

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIFERENÇAS DE GÉNERO NA VIVÊNCIA DA VIUEZ NA IDADE ADULTA
AVANÇADA: DEPRESSÃO, MECANISMOS DE DEFESA E SATISFAÇÃO
COM A VIDA**

Sara Patrícia Martins de Oliveira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIFERENÇAS DE GÉNERO NA VIVÊNCIA DA VIUEZ NA IDADE ADULTA
AVANÇADA: DEPRESSÃO, MECANISMOS DE DEFESA E SATISFAÇÃO
COM A VIDA**

Sara Patrícia Martins de Oliveira

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

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

2012

“Somente as pessoas capazes de amar profundamente podem também sofrer uma grande desilusão, mas esta mesma capacidade de amar serve para neutralizar o luto e curá-las.”

Tolstoi

Agradecimentos

À Prof. Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, pela orientação, disponibilidade, atenção, apoio, paciência e importantes críticas e sugestões.

A todas as pessoas que participaram neste estudo, pela disponibilidade, pelo tempo que dedicaram ao preenchimento dos questionários, partilhando uma experiência tão pessoal e dolorosa como a da viuvez.

A todos aqueles que me ajudaram na aplicação e recolha dos questionários, nomeadamente: ao Nuno, ao Gonçalo, ao António, à Elsa, à Liliana, à Andreia, à Patrícia, à Sofia, à Inês, ao Eduardo, à Dra. Joana Canha.

Aos representantes da Universidade Internacional para a Terceira Idade, da Academia Sénior dos Olivais e da Academia Sénior do Campo Grande, por se terem disponibilizado e permitido a distribuição e aplicação dos questionários junto dos seus alunos.

Ao Nuno, o meu amor, o meu companheiro de todas as horas, por todo o apoio, ajuda, compreensão, paciência, força e motivação. Por estar sempre ao meu lado e me fazer tão feliz; por ter tornado mais luminosos os momentos mais sombrios ao longo deste percurso.

Ao Gonçalo, meu eterno amigo, pela amizade, pela ajuda, pelo apoio. Por me ter mostrado que, afinal, a amizade pode perdurar no tempo das nossas vidas. Mesmo nem sempre estando presente, sei que estás sempre aí.

Ao António, pela amizade, apoio e ajuda. Por me ter ajudado a perceber que pensar a vida, os outros e a nós mesmos, é uma tarefa árdua, mas fascinante.

À Liliana, colega e a amiga desde o primeiro dia deste percurso e para a vida, pela amizade, ajuda, partilha; por todas as aventuras e sorrisos vividas na FPCE e fora dela.

À Elsa, pela amizade, pelo apoio, pela partilha, de dúvidas, dificuldades, conquistas e esperanças.

À minha família, pois sem eles, este percurso não teria sido possível.

A todos, o meu Muito Obrigada!

Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo explorar os níveis de depressão, os mecanismos de defesa utilizados e a percepção de satisfação com a vida em viúvas e viúvos idosos, averiguando a existência de diferenças entre os dois grupos. Pretendeu-se também analisar, nos viúvos, o papel de algumas variáveis sócio-demográficas (e.g. Sexo) e psicossociais (e.g. Tem confidente), bem como explorar as relações entre as variáveis estudadas. Participaram no estudo 68 participantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos ($M=71,31$; $DP= 8,23$). Para avaliação dos níveis de depressão utilizou-se a versão portuguesa da *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)* (Gonçalves & Fagulha, 2004); os mecanismos de defesa foram avaliados através da adaptação portuguesa do *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh, & Bond, 1993; Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2008) e a satisfação com a vida foi avaliada através da *Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton* (Lawton, 1976; adaptada para Portugal por Constança Paúl, 1992). Os resultados demonstram que, no geral, os viúvos apresentam maior depressão, maior solidão/insatisfação e menor satisfação com a vida do que os casados. Apesar de não significativos, os resultados apontam no sentido da existência de diferenças entre viúvas e viúvos, com as viúvas a apresentar níveis mais elevados de depressão, menor satisfação com a vida e a utilizar defesas distintas comparativamente com os viúvos. A forma como as viúvas percebem a sua saúde parece ter um papel relevante nos resultados obtidos. Verifica-se, ainda, que nos viúvos em geral níveis mais elevados de depressão se associam a menor satisfação com a vida, maior solidão e agitação. Os resultados são discutidos à luz de evidências de estudos nacionais e internacionais. São apontadas as limitações do estudo e propostas para futuras investigações.

Palavras-Chave: Viuvez; Diferenças de Género; Envelhecimento; Depressão; Mecanismos de Defesa.

Abstract

The main purpose of the present study is to explore, in elderly widows and widowers, their depression levels, defense mechanisms and the perception of life satisfaction, examining differences between genders. It is also intended to analyse the role of some socio-demographic (e.g. Gender) and psycho-social variables (e.g. Having a confidant) in both widows and widowers, as well as to explore the relations between the other variables. A sample of 68 participants took part in this study, both genders, aged between 60 and 94 years old ($M=71,31$; $SD=8,23$). For the evaluation of depression levels was used the Portuguese version of the *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)* (Gonçalves & Fagulha, 2004); the defense mechanisms were evaluated using the Portuguese adapted version of the *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh & Bond, 1993; Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2008); and life satisfaction was evaluated through the Portuguese adapted version of the *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Lawton, 1976; Portuguese adaptation by Constança Paúl, 1992). The data obtained showed that, overall, widows and widowers have higher levels of depression and loneliness, and lower life satisfaction than their married counterparts. Although not significant, the results point to the existence of differences between widows and widowers, with widows presenting higher levels of depression, lower life satisfaction and the use of different defense mechanisms, compared to widowers. The way widows perceive their health seems to have an important role in the results obtained. It also seems that in both widows and widowers higher levels of depression are associated with lower life satisfaction, greater loneliness and agitation. The results are discussed in light of the evidence from national and international studies. Limitations of the study and suggestions for further investigations are presented.

Keywords: Widowhood, Gender Differences; Aging; Depression; Defense Mechanisms.

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	4
1. Envelhecimento em Portugal.....	4
2. Algumas perspectivas sobre o Envelhecimento.....	5
3. O fenómeno da viuvez na idade adulta avançada.....	9
4. Diferenças de género na vivência psicológica da viuvez na idade adultaavançada - depressão, bem-estar psicológico/satisfação com a vida e mecanismos de defesa.....	12
4.1. Satisfação com a vida nos idosos – Modelo de Lawton.....	17
4.2. Mecanismos de defesa nos idosos	19
Objectivos e Hipóteses.....	21
Método	24
Participantes.....	24
Instrumentos.....	26
Procedimento Geral.....	29
Procedimento Estatístico	30
Resultados	31
Discussão de Resultados.....	48
Conclusão.....	54
Referências Bibliográficas.....	58
Anexos.....	62
Anexo I. Questionário Sócio-Demográfico.....	64
Anexo II. Carta de Pedido de Autorização.....	73
Anexo III. Folha de Consentimento Informado.....	75
Anexo IV. Quadro 22 – Correlações entre os mecanismos e factores de defesa (apenas correlações significativas) na subamostra de viúvos.....	77

Índice de Quadros

Quadro 1 - Características sócio-demográficas da amostra total (Frequências e Percentagens).....	24
Quadro 2 - Características Psicossociais da amostra total (Frequências e Percentagens).....	25
Quadro 3 - Índice de Depressão em viúvas e viúvos – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p.....	31
Quadro 4 - Mecanismos e factores de defesa em viúvas e viúvos – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p.....	32
Quadro 5 - Satisfação com a vida em viúvas e viúvos – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p.....	33
Quadro 6 - Níveis de depressão em viúvas e casadas – Média, Desvio-padrão, valor t e valor p.....	33
Quadro 7 - Níveis de depressão em viúvos e casados – Média das ordens, Mediana, valor U e valor p.....	34
Quadro 8 - Mecanismos e factores de defesa em viúvas e casadas – Média das ordens, Mediana, valor U e valor p.....	34
Quadro 9 - Mecanismos e factores de defesa em viúvos e casados – Média das ordens, Mediana, valor U e valor p.....	35
Quadro 10 - Satisfação com a vida em viúvas e casadas - Média das ordens, Mediana, valor U e valor p.....	36
Quadro 11 - Satisfação com a vida em idosos viúvos e casados – Média das ordens, Mediana, valor U e valor p.....	36
Quadro 12 - Índice de Depressão em Homens e Mulheres – Média, Desvio-padrão, Valor t e valor p.....	37
Quadro 13 - Mecanismos e factores de defesa em Homens e Mulheres – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p.....	37

Quadro 14 - Satisfação com a vida em Homens e Mulheres – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p.....	38
Quadro 15 - Resultados dos questionários <i>CES-D</i> , <i>Questionário do Estilo de Defesa-40</i> e <i>Escala de Ânimo de Lawton</i> segundo as variáveis sócio-demográficas/psicossociais dicotómicas (apenas viúvas).....	39
Quadro 16 - Resultados dos questionários <i>CES-D</i> , <i>Questionário do Estilo de Defesa-40</i> e <i>Escala de Ânimo de Lawton</i> segundo as variáveis sócio-demográficas/psicossociais com mais de 2 níveis (viúvas e viúvos).....	40
Quadro 17 – Estatística descritiva da <i>CES-D</i> e da <i>Escala de Ânimo de Lawton</i> na subamostra de idosos viúvos.....	44
Quadro 18 – Estatística descritiva do <i>Questionário Estilo de Defesa-40</i> na subamostra de viúvos.....	44
Quadro 19 - Correlações entre os factores e o total da <i>Escala de Satisfação com a Vida</i> e <i>CES-D</i>	46
Quadro 20 - Correlações entre os factores e o total da <i>Escala de Satisfação com a Vida</i> e <i>Questionário Estilo de Defesa-40</i> (apenas correlações significativas).....	46
Quadro 21 - Correlações entre <i>CES-D</i> e <i>Questionário Estilo de Defesa-40</i> (apenas correlações significativas).....	47

Introdução

O presente trabalho centra-se no estudo das diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada, no que diz respeito a sintomas depressivos experienciados, mecanismos de defesa e percepção do bem-estar psicológico/satisfação com a vida, inserindo-se no âmbito de uma investigação mais abrangente relacionada com o estudo do processo de envelhecimento em geral.

