos primeiros estudos a concluir que os indivíduos com auto-percepções do envelhecimento mais positivas experienciam uma melhor saúde funcional, ao longo do tempo, foi realizado por Levy e colaboradores, em 2002.

O enquadramento empírico deste estudo emerge de uma série de estudos já realizados pela mesma autora e por vários colaboradores. Estes determinam que as auto-percepções do envelhecimento, ou as crenças dos indivíduos idosos acerca da população idosa, podem afectar o seu funcionamento cognitivo e físico. Indivíduos idosos, associados a um estereotipo positivo do envelhecimento, demonstravam melhores desempenhos ao nível da memória, maior controlo da escrita, um caminhar mais acelerado, uma forte vontade de viver, e uma baixa resposta cardiovascular ao stress, quando comparados com os que estavam associados a um grupo de estereótipos negativos do envelhecimento (Hausdorff, Levy, & Wei; Levy, Ashman, & Dror; Levy, Hausdorff, Hencke, & Wei, citados por Levy *et al.*, 2002).

De acordo com Mead (citado por Levy *et al.*, 2002), o *self* é constituído não apenas por uma organização das atitudes individuais particulares, mas também por uma organização das atitudes sociais dos outros ou do grupo social como um todo ao qual o indivíduo pertence. O autor afirma também que, quando as atitudes negativas acerca do envelhecimento são internalizadas, tornam-se parte do *self* do indivíduo. Existe, então, um risco de que as auto-percepções negativas resultantes se tornem expectativas ou predições negativas do modo como o processo de envelhecimento irá ser experienciado.

O processo pelo qual os indivíduos desenvolvem percepções acerca deles mesmos como pessoas idosas desenha-se em 2 estágios de expectativas. Primeiro, há expectativas internalizadas durante toda a vida, que precedem a idade avançada. Não têm, inicialmente, relevância directa para os indivíduos. Estas expectativas incluem trajectórias de atributos que irão aumentar ou diminuir em diferentes pontos do ciclo de vida. O 2º estágio de expectativas ocorre através das situações com que os indivíduos idosos lidam no seu dia-a-dia. Subjacente a estas situações é provável que estejam expectativas negativas que podem ter um impacto adverso nos mesmos (Levy, Slade, & Kasl, 2002).

Segundo Levy e colaboradores (2002), existem duas indicações de que os auto-estereótipos do envelhecimento são internalizados. Primeiro, a pesquisa sugere que os auto-

estereótipos do envelhecimento podem operar sem a consciência do indivíduo idoso (Crocker et al. 1998). Uma outra indicação é de que os indivíduos idosos tendem a manter sentimentos em direção ao seu próprio grupo que são tão negativos quanto os sentimentos mantidos pelos outros de fora do seu grupo – os mais novos (Nosek, Banaji, & Greenwald, 2002).

Segundo Levy (2008), existe uma longa tradição na identificação de traços de personalidade que levam a uma propensão para “marcar” grupos estigmatizados com estereótipos negativos (Allport, 1958). Contudo, não é conhecido se esses traços, quando encontrados em indivíduos estigmatizados, resultam numa propensão para atingir o seu próprio grupo com estereótipos negativos e, se sim, se esses mesmos estereótipos irão influenciar a auto-percepção.

De todos os traços de personalidade que foram ligados à atribuição de estereótipos negativos aos outros, a Inflexibilidade (*rigidity*) foi, talvez, a que recebeu maior continuidade de atenção pelos investigadores (Schultz & Searleman, 2002, citado por Levy, 2008). Este conceito foi definido por Frenkel-Brunswik (1949) como uma “intolerância à ambiguidade”.

Becca Levy (2008) procurou, então, relacionar a Inflexibilidade com as Auto-percepções do envelhecimento. Chegou à conclusão que a Inflexibilidade é preditora dos tipos de crenças acerca do envelhecimento, que os idosos fazem acerca dos indivíduos mais velhos, em geral, e ainda, acerca do seu próprio processo de envelhecimento.

Quem foi considerado mais inflexível, mostrou-se, significativamente, como sendo mais provável possuir estereótipos mais negativos acerca do envelhecimento, o que, por sua vez, predizia, significativamente, mais auto-percepções negativas do envelhecimento ao longo do tempo.

Num estudo de Levy e Myers (2005), procurou-se considerar se auto-percepções do envelhecimento positivas, reduzem a probabilidade de morrer de doença respiratória. As autoras escolheram focar-se nas crenças acerca do envelhecimento porque a sua pesquisa anterior demonstrara que auto-percepções mais positivas do envelhecimento mantidas pelos idosos, prediziam uma variedade de resultados benéficos para a saúde, incluindo a saúde funcional, ao longo do tempo (Levy, Slade, & Kasl, 2002), a participação em comportamentos de prevenção da saúde, ao longo do tempo (Levy & Myers, 2004), assim como a vontade de viver (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002).

Concluíram, então, que os participantes com auto-percepções mais positivas do envelhecimento tinham, significativamente, menos probabilidade de morrer de doença respiratória, durante um período de 23 anos de *follow-up*.

Em 2009, Kotter-Gruhn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, e Smith colocaram a questão: Será que os idosos permanecem positivos acerca da sua idade e do seu processo de envelhecimento mesmo quando estão próximos da morte?

Usando informações de um estudo longitudinal de 16 anos, perguntaram-se como as percepções acerca da própria idade se relacionavam com a mortalidade, e se essas percepções mudavam com o avançar da idade e distância em relação à morte.

Concluíram que, à medida que os indivíduos se aproximam da morte, vão-se tornando menos satisfeitos com a sua idade e referem sentir-se velhos.

Snedd e Whitbourne (citado por Kotter-Gruhn, 2009) sugeriram que níveis elevados de auto-percepções do envelhecimento positivas são indicadores de resiliência e uma adaptação bem sucedida aos stressores físicos, psicológicos e ambientais que ocorrem com o avançar da idade. Contudo, defendem a existência de limites na adaptabilidade do sistema de envelhecimento. Com o avançar da idade e o aproximar da morte, o indivíduo encontra cada vez mais perdas e mudanças negativas numa enorme variedade de domínios. Uma diminuição nas auto-percepções positivas do envelhecimento, no aproximar da morte, indicam que os processos relacionados com o self que contribuem para uma manutenção de auto-percepções positivas já não conseguem compensar totalmente as perdas experienciadas nos vários domínios. Assim, a diminuição da auto-percepção positiva deve ser interpretada como um declínio na capacidade geral de regular as perdas antes da morte (e.g. Baltes & Smith, 2003).