O envelhecimento da população é uma realidade cada vez mais presente, com consequências importantes a nível social, económico e dos sistemas de saúde. Em consequência disso, verifica-se uma necessidade crescente de aquisição de conhecimentos na área do envelhecimento, assim como do desenvolvimento de investigações empíricas que permitam compreender melhor as características, necessidades, desafios e potencialidades dos idosos e do processo de envelhecimento, com vista a permitir formas de intervenção mais adequadas e eficazes junto desta população (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

Verifica-se, também, que um dos fenómenos que mais afecta a população idosa, principalmente a feminina, é a viuvez. De acordo com os resultados provisórios dos Censos 2011 (INE, 2011), existem em Portugal cerca de 772 325 viúvos (144 270 homens e 628 055 mulheres). Os viúvos representam cerca de 7% da população portuguesa, sendo que as mulheres constituem 81% da população viúva. A viuvez tem sido descrita como um dos acontecimentos de vida mais difíceis e stressantes que as pessoas idosas podem experienciar (Gove & Shin, 1989; Bennett, Smith, & Hughes, 2005), não só devido à perda vivida, mas também porque acarreta consigo várias e importantes mudanças, muitas delas negativas, a nível psicológico, social, económico, das condições de vida e da saúde física e mental (Carr & Bodnar-Deren, 2009).

Tentando conciliar as duas realidades apresentadas anteriormente, o presente estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da viuvez na idade adulta avançada, comparando os níveis de depressão - avaliados através da adaptação portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004), os mecanismos de defesa utilizados – avaliados através da versão portuguesa do *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh, & Bond, 1993; Henriques-Calado e Duarte-Silva, 2008) - e a percepção do bem-estar psicológico/satisfação com a vida em idosas e idosos viúvos – medida através da adaptação portuguesa da *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Lawton, 1975;

Paúl, 1992) -, de forma a perceber as semelhanças e diferenças existentes na forma como ambos os géneros vivenciam este fenómeno (através da comparação com uma amostra de idosos casados). Este estudo procurará, ainda, explorar a possível influência que alguns factores sócio-demográficos (e.g. Idade, Composição do agregado familiar, Ter filhos) e psicossociais (e.g. Ter um confidente, Crenças e práticas religiosas) podem ter nos resultados obtidos.

Existem evidências que homens e mulheres idosos diferem na forma como vivem e enfrentam a viuvez, assim como nos efeitos que esta tem sobre eles, embora ainda persistam muitos resultados inconclusivos e questões em aberto relativamente a este assunto (Bennett et al., 2005; Carr & Bodnar-Deren, 2009; Zisook, Paulus, Shuchter, & Judd, 1997). As principais explicações teóricas que os autores têm avançado para explicar as diferenças de género na vivência da viuvez prendem-se com aspectos sócio-emocionais e instrumentais do casamento, que diferem entre homens e mulheres (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Umberson, Wortman & Kessler, 1992). Neste sentido, as mulheres parecem beneficiar mais do casamento a nível económico, enquanto os homens beneficiam mais a nível social, emocional e a nível instrumental, nomeadamente, no que se refere à execução de tarefas domésticas. Por esta razão, comparativamente às mulheres, os homens parecem obter mais benefícios a partir dos papéis que as suas companheiras desempenham no casamento, o que nos pode levar a pensar que a viuvez lhes trará maiores encargos e stress, deixando-os mais vulneráveis à depressão (Umberson et al., 1992).

Uma outra questão relevante no âmbito do estudo da viuvez na velhice é a forma como os viúvos e as viúvas enfrentam e lidam com a perda dos seus cônjuges, assim como com os desafios e dificuldades que advêm desse acontecimento. Embora não tenha sido possível encontrar estudos que investiguem as diferenças de género na utilização de mecanismos de defesa por viúvos, alguns estudos realizados na população geral têm evidenciado diferenças etárias e de género na utilização dos mesmos (Diehl, Coyle & Labouvie-Vief, 1996; Petraglia, Thygesen, Lecours, & Drapeau, 2009; Segal, Coolidge & Mizuno, 2007; Whitty, 2003). Por outro lado, estudos que investigam a utilização de mecanismos de *coping* entre viúvos idosos (Bennett et al., 2005; Stroebe, Stroebe & Shut, 2001) têm evidenciado a existência de diferenças de género nas estratégias de confronto utilizadas para lidar com a viuvez, pelo que se espera que as mesmas também se verifiquem no caso dos mecanismos de defesa.

Relativamente ao bem-estar psicológico/satisfação com a vida em idosos viúvos, verifica-se que esta tende a ser inferior, comparativamente com os seus congéneres casados (Hahn, Cichy, Almeida, & Haley, 2011), no entanto, existem evidências que sugerem um crescimento psicológico posterior à viuvez (Schaefer & Moos, 2001; Wortman & Silver, 1990, citados por Carnelley et al., 2006), e a descoberta de novas forças, mais independência, controlo, competência, resiliência, auto-confiança e auto-eficácia (Lopata, 1981; Carnelley et al., 2006).

Nesta sequência, o presente estudo procura investigar, de uma forma exploratória, a vivência da viuvez na idade adulta avançada, nomeadamente, as diferenças de género existentes ao nível dos sintomas depressivos experienciados, dos mecanismos de defesa utilizados e da percepção do bem-estar psicológico/satisfação com a vida, numa amostra de idosos portugueses, de ambos os sexos, com 60 ou mais anos de idade, que não apresentam condições de saúde incapacitantes e se encontram integrados na comunidade.

Encontra-se organizado em nove pontos. No primeiro, apresenta-se uma breve caracterização da população idosa em Portugal. No segundo ponto, apresentam-se algumas perspectivas teóricas gerais sobre o Envelhecimento. De seguida, no terceiro ponto, abordam-se alguns aspectos gerais relativos à vivência do luto e da viuvez na idade adulta avançada. O quarto ponto foca-se na revisão de alguns estudos sobre as diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada, nomeadamente, ao nível da depressão, bem-estar psicológico/satisfação com a vida e mecanismos de defesa. No ponto seguinte são apresentados os objectivos e hipóteses propostos para o presente estudo. No sexto ponto, é feita a descrição do método, que inclui as características dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, o procedimento geral e o procedimento estatístico. No sétimo e oitavo ponto apresentam-se, respectivamente, os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, no último ponto, expõem-se as conclusões do trabalho, mencionando-se algumas limitações do mesmo, assim como se sugerem futuras investigações.

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, ao qual Portugal não é excepção. O aumento progressivo da esperança média de vida, a redução da morbilidade e a crescente diminuição das taxas de natalidade são os principais responsáveis pelo aumento da população idosa a nível mundial, principalmente nos países ditos desenvolvidos. No nosso país, a esperança média de vida à nascença situa-se, actualmente, em valores da ordem dos 76.43 anos para os homens e 82.30 anos para as mulheres (INE, 2011). Da mesma forma, também a esperança média de vida aos 65 anos tem aumentado nos últimos anos, situando-se nos 16.64 anos para os homens e nos 19.89 anos para as mulheres; ou seja, as mulheres vivem, em média, mais 3.25 anos do que os homens. Portugal assiste, assim, a um aumento crescente do fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa (65 anos ou mais de idade), que representa actualmente 19% da população total, e pela redução da população jovem, que constitui apenas 15% da mesma (0-14 anos). De referir, ainda, que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 ou mais anos que cresce de forma mais acelerada. Segundo os resultados provisórios dos Censos 2011, existem cerca de 2,023 milhões de pessoas idosas em Portugal, existindo 129 idosos por cada 100 jovens. Prevê-se que em 2050 se acentue esta tendência de inversão da pirâmide etária, com 35.72% de pessoas com 65 ou mais anos de idade e 14.4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos (INE, 2011).

O envelhecimento da população reflecte-se em sérias consequências a nível social, económico e dos sistemas de saúde, pelo que se justifica a importância e a necessidade da aquisição de conhecimentos na área do envelhecimento, assim como o desenvolvimento de investigações empíricas que permitam compreender melhor as características, necessidades, desafios e potencialidades dos idosos e do seu processo de envelhecimento, com vista a permitir formas de intervenção mais adequadas e eficazes junto desta população (Sousa et al., 2003).

O conceito de Envelhecimento Activo foi introduzido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), definindo-o como um processo de optimização das

oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Alicerça-se, assim, na participação social, na saúde e na segurança, visando a autonomia (controlo), a independência (nas AVD – Actividades de Vida Diária – e nas AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária), a qualidade de vida, a valorização de competências e uma expectativa de vida saudável. O Envelhecimento Activo é determinado pelas características do indivíduo, pelas variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e, ainda, pela saúde e serviços sociais, devendo ser sempre compreendido tendo em consideração as diferenças culturais e de género (Paúl, 1991).

O presente ano de 2012 foi, precisamente, considerado, pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Europeia, como o “*Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações*”. Perante as proporções que o envelhecimento populacional está a atingir, o principal desafio que se impõe hoje às sociedades consiste em permitir que as pessoas não só morram o mais tardiamente possível, como também desfrutem de uma velhice com a maior qualidade de vida possível. Ou seja, é importante não só acrescentar anos à vida, mas, sobretudo, acrescentar vida aos anos que se vivem (Fernández-Ballesteros, 2008). Neste sentido, para fomentar um envelhecimento activo são necessárias estratégias que protejam a saúde e o bem-estar dos idosos, desenvolvendo programas para a promoção da saúde física e mental, e prevenção de doenças, apostando em cuidados dignos e equitativos.

2. Algumas Perspectivas sobre o Envelhecimento

O envelhecimento é, muitas vezes, associado a aspectos negativos, parecendo existir, nas sociedades ocidentais, uma tentativa de negação desta realidade e das suas consequências. É verdade que o envelhecimento envolve várias perdas, a nível físico, psicológico e social, no entanto, pode trazer consigo também vários ganhos. Remonta à Antiguidade Clássica este duplo olhar sobre a velhice. Da tradição de Platão (427-347 a. C.) prevalece uma visão positiva, que associa a velhice à virtude e à sabedoria. Segundo esta perspectiva, o ser humano envelhece como viveu, devendo, por isso, a preparação para o envelhecimento ocorrer ao longo da vida. Por outro lado, para Aristóteles (383-322 a. C.), o envelhecimento enquanto última etapa da vida humana poderia considerar-se uma doença natural, salientando assim a deterioração quer física, quer mental, decorrente do envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2008).

O fenómeno do envelhecimento humano e populacional conduziu à criação de uma nova área de estudos multidisciplinar, a Gerontologia, que emergiu sobretudo a partir da segunda metade do século XX, embora já com raízes anteriores. De acordo com Fernández-Ballesteros (2008), a Gerontologia é o estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. De uma forma geral, os gerontologistas procuram explicar: 1) os problemas funcionais dos idosos, em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente; 2) o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, ou seja, como é que os indivíduos crescem e envelhecem, partindo de uma perspectiva biopsicossocial; 3) a idade enquanto padrão de comportamento social (Bengston, Rice & Johnson, 1999, citado por Paúl, 2005). Mais recentemente, têm surgido subdisciplinas, como a Gerontologia Social, que estuda o impacto das condições sócio-culturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desses processos, bem como as acções sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento; e a Psicogerontologia ou Psicologia do Envelhecimento, que se dedica ao estudo dos processos psicológicos e do comportamento subjacentes ao envelhecimento. Verifica-se, no entanto, segundo Fernández-Ballesteros (2008), que a Gerontologia tem vindo a dedicar-se 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.

O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos, mas constitui também um processo psicológico e social do desenvolvimento dos seres humanos. Face a um corpo que muda e vai sofrendo alterações funcionais e de papéis sociais, é necessária uma adaptação constante, na busca de novos equilíbrios, tanto internos como externos (Paúl & Fonseca, 1999). 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 sua vida. Os adultos idosos são assim sobreviventes.

Gradualmente, o envelhecimento tem começado a ser encarado numa perspectiva de curso de vida (*life span*), e a partir de uma abordagem positiva. A perspectiva *life span* defende que o desenvolvimento ultrapassa a infância, ocorrendo ao longo de toda a vida. Enfatiza a importância dos percursos de vida individuais e o papel activo que cada indivíduo tem na sua própria vida, nas escolhas que realiza, nas iniciativas que toma, nas relações que é capaz de criar, ou não, bem como o impacto que isso tem na vivência

do seu próprio processo de envelhecimento (Fonseca, 2004; Silva, 2005). Por outro lado, procura-se perspectivar o envelhecimento enfatizando as forças individuais e sociais que promovem nos indivíduos a resiliência e a capacidade de adaptação, favorecendo experiências de felicidade, optimismo, esperança e bem-estar, em vez de o foco ser exclusivamente nas perdas e nas dificuldades que o envelhecimento traz a nível físico, psicológico e social. Desta forma, defende-se a promoção de informação e a estimulação de recursos individuais e sociais, de forma a aumentar a autonomia, o controlo pessoal e, conseqüentemente, o bem-estar dos mais velhos (Silva, 2005).

Podemos identificar algumas proposições relativas à natureza do envelhecimento humano. Por um lado, é importante distinguir as noções de envelhecimento normal (constitui o envelhecimento em si, o declínio com base no genoma, sem patologia física ou mental), o envelhecimento patológico (em que há evidências claras de patologia física e/ou mental), e o envelhecimento óptimo (envelhecimento activo, que decorre no seio de boas condições ambientais e individuais, permitindo ao indivíduo tirar maior partido das suas capacidades). Por outro lado, é necessário ter em conta que existe uma grande heterogeneidade entre os indivíduos idosos. Essas diferenças devem-se quer aos diferentes percursos de vida que fizeram, quer à diferente vivência do processo de envelhecimento que cada um tem. É também importante ter em conta que, apesar de a velhice trazer muitas perdas, a nível físico, social e psicológico, existem ainda muitas capacidades que permanecem conservadas nos mais velhos, que podem ser estimuladas e desenvolvidas, e outras que podem começar a desenvolver-se nesta fase da vida, com maior tempo e disponibilidade. Neste sentido, salienta-se a importância da persistência do conhecimento e contacto social individual na velhice, como forma de enriquecer o pensamento e o bem-estar, compensando algumas perdas cognitivas que se verificam, como a perda da inteligência fluida (Silva, 2005).

Desta forma, apesar de ao longo do envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas se ir tornando progressivamente negativo, a verdade é que os idosos conservam ainda muitas capacidades e potencialidades. A forma como vão percepcionar os desafios decorrentes do envelhecimento depende, em grande medida, das expectativas mais positivas ou mais negativas sobre a velhice que foram criando ao longo da sua vida, assim como das expectativas da sociedade e cultura onde se inserem.

Dentro da perspectiva do desenvolvimento ao longo do curso de vida salienta-se a teoria psicossocial de Erikson (1982). Nesta perspectiva, o desenvolvimento é entendido como o resultado de uma sequência de fases de desenvolvimento em que,

quer o ego, quer a realidade social em que o indivíduo está inserido, têm um papel preponderante. Este desenvolvimento depende da melhor ou pior resolução de uma série de crises geradas por conflitos (internos e externos), em que forças antagônicas entram em jogo. Ao longo do curso de vida, cada indivíduo sairá mais ou menos fortalecido de acordo com a resolução que der às sucessivas crises, levando consigo para cada nova fase uma maior ou menor capacidade para resolver o novo conflito. Neste sentido, na 8ª idade proposta por Erikson – Integridade vs Desespero – que corresponde à idade adulta tardia (a partir dos 65 anos), a pessoa que sente aproximar-se o fim da vida, vê-se forçada a olhar para trás e contemplar o que fez ou não, e o que foi como pessoa, e daí pode resultar um sentimento de integridade e satisfação ou, pelo contrário, de amargura e inaceitação do confronto com a morte. O balanço será positivo se as crises anteriores se foram resolvendo devidamente, na medida em que é isso que confere ao percurso um significado integrador, e permite ao indivíduo procurar novas formas de estruturar o tempo e poder utilizar a sua sabedoria para viver o resto da vida da melhor forma. Por outro lado, a não resolução das fases anteriores reflecte-se em amargura e desespero, na sensação de que o tempo é demasiado curto para tentar começar uma nova vida e procurar vias alternativas para a integridade (Morais, 2009).

Podemos assim dizer que o envelhecimento é um processo que dura toda uma vida, com início mesmo antes do nascimento, e que se caracteriza por uma grande heterogeneidade entre os indivíduos, com percursos de vida, personalidades, capacidades e objectivos distintos, e cuja vivência do envelhecimento está também dependente dos diversos contextos históricos e culturais em que se inserem, assim como das crenças e expectativas que os mesmos têm acerca da velhice e do envelhecer. A idade de começo da velhice é variável de autor para autor, mas considera-se, geralmente, a partir dos 60/65 anos. Existem alguns indicadores para a velhice: a idade cronológica (referência para a idade da velhice quando não se dispõe de mais nenhum dado), a idade biológica (baseada na degenerescência orgânica que tem impacto na saúde; na mulher, a menopausa é um indicador major da sua idade biológica), a idade funcional (baseada em atributos funcionais identificáveis, como a aparência, o grau de mobilidade, de autonomia e força, por exemplo), e o indicador dinâmico da velhice, segundo o qual a velhice começa dez anos antes do limite de esperança média de vida. É importante também distinguir entre a 3ª (aproximadamente, dos 65 aos 80 anos de idade) e a 4ª idade (a partir dos 80/85 anos), pois podem colocar desafios e formas de intervenção diferentes. Importa também distinguir entre os conceitos de senescência (estudo

fisiológico do envelhecimento, o envelhecimento em si) e senilidade (perda de faculdades mentais graves), algumas vezes confundidos.

Por tudo o que já foi dito anteriormente, vemos como o processo de envelhecimento é preparado ao longo de todo o desenvolvimento e, neste sentido, podemos apontar alguns aspectos importantes que podem influenciar um envelhecer saudável, tais como: manter um corpo saudável e uma imagem corporal saudáveis, construir um contexto familiar íntegro e afectivamente positivo, possuir uma rede de apoio social disponível, segurança económica e manter objectivos de vida. Estes aspectos irão auxiliar a pessoa idosa a enfrentar de uma forma mais positiva os vários desafios que a velhice lhe impõe, entre os quais: a capacidade para reflectir sobre si próprio e sobre o seu percurso de vida, a força de determinação para realizar os objectivos que ainda possui, o ligar-se e desligar-se, de si mesmo, e dos outros significativos, e a capacidade para aceitar a inevitabilidade da morte, podendo despedir-se daqueles que ama (Morais, 2009; Silva, 2005).

3. O fenómeno da viuvez na idade adulta avançada

Como já referido anteriormente, a viuvez é um dos acontecimentos de vida mais stressantes que uma pessoa idosa pode enfrentar (Bennett et al., 2005), associando-se, do ponto de vista psicológico, a elevados níveis de depressão e ansiedade, a curto e a longo prazo, maior solidão e menor bem-estar psicológico.

A viuvez tem sido considerada como um assunto que diz respeito especialmente às mulheres, nomeadamente, às mulheres idosas. Em todos os países ditos desenvolvidos e em quase todos os países em desenvolvimento, as mulheres são mais susceptíveis à viuvez, o que reflecte as taxas de mortalidade mais elevadas dos homens e a tendência para as mulheres casarem com homens um pouco mais velhos. Por outro lado, as mulheres apresentam também maior tendência para permanecer no estado de viuvez do que os homens, que mais facilmente reconstróem a sua vida marital após a perda da esposa. Juntando a estes factos o crescente envelhecimento da população, como já vimos anteriormente, podemos perceber como a viuvez afecta sobretudo, e cada vez mais, os mais velhos.