Os autores referem também que, enquanto alguns investigadores interpretam as auto-percepções positivas do envelhecimento como uma negação do mesmo (Bultena & Powers, 1978), outros, como Levy (2003) e Sneed e Whitbourne (2005) argumentaram que as idades subjectivas mais novas e uma elevada satisfação com o envelhecimento podem ser indicadores da capacidade dos mais idosos de se adaptarem às perdas relacionadas com o envelhecimento. Com o objectivo de manter as auto-percepções positivas do envelhecimento, por exemplo, os idosos podem desvalorizar a importância das mudanças negativas

relacionadas com o envelhecimento, ou interpretar os modos como estão a lidar com essas mudanças como sinais de crescimento psicológico.

Segundo Ron (2007), relativamente às atitudes da população adulta em direcção aos idosos, as descobertas são ambíguas. Algumas das pesquisas mostram que, à medida que o individuo se torna mais velho, as suas atitudes para com os mais velhos tornam-se cada vez mais negativas (Goldman & Goldman, 1981; Duke, 1985). Outros estudos relatam que as atitudes dos idosos em relação ao seu próprio grupo populacional são mais positivas do que as atitudes dos mais novos em relação a eles (O'Halon et al. 1993). Possíveis explicações para este aspecto podem ser o desejo dos mais velhos de parecer melhor aos olhos dos mais novos ou uma expressão da tendência, dos mais velhos, para adoptar atitudes menos radicais (Netz & Bem Sira, 1993).

Segundo Ron (2007), na sociedade Ocidental, existem dois processos que podem explicar a mudança de atitudes positivas para negativas. O primeiro processo é essencialmente ideológico. Os valores de produtividade, realização e competição estão a sobressair, na nossa cultura. Estamos a tornar-nos uma “Sociedade orientada para a juventude” em que os mais novos recebem prioridade enquanto os mais velhos são percebidos como parte do passado (Cox, 1984). Ao mesmo tempo, um segundo processo toma lugar, que é essencialmente demográfico, em que assistimos a uma mudança da estrutura demográfica da população, como já referido. A percentagem de idosos está, constantemente, a aumentar e os adultos mais envelhecidos tornaram-se numa percentagem significativa da população. Alguns destes idosos, sujeitos a estereótipos, internalizam as percepções sociais mantidas em relação a eles: os idosos são doentes, dependentes, depressivos, etc (Ronen & Doed, 1998)

Num estudo de Ron (2007), foi encontrada uma correlação entre as atitudes negativas em relação à idade avançada e a avaliação subjectiva do estado de saúde dos sujeitos. Estes sujeitos, que definiram o seu estado de saúde de médio a mau, apresentavam mais atitudes e percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que definiram a sua saúde como boa ou excelente.

A Teoria do Equilíbrio (*Balance theory*) argumenta, em relação ao adoptar atitudes negativas, que as pessoas tendem a associar-se aos que são semelhantes ou iguais a eles e a diferenciar-se dos estranhos ou diferentes. A explicação frequente é de que uma situação não familiar exige mais energia mental, pode ser percebida como incompreensível de um ponto

de vista cognitivo e como um factor desagradável e de ansiedade (Heider, citado por Ron, 2007)

Suportes desta teoria podem ser encontrados em numerosos estudos. Cameron e colaboradores (citado por Ron, 2007) descobriram que, à medida que os anos passam, os idosos reportam o seu passado, como mais positivo, e o presente e futuro, como menos positivos. A comparação realizada pelos idosos entre a sua própria situação e a situação dos “idosos em geral” pode actuar como um indicador de depressão e insatisfação, acompanhando a perda de papéis através do processo de envelhecimento (Thoits, 1983; Ritter, 1988; Thompson, 1992). As pessoas idosas vêem os outros como mais susceptíveis de serem chamados “velhos” e então podem continuar a manter atitudes negativas em direcção à idade mais avançada, sem prejudicar o seu próprio self (Ron, 2007).

A negação da idade avançada pelos idosos está também presente na literatura como modo de coping adaptativo (Palmor, 1990; Brandstadter et al., 1993). A negação, de acordo com Palmor, constitui uma tentativa, pelos membros de uma minoria rotulada, de se tornarem parte dessa maioria. A tentativa das pessoas idosas de se apresentarem a elas mesmas como pertencendo ao grupo da meia-idade inclui estratégias activas de “encolher” a categoria dos idosos e de adiar, o mais possível, a data em que não vai ser mais possível evitá-lo (citado por Ron, 2007).

A Teoria da Dissonância Cognitiva (*Cognitive Dissonance Theory*) pode fornecer uma explicação que tem em conta as mudanças de atitudes dos indivíduos idosos, de negativas, na sua juventude, para positivas, no presente. Esta teoria diz respeito às reacções do indivíduo, que está exposto à informação, alguma da qual integrada outra não, no enquadramento do seu conhecimento prévio (Festinger, citado por Ron, 2007). Um indivíduo que, na sua juventude, mantém atitudes negativas em relação à idade avançada, e que durante a idade adulta é exposto a outra informação, teorias e práticas, irá esforçar-se para evitar as situações de dissonância e adoptar atitudes e percepções, em concordância interna com o que ele sabe, no presente. Como consequência, irá mudar as suas atitudes prévias para umas que são mais adequadas ao que ele sabe no presente (Ron, 2007).

De um modo geral, podemos, assim, afirmar que, o Envelhecimento é um processo complexo, implicando aspectos biológicos e sociais, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico. Esta adaptação implica a compensação de perdas, através do recurso a

novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas (Paúl, 2005), havendo todo um conjunto de recursos internos e externos que se afirmam como "recursos de bem estar" (Manciaux, citado por Fonseca, 2005).

O "sentido de integridade do eu" , objectivo prioritário desta fase do ciclo de vida, será alcançado na medida em que o individuo se revelar capaz de aceitar e integrar as realizações e os fracassos, assumindo a responsabilidade por ambos (Erikson, citado por Fonseca, 2005).

Segundo Brandtstadter e Rothermund (citado por Fonseca, 2005), "em qualquer momento do ciclo de vida - mas talvez mais ainda na velhice - o bem-estar e a auto-estima dependem não apenas do controlo percebido sobre o desenvolvimento futuro, mas também da disponibilidade para aceitar o próprio passado (o qual é inalterável) e para assumir sem nostalgia nem lamentações os percursos de uma vida uma vez desejados mas nunca atingidos" (p.118)

Dada a importância desta fase do ciclo de vida, o presente estudo procura perceber o modo como as idosas viúvas percebem o seu envelhecimento na ausência de um cônjuge, sendo que, então, tem como principal objectivo averiguar uma possível influência da viuvez na auto-percepção do envelhecimento, em mulheres idosas.