De acordo com Moss et al. (2007), são ainda insuficientes os estudos que permitam uma compreensão clara da relação entre a morte, o luto e a idade mais avançada. Na mesma linha do referido pelos anteriores autores, Hansson, Remondet e Galusha (1993)

chamam a atenção para a escassez de estudos que explorem os contextos em que a viuvez é experienciada ou a possível influência das mudanças relativas à terceira idade nos recursos de uma pessoa viúva para lidar com a perda. Neste sentido, os mesmos autores apontam algumas razões que justificam a importância e a necessidade de estudar a viuvez na velhice: a) a viuvez ocorre, normalmente, nos períodos etários mais tardios; b) é mais frequente nas mulheres, devido, por um lado à sobremortalidade masculina e, por outro, ao facto de os homens apresentarem maior tendência a voltar a casar após a morte da sua esposa; c) as pessoas viúvas mais velhas são as que têm maior probabilidade de viver sozinhas e com menores rendimentos; d) as pessoas viúvas, especialmente as mulheres, têm ainda muita da sua vida por viver após a morte do cônjuge.

Em qualquer fase da vida, a perda de alguém significativo é sempre um acontecimento difícil, causador de intenso sofrimento. A forma como cada perda é vivida pode ser influenciada por um amplo conjunto de factores, entre os quais, a natureza da relação com a pessoa falecida, as circunstâncias da perda, a existência de vulnerabilidade pessoal prévia e grau de apoio familiar e social (Barbosa, 2006). Na idade adulta avançada, acrescem ainda outros aspectos relacionados com o envelhecimento que podem influenciar a capacidade dos adultos idosos para lidar com o luto. Os processos de envelhecimento normal ditam mudanças significativas no funcionamento fisiológico e funcional dos mais velhos, com o aumento da sua vulnerabilidade física e consequente diminuição da sua capacidade de resposta e recuperação face a doenças traumáticas e/ou crónicas, o que pode ter um impacto na forma como o luto é experienciado nesta fase de vida. Por outro lado, nem sempre os contextos interpessoais na velhice correspondem às necessidades dos mais velhos. Embora existam muitos idosos que têm, efectivamente, redes de suporte social e familiar adequadas e eficazes, muitos outros enfrentam situações de grande isolamento e solidão, o que pode dificultar igualmente a vivência do processo de luto. Verifica-se, também, que os mais idosos apresentam níveis de reactividade emocional mais moderados comparativamente com os mais jovens, expressando um menor número de emoções positivas e negativas (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Lawton et al., 1992, citado por Moss, Moss & Hansson, 2007). Este afrouxamento da responsividade emocional nos mais velhos poderá ter um impacto na intensidade das suas reacções de luto. Adicionalmente, podemos também pensar que as crenças idadistas partilhadas cultural e socialmente, e muitas vezes internalizadas pelos mais velhos, podem influenciar a forma

como estes vivenciam os seus processos de lutos, na medida em que podem conduzir à desvalorização de si mesmos, dos seus sentimentos, prejudicando uma vivência adequada do processo de luto (Moss et al., 2007). Um outro aspecto fundamental que importa ter em consideração na compreensão da vivência do luto nos mais velhos é o facto de a velhice ser um tempo de perdas múltiplas e sequenciais. A pessoa idosa vai vendo partir familiares, amigos, ao mesmo tempo que vai experienciando todas as perdas inerentes ao próprio processo de envelhecimento. À partida, podemos pensar que uma adaptação bem sucedida a perdas passadas poderia conduzir ao desenvolvimento de uma visão do mundo e do *self* facilitadora da adaptação a perdas futuras (Moss et al., 2007). No entanto, nem sempre tal se verifica, pois cada perda tem um significado e impacto único para os indivíduos, além de que esta situação pode conduzir a uma sobrecarga de perdas e a um efeito cumulativo negativo (Barbosa, 2006). Além disso, é também importante ter em consideração que vivenciar a perda de pessoas próximas, nomeadamente, do cônjuge, pode aumentar a consciência da própria mortalidade, conduzindo à angústia existencial e à depressão (Moss et al., 2007; Worden, 1998).

Frequentemente, luto e viuvez surgem na literatura como sinónimos, no entanto, é importante delimitar estes dois conceitos. O luto é definido como uma reacção característica a uma perda significativa, que envolve um conjunto de consequências emocionais, físicas e sociais (Barbosa, 2006); constitui um fenómeno mais global e mais frequente no percurso vivencial da maioria dos indivíduos. É considerado, por muitos autores, como um estado de duração limitada, durante o qual se espera que a pessoa enlutada vá progressivamente aceitando e integrando a perda sofrida, tendo impacto principalmente a nível pessoal. Já a viuvez, além de constituir um luto mais específico e, na maioria dos casos, de frequência única, resultante da perda de um/a companheiro/a de vida, refere-se a um estado com uma duração frequentemente mais alargada e permanente, com consequências e significados pessoais, mas também sociais (Bennett et al., 2005).

Segundo Worden (1998), é importante ter em consideração alguns aspectos específicos na compreensão da viuvez na idade adulta avançada. A morte de um cônjuge na idade adulta avançada implica mais do que a perda de uma pessoa amada. Em grande parte dos casos, existiram casamentos de vários anos, ao longo dos quais se estabeleceram relações profundas, com grande interdependência, quer a nível emocional, quer ao nível dos papéis desempenhados por ambos os parceiros, o que se traduz numa identidade partilhada pelo casal. Assim, a morte de um dos cônjuges significa também a

perda desses papéis, de parte dessa identidade, o que pode tornar a adaptação à perda ainda mais difícil. Por outro lado, muitos viúvos idosos ficam completamente sós após a morte do cônjuge, com pouco ou nenhum suporte familiar ou social, enfrentando fortes sentimentos de solidão e isolamento, podendo agudizar as consequências do luto. Neste sentido, os grupos de apoio a pessoas enlutadas podem ter um papel importante no apoio a idosos viúvos, no sentido de proporcionar uma rede de apoio e combater o isolamento e a solidão. Lund, Diamond e Jurelich (1985) avaliaram o interesse de homens e mulheres viúvos idosos em participar num grupo de apoio. Os que demonstraram maior interesse foram aqueles cujo confidente estava menos disponível do que anteriormente, que apresentavam níveis mais elevados de depressão e menor satisfação com a vida, bem como aqueles que se deram conta que não estavam a lidar bem com a perda. A vontade de participar era também maior nos idosos de 50 a 69 anos do que nas faixas etárias mais velhas.

Foram abordados alguns aspectos gerais relativos à vivência do luto e da viuvez na idade adulta avançada. De seguida, iremos centrar-nos nas diferenças de género existentes na forma como viúvas e viúvos idosos lidam e se adaptam à viuvez.

4. Diferenças de género na vivência psicológica da viuvez na idade adulta avançada - depressão, bem-estar psicológico/satisfação com a vida e mecanismos de defesa

O estudo das diferenças de género nas consequências psicológicas da viuvez tem atraído a atenção de vários investigadores, sobretudo a nível internacional. Como já vimos anteriormente, a viuvez é mais comum nas mulheres do que nos homens, no entanto, ambos os sexos enfrentam diferentes desafios ao lidar com a morte do cônjuge. Vários estudos têm sugerido que a experiência da viuvez, em termos psicológicos, é mais difícil para os homens do que para as mulheres, pelo menos entre as pessoas mais velhas (Lee & DeMaris, 2007).

A viuvez é considerada um importante problema social associado com o envelhecimento, na medida em que se verifica que a sua vivência é frequentemente acompanhada por perturbações emocionais, sintomas físicos, comportamentos de risco, potenciais mudanças residenciais disruptivas e dificuldades económicas, frequentemente desencadeadas pelos custos com os cuidados de saúde, despesas com funeral e pela perda do rendimento do cônjuge (Carr & Bodnar-Deren, 2009).

As dificuldades associadas à viuvez diferem consideravelmente entre homens e mulheres, reflectindo diferenças de género ao nível do emprego, comportamentos de saúde, relações e integração social e poder marital ao longo da vida. A natureza e a magnitude destas diferenças variam através dos diferentes países e contextos culturais, reflectindo as diferenças sociais e económicas proporcionadas às mulheres e homens mais velhos (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Lee & DeMaris, 2007).

A perda de um cônjuge resulta em aumentos substanciais na morbidade e mortalidade em ambos os sexos, no entanto, verifica-se que estes efeitos são relativamente maiores para os homens, principalmente nos primeiros anos após a viuvez (Stroebe et al., 2001). Às consequências psicológicas ditadas pela perda da pessoa amada e pela transição do estado de casado para viúvo, somam-se grandes mudanças nas condições de vida e nos contextos sociais, aumentando os níveis de stress e perturbação emocional, o que tem impacto ao nível da saúde física que, no caso dos mais velhos, já se encontra naturalmente mais fragilizada. Por outro lado, no caso de muitos homens, era muitas vezes a esposa quem monitorizava a sua saúde, pelo que, após a viuvez, com a perda deste controlo, se verifica o início de comportamentos de risco, como o abuso de substâncias, problemas de sono, má alimentação, não adesão à medicação. Talvez por esta razão, os viúvos mais recentes apresentem maior tendência para morrer de acidentes de viação, condições relacionadas com o abuso de álcool, cancro do pulmão e doenças coronárias (Carr & Bodnar-Deren, 2009).

Chen e colaboradores (1999) encontraram diferenças de género significativas nos níveis de luto traumático, depressão e ansiedade e nos seus efeitos subsequentes ao nível da saúde física e mental entre viúvos e viúvas. As viúvas apresentaram, no geral, níveis mais elevados de luto traumático, depressão e ansiedade do que os viúvos, sendo que, níveis mais elevados de luto traumático aos 6 meses após a perda, prediziam a ocorrência de um problema de saúde físico, como cancro ou ataque cardíaco. Relativamente aos viúvos, aqueles que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade aos 6 meses após a perda, revelaram níveis de ideação suicida mais elevados aos 25 meses após a perda. Vemos, assim, que a relação entre género e consequências do luto conjugal pode ser complexa.