4. Objectivos e Hipóteses

Apresentam-se, em seguida, os objectivos e as hipóteses colcadas no presente estudo

Objectivo geral:

Explorar a auto-percepção do envelhecimento em mulheres idosas, casadas e viúvas.

Objectivo Específico:

Determinar se, relativamente à auto-percepção do Envelhecimento, existem diferenças entre um grupo de idosas viúvas e um grupo de idosas casadas.

Hipótese 1: Prevê-se que as mulheres viúvas apresentem valores mais elevados de consciência crónica acerca da própria idade ou envelhecimento, do que as mulheres casadas

Hipótese 2: Espera-se que as mulheres casadas apresentem valores mais elevados de consciência cíclica acerca do envelhecimento, do que as mulheres viúvas.

Hipótese 3: Espera-se que as viúvas tenham mais tendência para crer nas consequências negativas do envelhecimento, do que as mulheres casadas.

Hipótese 4: Prevê-se que as mulheres casadas tenham valores mais elevados na escala de consequências positivas, do que as mulheres viúvas

Hipótese 5: Prevê-se que as idosas casadas terão valores mais elevados na escala de controlo negativo do envelhecimento, do que as idosas viúvas.

Hipótese 6: Espera-se que as mulheres casadas apresentem valores mais elevados na escala de controlo positivo, do que as idosas viúvas

Hipótese 7: As viúvas apresentarão resultados mais elevados na escala “representações emocionais” comparativamente às mulheres não viúvas.

Objectivo geral:

Caracterizar a relação da auto-percepção do envelhecimento com variáveis sócio-demográficas

Objectivo específico:

Analisar se existem diferenças na auto-percepção do envelhecimento quando esta se relaciona com a idade.

Hipótese 1: Espera-se que à medida que a idade aumenta, a escala de duração crónica se torne mais elevada

Hipótese 2: Prevê-se que à medida que a idade aumenta, as idosas demonstrem valores mais elevados na escala de consequências negativas

Hipótese 3: Espera-se que à medida que a idade aumenta, a escala de representações emocionais se torne mais elevada.

5. Método

Este ponto encontra-se dividido em quatro sub-pontos. No primeiro (1) procede-se à caracterização dos participantes, no segundo (2) faz-se uma descrição do instrumento utilizado no presente estudo, no terceiro e no quarto (3 e 4) são abordados, respectivamente, o procedimento geral e os procedimentos estatísticos.

5.1. Participantes

Participaram neste estudo 78 indivíduos, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos (a média das idades da amostra é de 72.76 anos, com um desvio-padrão de 6.59). A amostra inicial, constituída por 96 idosas, foi recolhida em Lares, Centros de Dia e através do Efeito "Bola de Neve". Posteriormente foram constituídos 2 grupos, com base no Estado Civil (foram inseridas no estudo apenas as participantes Casadas e Viúvas):

Grupo 1 - constituído por 46 participantes Casadas

Grupo 2 - constituído por 32 participantes Viúvas

5.1.1 Caracterização da amostra total

Participaram, pois, neste estudo, 78 indivíduos, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos (a média das idades da amostra é de 72.76 anos, com um desvio-padrão de 6.59), sendo que, como se observa no Quadro 1, mais de metade da amostra (57.7%) se situa entre os 70 e os 79 anos de idade.

Quadro 1

Idade (por grupos de idade) da amostra total - Frequências e Percentagens

| Idade (por grupos de idade) | Frequência | % |
|------------------------------------|-------------------|----------|
| 60-69 anos | 22 | 28.2 |
| 70-79 anos | 45 | 57,7 |
| 80-89 anos | 11 | 14.3 |

Nota: N=78

No que diz respeito ao grau de Escolaridade, cerca de metade da amostra (50.1%) apresenta um nível de escolaridade igual ou superior ao 12º ano.

Quadro 2

Nível de Escolaridade da amostra total - Frequências e Percentagens

| Nível de Escolaridade | Frequência | % |
|------------------------------|-------------------|----------|
| Analfabetismo | 1 | 1.3 |
| 4º ano | 16 | 20.5 |
| 6º ano | 1 | 1.3 |
| 7º ano | 2 | 2.6 |
| 8º ano | 6 | 7.7 |
| 9º ano | 11 | 14.1 |
| 11º ano | 2 | 2.6 |
| 12º ano | 19 | 24.4 |
| Licenciatura | 18 | 23.1 |
| Mestrado | 2 | 2.6 |

Nota: N=78

No Quadro 3 apresentam-se as Frequências e Percentagens referentes ao Estado Civil.

Quadro 3

Estado Civil - Frequências e Percentagens

| Estado Civil | Frequência | % |
|--------------|------------|----|
| Casada | 46 | 59 |
| Viúva | 32 | 41 |

Nota: N=78

5.1.2 Caracterização das Mulheres Casadas e das Mulheres Viúvas

O grupo das participantes Casadas (G1) é constituído por 46 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 86 anos (com uma média de 70.63 anos e um desvio-padrão de 6.39), sendo que, mais de metade do grupo (52.2%) se situa entre os 70 e os 79 anos, seguido pela faixa etária dos 60 aos 69 anos (39.2%).

O grupo das participantes Viúvas (G2) é constituído por 32 indivíduos, com idades compreendidas entre os 64 e os 89 anos (com uma média de 75.81 anos e um desvio-padrão de 5.67). Como se pode observar no Quadro 4, mais de metade do grupo (65.6%) situa-se entre os 70 e os 79 anos, seguido da faixa etária dos 80 aos 89 anos (21.8%)

Quadro 4

Idade (por grupos de idade) nos 2 Grupos - Frequência e Percentagens

| Idade | Grupo 1 | Grupo 2 |
|------------|------------|-----------|
| 60-69 anos | 18 (39.2%) | 4 (12.4%) |
| 70-79 anos | 24 (52.2%) | 21 (65.6) |
| 80-89 anos | 4 (8.8%) | 7 (21.8%) |

Nota: n1 = 46; n2 = 32

Em relação ao Nível de Escolaridade, verifica-se que mais de metade das participantes Casadas (58.6%) possui um grau de escolaridade igual ou superior ao 12º ano, sendo que 32.6% são Licenciadas. Não se verifica a existência de analfabetismo, mas cerca de 19.6% das mulheres possui o 4º ano de Escolaridade (Quadro 5).

No que diz respeito às participantes Viúvas, verifica-se que 37.5% das idosas detém um grau de escolaridade igual ou superior ao 12º ano, e que mais de metade das mulheres

(56.3%) possui um grau de escolaridade igual ou inferior ao 9º ano. Observa-se um caso de analfabetismo. (Quadro 5).

Quadro 5

Nível de Escolaridade nos dois grupos - Frequências e Percentagens

| Nível de Escolaridade | Grupo 1 | Grupo 2 |
|-----------------------|------------|-----------|
| Analfabetismo | 0 | 1 (3,1%) |
| 4º ano | 9 (19.6%) | 7 (21.9%) |
| 6º ano | 0 | 1 (3.1%) |
| 7º ano | 0 | 2 (6.3%) |
| 8º ano | 2 (4.3%) | 4 (12.5%) |
| 9º ano | 7 (15.2%) | 4 (12.5%) |
| 11º ano | 1 (2.2%) | 1 (3.1%) |
| 12º ano | 10 (21.7%) | 9 (28.1%) |
| Lienciatura | 15 (32.6%) | 3 (9.4%) |
| Mestrado | 2 (4.3%) | 0 |

Nota: n1 = 46; n2 = 32

5.2. Instrumentos

5.2.1 *Questionário das Percepções do Envelhecimento (Aging Perceptions Questionnaire)*

Trata-se de um questionário de avaliação multi-dimensional, baseado no modelo de auto-regulação de Leventhal (Barker et al, 2007), e adaptado para a língua portuguesa (estudo ainda em curso) por Claudino, (s.d.)

A suposição chave deste modelo é a de que o indivíduo forma uma representação da ameaça à sua saúde ou doença, que pode ser estudada em diferentes dimensões: identidade (crenças acerca da natureza da doença e a sua ligação aos sintomas), duração (crenças acerca da duração e evolução da doença, especificamente se esta é aguda, crónica ou cíclica), consequências (crenças acerca do impacto da doença na vida do indivíduo), controlo (crenças acerca dos modos pessoais de lidar com a doença), causa (crenças acerca da causa mais provável da doença) e representações emocionais (resposta emocional gerada pela doença).

Estas dimensões foram operacionalizadas num questionário de auto-relato, o Questionário de Percepção da Doença (Illness Perception Questionnaire).

A noção base deste modelo é a de que os "stressores", não importa o quão diversos podem ser, podem ser descritos em termos da extensão e intensidade das exigências que provocam nos recursos adaptativos dos indivíduos.

Enquanto o Envelhecimento se trata de um processo normal do ciclo de vida, e não uma doença ou de um evento que possa ser incluído numa lista tradicional de "stressores", provoca, no entanto, algumas exigências aos recursos do indivíduo, e provoca desafios que necessitam de ser geridos e adaptados.

Deste modo, de acordo com os princípios do Modelo de auto-regulação e com uma revisão de literatura sobre o Envelhecimento, as dimensões do modelo foram adaptadas, directamente, ao contexto do Envelhecimento:

- *Identidade* (id1-id17): crenças acerca do envelhecimento no contexto de saúde, especificamente a ligação entre envelhecimento e as mudanças relacionadas com a saúde; as mudanças, especificamente, relacionadas com a saúde consideram os domínios de funcionamento muscular, cardiovascular, pulmonar, neurológico e psiquiátrico.

- *Duração*: aspectos relacionados com a consciência do indivíduo acerca do seu envelhecimento e da sua experiência do processo, ao longo do tempo.

- *Duração Crónica* (itens 1-5) - em que medida é que a consciência do envelhecimento é crónica;
- *Duração Cíclica* (itens 27,28,30,31 e 32) - em que medida é que o indivíduo experiencia variações na consciência do envelhecimento

A consciência crónica do próprio envelhecimento tem sido associada à inactividade e a uma saúde pobre. O conceito de duração cíclica tem recebido pouca atenção empírica.

- *Consequências*: crenças acerca do impacto do Envelhecimento numa variedade de domínios da vida

- *Consequências positivas* (itens 6,7,8): (ex. "Há medida que me torno mais velho torno-me mais sábio"). Ligadas a uma maior criatividade e a um maior bem-estar subjectivo.

- *Consequências negativas* (itens 16-20): (ex. "Envelhecer torna tudo mais difícil para mim"). Ligadas a depressão e baixo bem-estar subjectivo.

- *Controlo*: crenças acerca dos modos pessoais de lidar com a experiência do envelhecimento

- *Controlo positivo* (itens 10, 11, 12, 14, 15): crença de controlo sobre experiências positivas (ex. "A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim")
- *Controlo negativo* (itens 21-24): crença de controlo sobre experiências negativas (ex. "A imobilidade na idade avançada não depende de mim")

- *Representações emocionais* (itens 9, 13, 25, 26, 29) - resposta emocional gerada pelo envelhecimento. É especificamente representada pelas emoções negativas tais como preocupação, ansiedade, depressão, medo, zanga e tristeza. As emoções negativas foram associadas com as mudanças negativas na saúde física e funcional e com um *coping* pouco adaptativo.

Para as 7 sub-escalas (não incluída a dimensão "identidade"), os itens são cotados numa escala de 5 pontos, desde "discordo fortemente" até "concordo fortemente".

A sub-escala "identidade" examina a experiência relacionada com as mudanças na saúde e consiste em 17 itens. É primeiro pedido aos participantes para indicarem se experienciaram ou não determinada mudança, nos últimos 10 anos (1=sim, 0=não). Quando a resposta é afirmativa, é em seguida perguntado se os participantes atribuem essa mudança ao facto de estarem a envelhecer (1=sim, 0= não). A percentagem de mudanças atribuídas ao envelhecimento é tabulada como uma proporção do número de mudanças relacionadas com a saúde experienciadas.

O APQ apresenta uma consistência interna satisfatória. À excepção da Escala de Consequências Positivas ($\alpha = 0.64$), o coeficiente Alpha de Cronbach situa-se acima do valor 0.70 em todas as Escalas.

Trata-se, então, de um instrumento com boas propriedades psicométricas para avaliar as auto- percepções do envelhecimento, e que pode contribuir para um melhor entendimento da experiência subjectiva do envelhecimento, ajudando a identificar os indivíduos que estão em risco, devido a percepções inadequadas em relação ao processo de envelhecimento.

5.2.2 Ficha de recolha de informação

Foi construída uma Ficha de Recolha de Informação (FRI), no sentido de obter alguma informação específica, referente a aspectos socio-demográficos (Idade, Data de nascimento, Escolaridade, Estado Civil).

5.3. Procedimento

A amostra do presente estudo foi recolhida entre Março e Maio de 2010, no Lar de Cegos de N. Sra. da Saúde, no Lar Inválidos do Comércio, e segundo o efeito "Bola de neve", possibilitando assim o acesso a um maior número de sujeitos.