As consequências psicológicas da viuvez variam amplamente, em função das características da pessoa enlutada, da pessoa falecida, e da relação que existia entre ambos. O contexto da perda, incluindo o facto de a morte ser súbita e inesperada ou ser o resultado de um longo período de doença e, conseqüentemente, uma morte previsível,

também influencia o forma como o viúvo/a vai viver e lidar com a perda. No estudo realizado por Lee e DeMaris (2007), os níveis de depressão nos viúvos aumentavam algum tempo antes da morte das suas esposas, o que se poderá dever ao efeito do luto antecipatório. No entanto, a investigação quanto ao facto de a morte do parceiro ser inesperada ou previsível acarretar maiores ou menores níveis de stress e depressão para o enlutado, tem sido inconclusiva (Carr, House, Wortman & Kessler, 2001).

A depressão é uma resposta particularmente comum à viuvez, principalmente nos dois primeiros anos após a perda do cônjuge (Stroebe et al., 2001; Umberson et al., 1992). As diferenças de género ao nível da depressão nos idosos viúvos têm sido extensivamente estudadas, no entanto, os resultados permanecem inconclusivos. Vários estudos sugerem que as mulheres viúvas apresentam maior tendência para a depressão do que os viúvos, enquanto outros demonstram que a viuvez tem um efeito mais adverso nos homens do que nas mulheres (Bennett et al., 2005; Lee & DeMaris, 2007; Lee, Willetts, & Seccombe, 1998; Stroebe et al., 2001; Umberson et al., 1992; van Grootheest, Beekman, van Groenou, & Deeg, 1999); outros ainda não encontram diferenças de género nas consequências psicológicas da viuvez (Gallagher, Breckenridge, Thompson, & Peterson, 1983; Lund, Caserta, & Dimond, 1986, citados por Stroebe et al., 2001).

O facto de a depressão, no geral, ser mais comum nas mulheres do que nos homens, é um resultado bem estabelecido na literatura. Estima-se que as mulheres, no geral, apresentem o dobro da probabilidade de sofrer de depressão, comparativamente com os homens (Weissman & Klerman, 1997, citado por van Grootheest et al., 1999). No entanto, a situação parece inverter-se no caso da viuvez, com os viúvos a apresentarem níveis de depressão mais elevados do que as viúvas. Umberson e colaboradores (1992) investigaram as diferenças a longo prazo na vulnerabilidade à depressão entre homens e mulheres viúvos. Quando comparados com congéneres casados, verificou-se que os homens viúvos apresentam níveis significativamente mais elevados de depressão (avaliados através da CES-D) do que as mulheres viúvas. Os autores atribuíram estas diferenças aos diferentes tipos e graus de dificuldade que a viuvez implica para homens e mulheres idosos. Após a viuvez, a maior fonte de vulnerabilidade para as mulheres são as dificuldades económicas, enquanto para os homens o maior impacto é a redução ao nível da interação social e do suporte social, bem como a necessidade de apoio ao nível da protecção da saúde e da realização das tarefas domésticas.

O mesmo padrão de resultados foi encontrado por Lee e colaboradores (1998). Segundo estes autores, a viuvez tem um efeito mais adverso na saúde dos homens do que na das mulheres, o que contribui para um aumento da depressão. O tempo de viuvez constitui também uma variável importante a ter em consideração, no sentido em que se encontra negativamente relacionada com a depressão nas mulheres, mas não entre os homens. Ou seja, o tempo de viuvez modera mais os efeitos da viuvez nas mulheres do que nos homens. Este facto pode ser melhor compreendido se tivermos em conta que os homens apresentam tempos de viuvez mais curtos comparativamente com as mulheres, que apresentam frequentemente tempos de viuvez mais longos.

Também van Grootheest e colaboradores (1999) conduziram um estudo que confirmou que a viuvez se encontra associada com elevados níveis de sintomatologia depressiva (também avaliados através da CES-D). Esta associação é mais forte para os homens do que para as mulheres e é mediada por diferentes tipos de stressores ambientais para as viúvas (e.g., tamanho da rede social) e para os viúvos (e.g., apoio emocional recebido).

Alguns estudos têm defendido que as viúvas apresentam níveis de depressão mais elevados após a viuvez do que os viúvos (Carey, 1977; Gilbar & Dagan, 1995, citados por Stroebe et al., 2001). No entanto, a grande maioria destes estudos não inclui grupos de controlo, pelo que as diferenças de género gerais existentes ao nível da depressão são provavelmente confundidas com os efeitos específicos do luto. Outros estudos têm demonstrado a existência de níveis semelhantes de perturbação psicológica entre viúvos e viúvas (Feinson, 1986; Gallagher et al., 1983; Lund, Caserta & Dimond, 1986; Weisman & Klerman, 1977, citados por Stroebe et al., 2001).

Lee e DeMaris (2007) chamam a atenção para as diferenças entre os resultados obtidos através de estudos transversais e longitudinais, no âmbito das diferenças de género, nas consequências psicológicas da viuvez na idade adulta avançada. Os estudos transversais avaliam os efeitos da viuvez através da comparação de viúvos e viúvas com os seus congéneres casados nas variáveis estudadas. No entanto, os efeitos da viuvez são condicionados pelo tempo após a perda. Neste sentido, a forma mais adequada de avaliar estes efeitos poderá ser através de estudos longitudinais, os quais permitem várias avaliações dos mesmos indivíduos antes e após a perda. Verifica-se que, no geral, os estudos longitudinais ou não têm encontrado diferenças de género nas consequências psicológicas da viuvez, ou têm sugerido que as mulheres são mais negativamente afectadas. Pelo contrário, segundo estes autores, a maioria dos estudos transversais tem

sugerido a existência de diferenças de género, nomeadamente, de efeitos mais negativos para os homens viúvos. Estas diferenças parecem dever-se, sobretudo, ao facto de os estudos transversais permitirem a inclusão de viúvos com um tempo de viuvez mais longo, ao passo que os estudos longitudinais normalmente avaliam os indivíduos apenas até alguns anos após a viuvez. Tendo em conta as evidências de que os efeitos da viuvez atenuam com o tempo, principalmente, no caso das mulheres, os estudos transversais podem permitir avaliar diferenças de género que apenas emergem passado alguns anos após a viuvez.

Considerando ainda a importância dos aspectos metodológicos no estudo das diferenças de género nas consequências psicológicas da viuvez, Carr e Bodnar-Deren (2009) reforçam a importância de uma avaliação multidimensional da adaptação dos adultos idosos à perda do cônjuge. Esta avaliação deve incluir um amplo conjunto de variáveis sociais, económicas e comportamentais, incluindo: a participação e envolvimento social, o grau de apoio social recebido e percebido, aspectos relacionados com a saúde física, estratégias para lidar com as actividades diárias e o crescimento pessoal em face da perda. De acordo com estes autores, verifica-se que as investigações nesta área se têm centrado, sobretudo, na avaliação das consequências psicológicas negativas da viuvez. No entanto, seria também importante investigar as potenciais consequências psicológicas positivas associadas à perda, tais como, a resiliência psicológica e o crescimento pessoal e pós-traumático. Hansson e colaboradores (1993) apresentam uma conceptualização positiva do processo de viuvez. Encarando o desenvolvimento numa perspectiva de ciclo de vida segundo a qual a adaptação e o crescimento são possíveis em qualquer fase de vida, mesmo nos últimos anos, estes autores defendem que a viuvez pode permitir aos viúvos olhar para o futuro de uma outra forma. Os viúvos podem planear e investir no seu futuro, assumindo o controlo individual das suas opções de vida, podendo olhar o tempo de uma forma mais ampla e mais alargada, podendo, assim, reconstruir as suas vidas após a morte do cônjuge. Também Dutton e Zissok (2005) defendem que, apesar de o luto conjugal constituir um difícil acontecimento de vida, normalmente acompanhado de dificuldades a nível emocional, físico e social, muitos viúvos e viúvas são capazes de atribuir um significado a essa perda, lidando com os seus sentimentos de uma forma adaptativa, mantendo a sua estabilidade emocional, desenvolvendo novas aprendizagens e actividades, desenvolvendo novas relações de amizade e românticas e, acima de tudo, redefinindo a

sua identidade pessoal. A viuvez pode tornar-se, assim, um lugar de crescimento e resiliência.

Como já referido anteriormente, vários estudos têm evidenciado que entre os viúvos idosos existem níveis de bem-estar psicológico subjectivo e de satisfação com a vida inferiores aos dos seus congéneres casados (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Gove & Shin, 1989, Lee et al., 1998; Stroebe & Stroebe, 2001, Umberson et al., 1992). Este facto parece relacionar-se com as consequências da vivência de um processo de luto em face da perda de uma figura de vinculação significativa, bem como com todos os factores stressores associados à viuvez, já referidos anteriormente. No entanto, verifica-se também que algumas viúvas podem apresentar aumentos no seu bem-estar após a morte do cônjuge; este facto pode associar-se à diminuição de certas dificuldades após a viuvez, nomeadamente, a prestação de cuidados a um cônjuge doente (Bonanno et al., 2002, citado por Hahn et al., 2011).

4.1. Satisfação com a Vida nos idosos – Modelo de Lawton

O bem-estar psicológico e a satisfação com a vida têm sido entendidos no âmbito de abordagens interaccionistas, enfatizando assim o papel da interacção dinâmica entre indivíduo e meio na compreensão destes conceitos. Vamos centrar-nos no Modelo de Lawton, uma vez que um dos instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação foi a adaptação portuguesa da sua escala de avaliação do bem-estar psicológico/satisfação com a vida, a “*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*”. Segundo Lawton e colaboradores (1984), o bem-estar subjectivo compreende quatro grandes dimensões da existência humana: a competência comportamental, a qualidade de vida percebida, o bem-estar psicológico e o ambiente objectivo. A estas dimensões junta-se ainda uma dimensão intrapessoal, correspondente ao *self* ou personalidade. O bem-estar psicológico e a qualidade de vida percebida consistem em avaliações que se referem à qualidade da experiência interna, ao passo que o ambiente objectivo e as competências comportamentais constituem aspectos externos observáveis pelos outros. Relativamente à qualidade de vida percebida, esta refere-se ao conjunto de avaliações que os indivíduos fazem dos domínios mais importantes da sua vida, como a família, os amigos, o nível de vida, os tempos livres, residência e a saúde. Já o bem-estar psicológico é relativo ao estado interno de cada um, nas vertentes cognitiva e afectiva, referindo-se a um sentido geral de satisfação e saúde mental positiva,

geralmente considerada o melhor indicador da auto-estima e da força do ego (Paúl, 1992). Compreende as seguintes dimensões: afecto negativo, a congruência entre as aspirações e as realizações, o afecto positivo e a felicidade.

O modelo ecológico defendido por Lawton considera o comportamento num dado contexto, sendo que o desempenho de cada indivíduo deve ser entendido como resultado de uma interacção entre o indivíduo e o meio, em que a força relativa da pessoa e do meio variam, havendo competências comportamentais mais determinadas internamente e outras mais determinadas pelo exterior. Verifica-se também que os indicadores de bem-estar psicológico interno e externo constituem grupos distintos, em que o último apresenta uma forte ligação aos comportamentos sociais e à qualidade de vida percebida.

Para Lawton e colaboradores (1984), os acontecimentos de vida inserem-se na dimensão do ambiente objectivo, muito embora haja acontecimentos para os quais a pessoa contribui ou provoca na interacção com o meio. Os acontecimentos negativos atingem mais profundamente o interior psicológico da pessoa do que os acontecimentos positivos, sendo também mais fácil prever os seus efeitos adversos, a curto e a longo prazo. O facto de os acontecimentos serem causados a partir do exterior faz com que, mesmo sendo positivos, possam ser associados com afectos negativos. Já no caso dos acontecimentos causados pelo próprio, podem promover um sentido de controlo, uma expressão da competência comportamental. Lawton investigou também a relação entre personalidade e bem-estar psicológico, recolhendo algumas evidências de que certas dimensões da personalidade (e.g., extroversão/introversão, neuroticismo) podem influenciar uma satisfação com a vida mais positiva ou negativa (Paúl, 1992).

Paúl (1992) refere que nos idosos parece haver menos acontecimentos de mudança de vida, menor extroversão, uma rede social mais pequena, uma menor competência comportamental e de algumas competências cognitivas, e menor participação nas actividades. Além disso, o afecto positivo e o negativo são mais baixos mas, por outro lado, a qualidade de vida percebida, em muitos domínios da interacção social, é maior. No entanto, não se verificam padrões causais diferentes conforme as idades, ainda que se verifiquem algumas diferenças no nível de bem-estar referido.

4.2. Mecanismos de Defesa nos Idosos

A forma como os viúvos e as viúvas enfrentam e lidam com a perda dos seus cônjuges, assim como com os desafios e dificuldades que advêm desse acontecimento, constitui um aspecto importante a ser considerado no sentido de uma melhor compreensão da adaptação dos mais velhos à viuvez. A maioria das investigações neste âmbito tem-se focado, sobretudo, no estudo dos mecanismos de *coping* utilizados por viúvos e viúvas, não tendo sido possível encontrar estudos semelhantes em relação aos mecanismos de defesa. No entanto, estudos que investigam as diferenças de idade e de género no uso de mecanismos de defesa (e.g., Diehl et al., 1996; Segal et al., 2007; Whitty, 2003) podem fornecer-nos algumas informações importantes neste sentido.

Segundo Vaillant (1994) os mecanismos de defesa constituem processos psicológicos dinâmicos, inatos e involuntários, que permitem ao sujeito lidar com a realidade, reduzindo a sua dissonância cognitiva e minimizando o impacto de mudanças súbitas, tanto no seu mundo interno como externo, através da alteração da forma como esses eventos são percebidos. Segundo o autor, tais mecanismos de defesa podem alterar a percepção do indivíduo em relação a si próprio (*self*), ao outro (objecto), às suas ideias e aos seus sentimentos. Freud e Ana Freud (A. Freud, 1937, citado por Vaillant, 1994), pioneiros na teorização sobre os mecanismos de defesa, apontaram cinco propriedades importantes dos mecanismos de defesa: 1) os mecanismos de defesa são as principais formas de gestão do conflito e do afecto; 2) são relativamente inconscientes; 3) são distintos entre si; 4) apesar de estarem significativamente associados à presença de psicopatologia, são reversíveis; 5) podem ser tanto adaptativos como patológicos.

O estudo dos mecanismos de defesa permite-nos perceber que não são tanto os acontecimentos de vida stressantes em si mesmos que conduzem à psicopatologia, mas a resposta que cada indivíduo tem perante eles, sendo essa resposta mediada quer por estratégias conscientes, como os mecanismos de *coping*, quer por estratégias mais inconscientes, como os mecanismos de defesa. Considerando o fenómeno da viuvez, que é, como já vimos anteriormente, um dos acontecimentos de vida mais stressantes que as pessoas idosas podem enfrentar, implicando não só a perda de uma pessoa significativa, como também todos os factores stressores que dela advêm, percebemos como o estudo dos mecanismos de defesa utilizados por viúvas e viúvos idosos se

revela pertinente e necessário, no sentido de uma melhor compreensão da adaptação à viuvez.

Vaillant (1994) defende a existência de mudanças no uso dos mecanismos de defesa ao longo do curso de vida, sugerindo uma hierarquia desenvolvimental das defesas, desde os mecanismos psicóticos, como a negação ou a projecção, até aos mecanismos maduros, como a sublimação, o humor e o altruísmo. Além disso, segundo o mesmo autor, verifica-se, à medida que os indivíduos envelhecem, um decréscimo na utilização de defesas imaturas e neuróticas e um aumento da utilização de mecanismos de defesa mais maduros. No entanto, isto não significa que todos os indivíduos mais velhos utilizem apenas defesas maduras, podendo utilizar também defesas imaturas e neuróticas. Vários estudos têm corroborado esta evidência. Diehl e colaboradores (1996) verificaram que os mais velhos apresentam um maior uso de defesas que expressam um maior controlo dos impulsos, bem como a tendência para avaliar de forma mais positiva situações de conflito do que os mais jovens. Já Segal e colaboradores (2007) não encontraram diferenças etárias na utilização de mecanismos de defesa adaptativos, sugerindo a existência de uma estabilidade no uso destas defesas ao longo da vida. Isto não implica que os indivíduos não possam mudar os mecanismos de defesa que utilizam, no entanto, as estratégias defensivas desenvolvidas precocemente são preferencialmente mantidas.

Alguns estudos têm também evidenciado a existência de diferenças de género no uso de mecanismos de defesa e mecanismos de *coping*, contudo, o como e o porquê dessas diferenças ainda é um assunto que continua a ser debatido (Whitty, 2003; Petraglia et al., 2009). Segundo Cramer (1987, citado por Petraglia et al., 2009), as diferenças de género ao nível dos mecanismos de defesa são mais evidentes nas idades mais jovens, com os homens a utilizar mais defesas externalizadas, como a Projecção, e as mulheres a utilizar defesas mais internalizadas, como a Negação e a Identificação. Num estudo realizado por Diehl e colaboradores (1996), as mulheres apresentaram uma utilização mais elevada de mecanismos de defesa mais maduros, internalizados e auto-punitivos, ao passo que os homens utilizaram significativamente mais mecanismos de defesa externalizadas, como a Projecção e Formação Reactiva.

No que diz respeito a defesas utilizadas por pessoas viúvas ao lidar com a morte do seu cônjuge, Lopata (1981) verificou que as pessoas viúvas, principalmente as mulheres, apresentam muitas vezes uma forma enviesada de recordar o cônjuge falecido, lembrando-se mais frequentemente de aspectos positivos, quando o descrevem, de tal

forma que, por vezes, essa recordação se assemelha a um processo de “santificação”, o qual parece representar uma forma de defesa e adaptação para a viúva, promovendo a sua auto-estima e a eliminação de memórias desagradáveis.

Tendo como ponto de partida todas as evidências apresentadas no seguimento deste enquadramento teórico, o presente estudo procura explorar as diferenças existentes entre viúvas e viúvos de idade avançada ao nível dos sintomas depressivos experienciados, do nível de satisfação com a vida apresentado, dos mecanismos de defesa utilizados, bem como perceber as relações destas variáveis entre si, avaliando ainda a influência de algumas variáveis sócio-demográficas e psicossociais potencialmente relevantes nos resultados obtidos.

Objectivos e Hipóteses

Apresentam-se de seguida os objectivos e hipóteses colocadas no presente estudo.

Objectivo Geral 1: Explorar as diferenças de género nos níveis de depressão, mecanismos/factores de defesa utilizados e no grau de satisfação com a vida entre homens e mulheres viúvos de idade avançada.

- *Objectivo específico 1:* Verificar se existem diferenças nos níveis de depressão entre idosas viúvas e idosos viúvos.
- *Objectivo específico 2:* Verificar se existem diferenças nos mecanismos/factores de defesa utilizados por idosas viúvas e idosos viúvos;
- *Objectivo específico 3:* Verificar se existem diferenças no grau de satisfação com a vida entre idosas viúvas e idosos viúvos;

Hipótese 1: Espera-se que os idosos viúvos apresentem níveis de depressão mais elevados do que as idosas viúvas.

Hipótese 2: Espera-se que viúvas e viúvos utilizem diferentes mecanismos/factores de defesa.

Hipótese 3: Espera-se que viúvos e viúvas apresentem diferentes graus de satisfação com a vida

Objectivo Geral 2: Comparar os níveis de depressão, mecanismos/factores de defesa utilizados e o grau de satisfação com a vida entre idosos (as) viúvos (as) e idosos (as) casados (as) de idade avançada.

- *Objectivo específico 1:* Verificar se existem diferenças nos níveis de depressão entre idosas viúvas e idosas casadas e entre idosos viúvos e idosos casados.
- *Objectivo específico 2:* Verificar se existem diferenças nos mecanismos/factores de defesa utilizados por idosas viúvas e idosas casadas e por idosos viúvos e idosos casados.
- *Objectivo específico 3:* Verificar se existem diferenças no grau de satisfação com a vida entre idosas viúvas e idosas casadas e idosos viúvos e idosos casados.