No caso dos Lares, num momento inicial, foi apresentado o objectivo do estudo e agradecida a colaboração dos participantes, salientando a questão da confidencialidade e da inexistência de respostas certas ou erradas. Em seguida, foram colocadas as questões relativas à Ficha de Recolha de Informação, e posteriormente foi aplicado o Questionário das Percepções do Envelhecimento. Os itens foram lidos um a um para que o sujeito, olhando para a escala de cotação, dêsse a sua resposta de 1 (Discordo fortemente) a 5 (Concordo fortemente).

No caso dos participantes recolhidos através do efeito "Bola de Neve", foi enviado o questionário, juntamente com uma folha de rosto a agradecer a participação, a explicar o objectivo do estudo e a salientar a questão da confidencialidade. Aquando a existência de dúvidas no preenchimento do questionário, estas foram esclarecidas, pessoalmente ou através de contacto telefónico.

5.4. Procedimento Estatístico

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS -versão 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Recorreu-se à estatística descritiva, efectuando-se o cálculo de frequências e percentagens, e a determinação de médias e desvios-padrão.

Utilizou-se o teste paramétrico *t de student* para comparar duas amostras independentes em que se cumprem os pressupostos de Normalidade e Igualdade das variâncias; e o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para comparação de dois grupos independentes, quando estas condições não estavam presentes.

Recorreu-se também à *ANOVA* a um factor para a comparação de três amostras em que se cumprem os pressupostos de Normalidade e Igualdade das Variâncias, e o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para a comparação de três amostras, quando não se verifica uma distribuição normal dos dados.

6. Resultados

6.1 Relação entre a Auto-percepção do Envelhecimento e o Estado Civil

Tendo em consideração a primeira hipótese, procedeu-se à comparação da variável Duração Crónica entre o grupo 1 e o grupo 2 (constituídos de acordo com o Estado Civil das participantes: grupo 1 - Casadas; grupo 2 - Viúvas).

Dado que a variável Duração Crónica apresenta uma distribuição normal e variâncias iguais nos dois grupos de mulheres, casadas e viúvas, utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes

Quadro 6

Duração Crónica em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Duração Crónica | 2.91 | .65 | 3.00 | .70 | -.60 |

Nota: n1=46; n2=32

Verifica-se que as mulheres viúvas apresentam valores mais elevados de Duração Crónica (M=3.00; DP=.70) do que as mulheres casadas (M=2.91; DP=.65). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, $t(76) = -.60$, $p = .55$.

Em relação à segunda hipótese, procedeu-se do mesmo modo, à comparação da variável Duração Cíclica entre o grupo 1 (Casadas) e 2 (Viúvas). Dado que o pressuposto da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias é cumprido, utilizou-se o teste *t de student* para amostras independentes.

Quadro 7

Duração Cíclica em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Duração Cíclica | 2.93 | .75 | 2.53 | .77 | 2.27* |

Nota: * $p < .05$

$n_1=46$; $n_2=32$

Verifica-se que as mulheres casadas apresentam valores mais elevados de Duração Cíclica ($M=2.93$; $DP=.75$) do que as mulheres viúvas ($M=2.53$; $DP=.77$). Sendo esta diferença estatisticamente significativa, $t(76) = 2.27$, $p=0.026$.

Para averiguar a terceira hipótese procedeu-se à comparação da variável Consequências Negativas nos dois grupos.

Dado que a variável não apresenta uma distribuição normal no grupo das participantes viúvas, e variâncias diferentes nos dois grupos, utilizou-se o teste não-paramétrico para amostras independentes, o Mann-Whitney.

Quadro 8

Consequências Negativas em G1 e G2 - Média das ordens, Mediana (Mdn) e Valor U

| | G1 | | G2 | | U |
|--------------------------------|-------|------|-------|------|--------|
| | Média | Mdn | Média | Mdn | |
| Consequências Negativas | 40.2 | 3.60 | 38.50 | 3.60 | 704.00 |

Nota: $n_1=46$; $n_2=32$

Observa-se que as mulheres casadas apresentam valores mais elevados de Consequências Negativas ($M=40.2$, $Mdn=3.60$) do que as mulheres viúvas ($M=38.50$, $Mdn=3.60$). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, $U=704$, $p=.74$.

Relativamente à quarta hipótese, procedeu-se à comparação das Consequências Positivas nos dois grupos.

A variável apresenta iguais variâncias nos dois grupos, porém não apresenta uma distribuição normal.

Assim, apesar do pressuposto da Normalidade não ser cumprido, podemos invocar o Teorema do limite central - a violação do pressuposto da normalidade não tem consequências sérias quando a dimensão da amostra é razoavelmente grande (superior a 30), pois esta tende a seguir uma distribuição normal.

Assumindo, então, a normalidade dos dados, utilizou-se o *teste t de student*, para amostras independentes.

Quadro 9

Consequências Positivas em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|--------------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Consequências Positivas | 3.70 | .72 | 3.60 | .80 | .57 |

Nota: $n_1=46$; $n_2=32$

Verifica-se que as mulheres casadas apresentam valores mais elevados de consequências positivas ($M=3.70$; $DP=.72$) do que as mulheres viúvas ($M=3.60$; $DP=.80$). No entanto, esta diferença não é significativa, $t(76)= 0.57$, $p=.57$.

Para comparar a escala de Controlo Negativo nos dois grupos (quinta hipótese) utilizou-se do mesmo modo o teste *t de student*, pois neste caso os pressupostos de Normalidade e Homogeneidade das Variâncias eram cumpridos.

Quadro 10

Controlo Negativo em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|--------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Controlo Negativo | 2.82 | .76 | 3.09 | .81 | -1.50 |

Nota: n1=46; n2=32

Verifica-se que as mulheres viúvas apresentam valores mais elevados de controlo negativo (M=3.09; DP=.81) do que as mulheres casadas (M=2.82; DP=.76). Porém, esta diferença não é significativa, $t(76) = -1.50$, $p = .14$.

Em relação à hipótese seis, procedeu-se à comparação do Controlo Positivo, nos dois grupos. Dado que a escala apresenta igualdade de variâncias mas não apresenta uma distribuição normal no grupo das mulheres casadas nem no das mulheres, invocou-se o Teorema do limite central (a violação do pressuposto da normalidade não tem consequências sérias quando a dimensão da amostra é razoavelmente grande - superior a 30 - pois esta tende a seguir uma distribuição normal).

Assumindo-se, então, a normalidade dos dados, utilizou-se o *teste t de student*, para amostras independentes.