Hipótese 4: Espera-se que as viúvas e os viúvos apresentem níveis de depressão mais elevados do que os seus congéneres casados.

Hipótese 5: Espera-se que as viúvas e os viúvos utilizem mecanismos/factores de defesa diferentes dos seus congéneres casados.

Hipótese 6: Espera-se que as viúvas e os viúvos apresentem menor satisfação com a vida do que os seus congéneres casados.

Objectivo Geral 3: Comparar os níveis de depressão, mecanismos/factores de defesa utilizados e o grau de satisfação com a vida entre mulheres e homens adultos de idade avançada.

- *Objectivo específico 1:* Verificar se existem diferenças nos níveis de depressão, nos mecanismos/factores de defesa utilizados e no grau de satisfação com a vida entre homens e mulheres de idade avançada.

Hipótese 7: Espera-se que as mulheres idosas apresentem níveis de depressão mais elevados do que os homens.

Hipótese 8: Espera-se que homens e mulheres utilizem diferentes mecanismos de defesa.

Hipótese 9: Espera-se que homens e mulheres apresentem diferentes graus de satisfação com a vida.

Objectivo Geral 4: Comparar os níveis de depressão, os mecanismos/factores de defesa utilizados e o grau de satisfação com a vida tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e psicossociais: Idade, Tem filhos, Satisfação com o agregado familiar, Apoio de familiares, Satisfação com a situação económica, grau de Contacto e Qualidade das relações familiares e de amizade, Tem confidente, Crenças e práticas religiosas, Classificação da saúde actual, comparada com há um ano e comparada com outros, Satisfação com o casamento, Adaptação à viuvez e Tempo de viuvez, em viúvos e viúvas.

Hipótese 10: Espera-se que as variáveis psicossociais consideradas interfiram nos níveis de depressão, no tipo de mecanismos e factores gerais de defesa utilizados, bem como no grau de satisfação com a vida, nos viúvos e nas viúvas.

Objectivo Geral 5: Explorar as relações entre as variáveis Satisfação com a Vida, Índice de Depressão e Mecanismos/Factores de Defesa numa amostra de idosos viúvos de ambos os sexos.

Hipótese 11: Espera-se que níveis mais elevados de depressão se associem a menor satisfação com a vida, maior Solidão/Insatisfação e maior Agitação.

Hipótese 12: Espera-se que uma maior satisfação com a vida se associe à utilização de mecanismos de defesa mais maduros.

Hipótese 13: Espera-se que níveis mais elevados de depressão se associem à utilização de mecanismos de defesa mais imaturos.

Objectivo Geral 6: Explorar a relação entre as variáveis Satisfação com a Vida, Índice de Depressão, Mecanismos/Factores de Defesa e as variáveis Tempo de Viuvez, e Tem um confidente numa amostra de idosos viúvos de ambos os sexos.

Hipótese 14: Espera-se que quanto menor for o tempo de viuvez, mais elevados sejam os níveis de depressão.

Hipótese 15: Espera-se que a existência de um confidente se relacione com níveis de depressão mais baixos, em ambos os sexos.

Objectivo Geral 7: Explorar, de forma qualitativa, as consequências positivas e negativas da viuvez apontadas por viúvos e viúvas, através da análise das suas respostas às questões “*Quais as maiores dificuldades que sente/sentiu que a viuvez lhe trouxe?*” e “*Consegue apontar algum (uns) aspecto (os) positivo (s) da viuvez?*”, presentes no *Questionário Sócio-Demográfico*.

Método

Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 68 participantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos ($M= 71,31$; $DP= 8,23$), sendo a maioria residente no Distrito de Lisboa. A amostra foi recolhida em Universidades ditas para a Terceira Idade, através do efeito “Bola de Neve”. Os participantes não possuíam patologia diagnosticada nem condições de saúde incapacitantes, encontrando-se integrados na comunidade.

Nos Quadros 1 e 2 apresentam-se, respectivamente, alguns dados sócio-demográficos e psicossociais da amostra recolhida.

Quadro 1

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

	Frequências	Percentagens
Sexo		
Feminino	48	70.6%
Masculino	20	29.4%
Idade		
60-64	18	26.5%
65-71	16	23.5%
72-77	17	25.0%
78-94	17	25.0%
Estado Civil		
Solteiro	1	1.5%
Casado	27	39.0%

Viúvo	38	55.9%
Divorciado	2	2.9%
Escolaridade		
Ausência de escolaridade	4	5.9%
Primário incompleto	15	22.1%
Primário completo	17	25.0%
Secundário incompleto	4	5.9%
Secundário completo	13	19.1%
Curso médio	8	11.8%
Curso superior	7	10.3%
Vida Profissional		
Aposentado	58	85.3%
Nunca trabalhou	1	1.5%
Ainda a trabalhar	9	13.2%
Tem filhos		
Sim	57	83.8%
Não	11	16.2%
Com quem vive		
Sozinho	26	38.2%
Marido/Mulher	27	39.7%
Filhos	9	13.2%
Outros familiares/Amigos	6	8.8%

Nota: N=68

Quadro 2
Características Psicossociais da amostra total (Frequências e Percentagens)

	Frequências	Percentagens
Participação em Actividades		
Centrada na vida doméstica/familiar	32	47.1%
Centro de dia	2	2.9%
Universidade 3ª Idade	26	38.2%
Grupos Recreativos Igreja	3	4.4%
Centradas nos amigos	2	2.9%
Outro	3	4.4%
Crenças e práticas religiosas		
Sem crença	5	7.4%
Com crença e sem prática	25	36.8%
Com crença e prática privada	12	17.6%
Com crença e prática pública	26	38.2%
Apoio Familiares		
Sim	53	77.9%
Não	15	22.1%
Tem Confidente		
Sim	33	48.5%
Não	35	51.5%

Nota: N=68

Tentou-se também perceber a situação dos participantes relativamente a outras variáveis psicossociais consideradas importantes para os objectivos do estudo, tais como: Satisfação com o agregado familiar, Satisfação com a situação económica actual, o Grau e Qualidade do contacto com familiares e amigos, a Classificação do estado de saúde actual, comparado com o ano anterior e com outras pessoas do mesmo sexo e idade, bem como o grau de Satisfação com o casamento que teve/tem e a Avaliação da Adaptação à Viuvez. Estes resultados serão apresentados mais adiante, quando forem abordados os Resultados.

Instrumentos

Avaliação Sócio-demográfica

De forma a recolher informação sócio-demográfica relevante para caracterizar a amostra em estudo, foi construído, especificamente para esta investigação, um *Questionário Sócio-Demográfico* (ver Anexo I). Este instrumento permitiu a avaliação de um conjunto de variáveis sócio-demográficas e psicossociais potencialmente relevantes na caracterização da amostra e na compreensão dos resultados obtidos. Este questionário possui também duas questões de resposta aberta, destinadas apenas aos participantes viúvos, de forma a avaliar a sua percepção relativamente às maiores dificuldades sentidas na sua vivência do processo de viuvez, bem como eventuais aspectos positivos do mesmo (“*Quais as maiores dificuldades que sente/sentiu que a viuvez lhe trouxe?*” e “*Consegue apontar algum (uns) aspecto (os) positivo (s) da viuvez?*”).

Avaliação do Nível de Depressão

O instrumento utilizado para avaliar o nível de depressão foi a versão portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004). Esta escala, que se baseia numa perspectiva dimensional das perturbações depressivas, avalia o nível actual de sintomatologia depressiva, com ênfase na componente afectiva (humor depressivo), e pode ser utilizada quer na população geral quer na clínica. É uma escala de auto-relato, composta por 20 itens que representam os principais aspectos da sintomatologia depressiva: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e desespero,

lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono (Gonçalves & Fagulha, 2006).

A resposta a cada item é dada numa escala de quatro pontos, correspondente à avaliação que o sujeito faz da frequência do sintoma durante a última semana (Nunca ou muito raramente, Ocasionalmente, Com alguma frequência, Com muita frequência ou sempre). O resultado total pode variar entre 0 e 60, sendo que resultados mais elevados indicam a presença de um maior número de sintomas depressivos.

Esta escala possui boas propriedades psicométricas (α de Cronbach = 0.89) e a formulação dos itens, assim como o tipo de resposta, facilitam a sua aplicação a pessoas com níveis de instrução mais baixos.

Avaliação dos Mecanismos de Defesa

Os Mecanismos de Defesa foram avaliados através do *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh, & Bond, 1993), versão reduzida composta por 40 itens do original *Defense Style Questionnaire-88* (Bond & Wesley, 1996) e adaptada à população portuguesa por Henriques-Calado e Duarte-Silva (2008).

Este questionário é uma medida de auto-relato que avalia derivados conscientes do funcionamento defensivo, elicitando a manifestação do estilo defensivo característico de um indivíduo, seja consciente ou inconsciente, perante uma situação de conflito, assumindo que os indivíduos têm a capacidade de comentar o seu próprio comportamento (Bond & Wesley, 1996).

O DSQ-40 avalia um total de vinte mecanismos de defesa, havendo dois itens para cada um desses mecanismos. A análise factorial demonstrou a existência de três factores/estilos de defesa: Factor Maturidade, Factor Neurótico e Factor Imaturidade. O Factor Imaturidade é composto por doze mecanismos de defesa (Projeção – itens 6 e 29; Passivo-Agressivo – itens 23 e 26; *Acting-out* – itens 11 e 20; Isolamento – itens 34 e 37; Desvalorização – itens 10 e 13; Fantasia Autística – itens 14 e 17; Negação – itens 8 e 18; Deslocamento – itens 31 e 33; Dissociação – itens 9 e 15; Clivagem – itens 19 e 22; Racionalização – itens 4 e 16; Somatização – itens 12 e 27). O Factor Neurótico é constituído por quatro mecanismos de defesa (*Undoing* – itens 32 e 40; Pseudo-Altruísmo – itens 1 e 39; Idealização – itens 21 e 24; Formação Reactiva – itens 7 e 28). Por último, o Factor Maturidade é composto por quatro mecanismos de defesa (Sublimação – itens 3 e 38; Humor – itens 5 e 26; Antecipação – itens 30 e 35; Recalcamento – itens 2 e 25). A resposta aos itens é dada numa escala do tipo Lickert,

através da atribuição de uma pontuação variável entre um e nove pontos (1 – Discordo totalmente; 9 – Concordo totalmente). Este questionário permite a análise dos resultados individuais dos vinte mecanismos de defesa, assim como dos resultados individuais relativos aos três factores. Desta forma, pontuações compreendidas entre um e quatro pontos dão indicação de uma utilização reduzida do mecanismo de defesa em causa. Uma pontuação de cinco pontos indica uma utilização regular do mecanismo de defesa e uma pontuação entre seis e nove pontos uma utilização elevada do mesmo.