Quadro 11

Controlo Positivo em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|--------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Controlo Positivo | 3.61 | .53 | 3.87 | .56 | -2.06* |

Nota: * $p < .05$

n1=46; n2=32

Observa-se que as mulheres viúvas apresentam valores mais elevados de controlo positivo (M=3.87; DP=.53) do que as mulheres casadas (M=3.61; DP=.53). Sendo esta diferença significativa, $t(76) = -2.06$, $p = .04$.

Para testar a sétima hipótese, utilizou-se o teste paramétrico *t de student* para amostras independentes, dado que a variável Representações Emocionais apresenta Homogeneidade e Igualdade de Variâncias nos dois grupos.

Quadro 12

Representações Emocionais em G1 e G2 - Médias, Desvios-padrão e Valor t

| | G1 | | G2 | | Valor de t |
|----------------------------------|-------|-----|-------|-----|------------|
| | Média | DP | Média | DP | |
| Representações Emocionais | 2.61 | .81 | 2.58 | .73 | .19 |

Nota: n1=46; n2=32

Verifica-se que as mulheres casadas apresentam valores mais elevados de representações emocionais (M=2.61; DP=.81) do que as mulheres viúvas (M=2.58; DP=.73). Esta diferença não é significativa, $t(94) = 0.19$, $p = .85$.

6.2 Relação entre a Auto-percepção do Envelhecimento e a Idade

Tendo em consideração a oitava hipótese, procedeu-se à comparação da variável Duração Crónica em três níveis de idade (grupo 1: 60-69 anos; grupo 2: 70-79 anos; grupo 3: 80-89 anos).

Visto que o pressuposto da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias é cumprido pode utilizar-se um teste paramétrico. Neste caso, a ANOVA a um factor.

Quadro 13

Duração Crónica em G1 (60-69 anos), G2 (70-79 anos) e G3 (80-89 anos) - Médias, Desvios-padrão e F

| | G1 | | G2 | | G3 | | F |
|------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | |
| Duração Crónica | 2.88 | .70 | 2.95 | .65 | 3.04 | .71 | .20 |

Nota: n1=22; n2=45; n3=11

Observa-se que as mulheres mais velhas (80-89 anos) apresentam valores mais elevados de duração crónica (M=3.04; DP=.71) do que as mulheres entre os 70-79 anos (M=2.95; DP=.65) e do que mulheres mais jovens (M=2.88; DP=.70). No entanto, estas diferenças não são significativas ($p = .82$).

No que diz respeito à nona hipótese, procedeu-se à comparação das Consequências Negativas em três níveis de idade (grupo 1: 60-69 anos; grupo 2: 70-79 anos; grupo 3: 80-89 anos).

Apesar de existir Homogeneidade das Variâncias, o pressuposto da Normalidade não é cumprido no grupo dos 60-69 anos e dos 70-79 anos. Dado que o grupo 1 é constituído por uma amostra inferior a 30, não se pode invocar o Teorema do limite central, logo utilizou-se o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis.

Quadro 14

Consequências Negativas em G1, G2 e G3 - Média das ordens, Mediana (Mdn) e H

| | G1 | | G2 | | G3 | | H |
|--------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-----|
| | Média | Mdn | Média | Mdn | Média | Mdn | |
| Consequências Negativas | 33.89 | 3.40 | 42.19 | 3.60 | 39.73 | 3.40 | .20 |

Nota: n1=22; n2=45; n3=11

Verifica-se que as mulheres entre os 70-79 anos (M=42.19, Mdn=3.60) apresentam consequências negativas mais elevadas que as mulheres mais velhas (M=39.73, Mdn=3.40) e estas do que as mulheres mais novas (M=33.89, Mdn=3.40). Estas diferenças não são significativas, $H(2)=2.00, p=.37$.

No que diz respeito à última hipótese, procedeu-se à comparação das Representações Emocionais em três níveis de idade (grupo 1: 60-69 anos; grupo 2: 70-79 anos; grupo 3: 80-89 anos).

Visto que o pressuposto da Normalidade e da Homogeneidade das Variâncias é cumprido, pode utilizar-se um teste paramétrico. Neste caso, a ANOVA a um factor.

As mulheres do grupo intermédio (70-79 anos) apresentam valores mais elevados de representações emocionais (M=2.68; DP=0.78) do que as mulheres entre os 60-69 anos (M=2.48; DP=0.74) e do que as mulheres mais velhas (M=2.45; DP=0.82). No entanto, estas diferenças não são significativas.

Quadro 15

Representações emocionais em G1, G2 e G3 - Médias, Desvios-padrão e F

| | G1 | | G2 | | G3 | | F |
|----------------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | |
| Representações emocionais | 2.48 | .74 | 2.68 | .78 | 2.45 | .82 | .72 |

Nota: n1=22; n2=45;n3=11

7. Discussão

Neste ponto procede-se à discussão dos resultados obtidos, enquadrando-os com as hipóteses definidas no presente trabalho. Encontra-se dividida em dois pontos: Auto-percepção do Envelhecimento e Estado Civil; e Auto-Percepção do Envelhecimento e Idade.

7.1 Auto-percepção do Envelhecimento e o Estado Civil

De um modo geral, este ponto visa compreender de que forma a percepção do envelhecimento se relaciona com o Estado Civil, ou seja, se se comporta de modo diferente em idosas viúvas e idosas casadas.

No que diz respeito ao tipo de consciência do indivíduo acerca do seu envelhecimento e da sua experiência do processo, ao longo do tempo, esperava-se que as idosas viúvas apresentassem valores mais elevados de Consciência Crónica comparativamente às idosas casadas (Hipótese 1), e que estas revelassem valores mais elevados de Consciência Cíclica do que as idosas viúvas (Hipótese 2)

Em relação à Hipótese 1, apesar de os resultados não apresentarem uma diferença significativa, comportam-se no sentido da hipótese colocada, em que as idosas viúvas parecem possuir uma consciência mais crónica do seu envelhecimento.

Relativamente à Hipótese 2, os resultados confirmam o que se esperava e, deste modo, as idosas casadas parecem manter um tipo de consciência do seu envelhecimento caracterizado pela tomada de conhecimento das variações experimentadas a esse nível.

Em relação às Consequências derivadas do envelhecimento, dada a existência de numerosos estudos a referir os elevados níveis de sentimentos depressivos, pouca saúde mental (Bennet, 1997; Onrust e Cuilpers, 2006; Bennett, Smith, & Hughes, 2005) e solidão, (Zettel e Rook, 2004) nas idosas viúvas, previa-se que estas teriam mais tendência para crer nas Consequências Negativas do envelhecimento, relativamente às idosas casadas (Hipótese 3), e que estas últimas teriam valores mais elevados na escala de Consequências Positivas, do que as mulheres viúvas (Hipótese 4).

No que diz respeito à Hipótese 3, os resultados vão contra o que se previa (as idosas casadas apresentam valores mais elevados de Consequências Negativas, do que as idosas viúvas), apesar de as diferenças não serem significativas. Uma possível explicação poderá estar relacionada com o significado da comunicação que muitas idosas viúvas fazem "já não tenho nada a perder". Esta afirmação, tão corrente, poderá associar-se à experiência de que, ao sentirem que já sofreram a sua maior perda e a ela sobreviveram, já não temem perder a sua energia e vitalidade. As idosas ainda casadas, porque ainda se encontram detentoras de actividade, vontade e expectativas positivas, poderão ter mais dificuldades em lidar com a mudança e a provável e, de certa forma, expectável, perda do conjuge, já que como mulheres tenderão a ter uma vida mais longa que os seus maridos.

Relativamente à Hipótese 4, os resultados apresentam-se no sentido do que seria de esperar (as idosas casadas apresentam níveis mais elevados de Consequências Positivas, do que as idosas viúvas), porém a diferença não é significativa.

Em relação ao Controlo sentido no próprio processo de envelhecimento, esperava-se que as idosas casadas apresentassem níveis mais elevados de Controlo Negativo (Hipótese 5) e de Controlo Positivo (Hipótese 6) do que as idosas viúvas.

No entanto, de acordo com os resultados, e apesar de a diferença não ser significativa, são as idosas viúvas que apresentam valores mais elevados na Escala de Controlo Negativo,

assim como na de Controlo Positivo (sendo que, neste caso, as diferenças se revelam significativas). Desta forma, ambas as hipóteses foram infirmadas.

Uma possível explicação para este facto poderá estar relacionada com a existência de evidências de que, apesar dos efeitos profundamente negativos da viuvez, esta pode também levar a um crescimento psicológico (Schaefer & Moos; Wortman & Silver; citado por Carnelley *et al.*, 2006). Como resultado da perda, a pessoa enlutada pode adquirir um novo conjunto de “ferramentas” que podem resultar em mudanças positivas, tais como um reforço das auto-competências (Lopata, citado por Carnelley *et al.*, 2006), e assim, um sentimento de maior controlo sobre as experiências (tanto positivas como negativas) do envelhecimento.

No que diz respeito às Representações Emocionais, esperava-se que o grupo das idosas viúvas revelasse valores mais elevados nesta escala, comparativamente às idosas casadas (Hipótese 7). No entanto, os resultados apresentam-se no sentido contrário, apesar de as diferenças não serem significativas.

Uma possível explicação para que as idosas casadas apresentem valores mais elevados na escala de Representações Emocionais poderá estar relacionada com os aspectos já referidos. O facto de ainda viverem na companhia de um conjuge poderá fazê-las sentir-se responsáveis pelo bem-estar de outra pessoa e, desse modo, a temer ainda mais as mudanças que, naturalmente, advêm do processo de envelhecimento. As idosas viúvas, após um processo de luto bem sucedido, poderão sentir que já viveram a sua maior e mais temível perda, vivendo, assim, o processo de envelhecimento, com menos emoções negativas do que as idosas casadas.

É referido, na literatura, um aspecto que também poderá ser importante para explicar os resultados obtidos nas hipóteses 5, 6 e 7. Segundo Weiss (1973), para algumas viúvas, a morte do companheiro proporcionou poucas mudanças – “ De qualquer modo ele nunca estava muito aqui...” – ou apenas alívio – “Foi um alívio não ter que me preocupar com o seu alcoolismo”. Desta forma, as idosas poderão sentir um maior controlo sobre o seu envelhecimento e vivê-lo através de emoções mais positivas.

7.2 Auto-percepção do Envelhecimento e a Idade

De um modo geral, este ponto visa compreender de que forma a percepção do envelhecimento se relaciona com o factor Idade, ou seja, se se comporta de modo diferente à medida que a idade avança.

Em 2009, Kotter-Gruhn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorf, e Smith concluíram que à medida que os indivíduos se aproximam da morte, vão-se tornando menos satisfeitos com a sua idade e referem sentir-se velhos. Snedd e Whitbourne (2005) apresentam este facto como um declínio na capacidade geral de regular as perdas, com o aproximar da morte.

Deste modo, esperava-se que à medida que a idade aumenta, a escala de Duração Crónica se tornasse mais elevada (Hipótese 7).

Os resultados vão no sentido que se previa (o grupo dos 80-89 anos apresenta resultados mais elevados do que o grupo dos 70-79 anos, e este do que o grupo de 60-69 anos) sem, no entanto, haver diferenças significativas.

Em relação à Hipótese 8, previa-se que à medida que a idade aumenta, as idosas demonstrassem valores mais elevados na escala de Consequências Negativas.

Apesar de as diferenças encontradas não serem significativas, tal como se esperava, as idosas do grupo etário mais novo (60-69 anos) são as que apresentam valores de Consequências Negativas mais baixos. No entanto, o grupo dos 70-79 anos revela resultados mais elevados do que as idosas dos 80-89 anos. Uma possível explicação para estes valores poderá estar relacionada com o facto de a faixa etária dos 70-79 anos ser a que geralmente está associada, do ponto de vista do *timing*, à ocorrência de mais perdas. Possivelmente, após este período, o indivíduo lidará com a fase dos 80-89 anos como um ultrapassar, bem sucedido, da época em que terão surgido a maior parte das mudanças.

Uma outra explicação poderá estar relacionada com o que alguns autores referem. Bultena e Powers (1978) afirmam que uma auto-percepção mais positiva do envelhecimento deve ser encarada como uma negação do mesmo. Para outros (Levy, 2003; Snedd e Whitbourne, 2005), uma mais elevada satisfação com o envelhecimento pode ser indicadora da capacidade de adaptação às perdas relacionadas com o seu próprio envelhecimento.

Relativamente à última hipótese, seria de esperar que, à medida que a idade aumenta, a escala de Representações Emocionais se tornasse mais elevada. De acordo com os resultados, e como se previa, o grupo dos 70-79 anos apresenta valores mais elevados do

que o grupo dos 60-69 anos, apesar de as diferenças não serem significativas. No entanto, os resultados de ambos os grupos encontram-se mais elevados do que os do grupo dos 80-89 anos. Uma possível justificação poderá relacionar-se com o já referido na hipótese anterior. A faixa etária dos 80-89 anos poderá ser percebida com o significado de ter sido possível ter ultrapassado, com êxito, a faixa anterior, pautada pelo maior número e diversidade de mudanças e perdas.

Uma outra explicação poderá prender-se com o facto de uma visão mais positiva do envelhecimento ser sinal de uma desvalorização da importância das mudanças negativas desta fase, ou da interpretação dos modos como lidam com essas mudanças serem sinais de crescimento psicológico (Levy, 2003; Sneed & Whitbourne, 2005)

8. Conclusão

Neste ponto apresentam-se as conclusões do presente estudo, sintetizando-se os principais resultados obtidos. Serão ainda salientadas algumas limitações do mesmo e sugeridas investigações futuras.

De um modo geral, os resultados demonstram que, ao contrário do que era esperado, a auto-percepção do envelhecimento das idosas viúvas não se apresenta mais negativa do que a das idosas casadas. Apesar das evidências, constadas na literatura, de elevados níveis de ansiedade, depressão, solidão, e até mesmo, mortalidade, neste tipo de população, parece que a ausência de um cônjuge não aumenta o receio de enfrentar o processo de envelhecimento, na amostra estudada.

Nos resultados obtidos neste estudo, apesar de, na sua generalidade, as diferenças não serem significativas, apontam no sentido em que as idosas viúvas apresentam, tendencialmente, um maior sentimento de controlo sobre as experiências decorrentes do envelhecimento (tanto positivas como negativas), assim como manifestam menos tendência para acreditar nas consequências negativas do mesmo, comparativamente às idosas casadas. Apresentam, ainda, menos emoções negativas (preocupação, ansiedade, medo, zanga e tristeza) relativamente ao seu envelhecimento. Tal facto poderá dever-se ao sucesso no trabalho de luto realizado.

Embora se possa considerar que se trata de uma fase, eventualmente, penosa e difícil, pode também preparar os indivíduos para uma vida "nova", sem grandes expectativas e ambições, com maior preparação para enfrentar as dificuldades posteriores.

O facto de as idosas casadas ainda não terem experimentado aquela que, provavelmente, será encarada como a sua maior perda, poderá levá-las a sentir um maior receio face às mudanças que advêm do processo de envelhecimento.

Em relação ao factor idade, segundo os resultados, a faixa etária dos 70-79 anos revela-se como a que parece ter uma percepção do envelhecimento mais negativa, no sentido em que são os que apresentam valores mais elevados de emoções negativas e que sentem mais as consequências negativas decorrentes deste processo. Estes resultados poderão dever-se ao facto de esta ser a faixa etária em que geralmente ocorrem mais e diversas perdas/mudanças. Pelo contrário, a faixa etária dos 60-69 anos poderá, de certa forma, estar, ainda, a negar o processo de envelhecimento, na medida em que usufrui de boas condições de

saúde, autonomia e de uma expectativa de alguns anos de vida, enquanto que os idosos dos 80-89 anos poderão sentir esta etapa como um ultrapassar bem sucedido da fase anterior (70-79 anos), e daí sentirem o seu envelhecimento de um modo mais positivo.

No que se refere às limitações deste estudo, é importante mencionar que não foi tido em conta o número de anos de viuvez. De facto, a experiência da viuvez, na velhice, eventualmente pautada por afectos negativos e ainda sob o efeito de um trabalho de luto incompleto, poderá influenciar a percepção do envelhecimento.

Salienta-se, também, a reduzida dimensão das amostras, aquando a divisão por grupos de idade, o que poderia ter condicionado os resultados.

Relativamente a investigações futuras, poderia ser pertinente considerar variáveis como o número de anos de viuvez das idosas e a existência ou não de filhos. Poderia também ser interessante incluir, num estudo semelhante ao presente, uma avaliação dos sentimentos que as viúvas mantinham em relação ao seu casamento. A forma como percebem a sua relação com o cônjuge poderá influenciar o seu processo de luto e, deste modo, a sua visão do envelhecimento, na sua ausência.

Bibliografia

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press

Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007) Cross-sectional validation of the aging perceptions questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7 (9)

Beal, C. (2006) Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 27, 795-813

Bennett, K. M. (1997) Widowhood in elderly women: the medium – and long-term effects on mental and physical health. *Mortality*, 2 (2), 137-146

Bennett, K. M., Smith, T., & Hughes, G. M. (2005) Coping, depressive feelings and gender differences in late life widowhood. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 348-353

Bennett, K. M. (2005) Psychological wellbeing in later life: the longitudinal effects of marriage, widowhood and marital status change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 280-284

Carnelley, K., Bolger, N., Wortman, C. & Burke, C. (2006) The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 476-492

Fonseca, A. (2004) *Desenvolvimento Humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi

Fonseca, A. (2005) O Envelhecimento Bem-Sucedido. In C.Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide

Gilewski, M. J., Fairberow, N., L., Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1991) Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychology and Aging*, 6 (1), 67-75

Grootheest, D. S., Beekman, A. T. F., Broese van Groenou, M. I., & Deeg, D. J. H. (1999) Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398

Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rita, H. (1987) Mortality after bereavement: A prospective study of 95,647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77 (3), 283-287

Kitson, G., Babri, K., Roach, M., & Placidi, K. (1989) Adjustment to widowhood and divorce: a review. *Journal of Family Issues*, 10(5), 4-24

Kotter-Gruhn, D., Kleispehn-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

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

Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002) Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (5), 409-417

Levy, B. R., & Myers L. M. (2005) Relationship between respiratory mortality and self-perceptions of aging. *Psychology and Health*, 20 (5), 553-564

Levy, B. R. (2008) Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behavior and Personality*, 36(4), 559-570

Lopata, H. (1981) Widowhood and Husband Sanctification. *Journal of marriage and the family*, 439-450

Onrust, S. A. & Cuijpers, P. (2006) Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging and mental health*, 10 (4), 327-334

Paúl, C., & Fonseca, A. (1999) A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362

Paúl, C (2005) A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C.Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi

Phelan, E. A., Anderson, L. A., LaCroix, A. Z., & Larson, E. B. (2004) Older adults' view of "Successful Aging" – Wow do they compare with researchers' definitions? *JAGS*, 52, 211-216

Ron,P. (2007) Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 22(7), 656-662

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999) The Structure of Successful Aging. In *Successful Aging* (pp. 36-52). New York: Dell Publishing.

Silva, M.E. (2005) Saúde mental e idade avançada. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003) Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371

Stevens, N. (2002) Re-engaging: New partnerships in late-life widowhood. *Ageing International*, 27 (4), 27-42

Weiss, R. (1973) *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. United States of America: Halliday Lithograph Corp.

Zettel, L. A., & Rook, K. S. (2004) Substitution and compensation in the social networks of older widowed women. *Psychology and Aging*, 19 (3), 433-443