Os resultados individuais dos mecanismos de defesa calculam-se através da média entre as pontuações obtidas nos dois itens que o constituem e os resultados para cada um dos factores resultam da média de todos os mecanismos de defesa a ele correspondentes.

O *Questionário do Estilo de Defesa-40* demonstrou boas propriedades psicométricas numa investigação realizada também com uma amostra de adultos de idade adulta avançada (Couto, 2012), apresentando valores de consistência interna de 0.82 para o factor Imaturidade, 0.70 para o factor Neurótico e 0.61 para o factor Maturidade; tal resultado dá-nos indicação de que a consistência interna deste instrumento é suficientemente adequada para o cumprimento dos objectivos do presente estudo.

Avaliação da Satisfação com a Vida

A satisfação com a vida foi avaliada através da adaptação portuguesa da *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS)* (Lawton, 1975; Paúl, 1992). Esta escala foi desenvolvida com o objectivo de avaliar o bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas mais idosas ou com baixos níveis de instrução, baseando-se numa perspectiva multidimensional. É constituída por 14 itens dicotómicos, de aplicação fácil e rápida, repartidos por três factores principais: Solidão/Insatisfação, Atitudes face ao Próprio Envelhecimento e Agitação.

O factor Solidão/Insatisfação - composto pelos itens 3, 5, 13 e 14 – corresponde a uma avaliação subjectiva que a pessoa idosa faz do seu ambiente e do apoio recebido pela sua rede social, da qual pode resultar um sentimento de aceitação ou insatisfação. O factor Atitudes face ao próprio envelhecimento – constituído pelos itens 8, 9, 10, 11 e 12 - reflecte um balanço entre a vida passada e a presente, expressando-se em atitudes mais negativas ou mais positivas face ao próprio processo de envelhecimento. O factor

Agitação – composto pelos itens 1, 2, 4, 6 e 7 – corresponde a manifestações de ansiedade da pessoa idosa, ou à sua ausência.

Relativamente à cotação deste instrumento, cada resposta que indica ânimo elevado é cotada com um ponto. Desta forma temos: itens 1-8, 10, 13 – “Não” corresponde a 1; itens 9, 11, 12, 14 – “Sim” corresponde a 1. O resultado total para cada indivíduo é dado pela soma das respostas que indicam ânimo elevado. O resultado para cada factor é dado pela soma das respostas que indicam ânimo elevado nos itens que os constituem. Desta forma, *scores* mais elevados significam maior satisfação com a vida, atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento, menor solidão/insatisfação e menor agitação. No estudo de adaptação da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia de Lawton a Portugal, verificou-se que esta possui boas propriedades psicométricas ($\alpha_{\text{Solidão/Insatisfação}}=.75$, $\alpha_{\text{Atitudes face próprio envelhecimento}}=.71$, $\alpha_{\text{Agitação}}=.71$) (Paúl, 1992).

Como já foi referido anteriormente, o presente estudo integra uma investigação mais abrangente relacionada com o estudo do processo de envelhecimento em geral, no âmbito do qual se está também a proceder ao estudo dos instrumentos de avaliação utilizados na presente investigação. Por essa razão, e tendo em conta a pequena dimensão da amostra recolhida (N=68), o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados no presente estudo será realizada apenas no âmbito do estudo mais amplo, com uma amostra de maiores dimensões.

Procedimento Geral

A amostra do presente estudo foi recolhida entre Março e Julho de 2012, em Universidades ditas para a Terceira Idade (Universidade Internacional para a Terceira Idade, Academia Sénior dos Olivais, Associação Cultural e Social de Sêniores de Lisboa), através do efeito “Bola de neve”, como já foi referido, possibilitando assim o acesso a um maior número de sujeitos.

A amostra recolhida procurou contemplar participantes voluntários residentes em diferentes zonas geográficas (e.g.: Concelhos de Lisboa, Sintra, Cascais, Vila Franca de Xira, Ferreira do Zêzere). Nenhum dos participantes se encontrava, à data da aplicação, institucionalizado.

No caso das Universidades ditas para a Terceira Idade foi previamente solicitada autorização junto dos responsáveis pelas mesmas, para distribuição e aplicação dos questionários aos alunos, tendo sido explicados os objectivos do estudo, salientando a

questão da confidencialidade (ver Carta de Pedido de Autorização, em Anexo II) . Em cada instituição foram distribuídos vários conjuntos de questionários (colocados no interior de um envelope, de forma a salvaguardar a confidencialidade das respostas), contendo cada um deles um exemplar da folha de Consentimento Informado (ver Anexo III) e um exemplar de cada questionário. Os alunos preencheram os questionários, autonomamente, tendo a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas junto do investigador.

No caso dos participantes recolhidos através do efeito “Bola de Neve”, a aplicação dos instrumentos foi realizada segundo uma de duas alternativas: em regime de auto-aplicação ou de aplicação por parte do investigador. Foi também entregue a cada participante uma folha de Consentimento Informado e um exemplar de cada questionário, posteriormente colocados no interior de um envelope e selados, de forma a salvaguardar a sua confidencialidade. Na aplicação realizada pelo investigador, sempre que os participantes manifestaram alguma dificuldade de compreensão, o investigador relia as instruções de cada instrumento, as questões e opções de resposta, registando de seguida a resposta do participante.

Procedimento Estatístico

No presente estudo a análise dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 19*.

Tendo em conta os objectivos do estudo, utilizaram-se três procedimentos estatísticos principais para o tratamento dos dados: estatística descritiva, comparação de grupos (teste paramétrico: Teste *t de Student*; testes não paramétricos: *Teste de Mann-Whitney U* e *Teste de Kruskal-Wallis*) e análise de correlação bivariada.

Através da estatística descritiva procurou-se caracterizar os dados sócio-demográficos e psicossociais dos participantes do estudo e os resultados obtidos com a aplicação dos três instrumentos utilizados (*PGCMS*, *CES-D* e *DSQ-40*), através do cálculo de frequências e percentagens, e determinação da média e desvio-padrão, consoante o tipo de variáveis em causa.

Na comparação de grupos (e.g., viúvas/viúvos; viúvos(as)/casados(as); homens/mulheres) foram utilizados principalmente testes não paramétricos, devido ao facto de não se verificarem os pressupostos da Normalidade e Homogeneidade de Variâncias na maioria dos casos, bem como ao facto de o número de sujeitos em cada subgrupo ser muito pequeno. Foi utilizado o teste de *Mann-Whitney U* para comparação

de dois grupos independentes e o teste de *Kruskal-Wallis* para comparação de mais de dois grupos independentes.

A análise da correlação bivariada foi utilizada com o intuito de explorar as relações entre as variáveis estudadas (Índice de Depressão, Satisfação com a Vida, Mecanismos/Estilos de Defesa), bem com as relações existentes entre estas variáveis e as variáveis Tempo de Viuvez e Tem um confidente, na submostra de idosos viúvos. A opção foi o coeficiente de Spearman.

Resultados

1. Comparação dos Níveis de Depressão, Satisfação com a Vida e Mecanismos/Factores de Defesa entre viúvos e viúvas

Tendo em consideração a primeira hipótese, procedeu-se à comparação da variável Índice de Depressão entre viúvos e viúvas. Dado que esta variável não apresenta uma distribuição normal no grupos dos viúvos, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney U* para amostras independentes.

Verificou-se que as viúvas apresentam níveis de depressão mais elevados (M=21.94; Mdn=20.00) do que os viúvos (M=18.17; Mdn=23.00). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa, $U=78.00$, $z= -0.722$, $p >.05$, $r= -0.12$. Temos, assim, que a hipótese 1 não é confirmada.

Quadro 3

Índice de Depressão em viúvas e viúvos – Média das ordens, Mediana (Mdn), Valor U e valor p

Índice de Depressão	Viúvas		Viúvos		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
	20.06	20.00	16.50	23.00	78.00	>.05

Nota: $N_{\text{viúvas}}=32$; $N_{\text{viúvos}}=6$

Em relação à segunda hipótese procedeu-se, do mesmo modo, à comparação das variáveis mecanismos/factores de defesa utilizados por viúvos e viúvas. Optou-se, mais uma vez, pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* para amostras independentes.

Verifica-se que as viúvas apresentam resultados mais elevados nos três factores de defesa comparativamente com os viúvos, no entanto, nenhuma destas diferenças se

revela significativa. Da mesma forma, os viúvos apresentam resultados mais elevados nos mecanismos Pseudo-Altruísmo, Isolamento e Desvalorização, apresentando as viúvas uma utilização mais elevada dos restantes mecanismos. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que a segunda hipótese não é confirmada (Quadro 4).

Quadro 4
Mecanismos e factores de defesa em viúvas e viúvos –
Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p

Mecanismo/Factor de defesa	Viúvas		Viúvos		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Factor Maturidade	20.56	6.13	13.83	4.81	62.00	>.05
Sublimação	20.55	7.75	13.92	5.75	62.50	>.05
Humor	20.06	5.00	16.50	4.25	78.00	>.05
Antecipação	20.80	6.50	12.58	4.25	54.50	>.05
Supressão	19.84	5.50	17.67	4.75	85.00	>.05
Factor Neurótico	20.41	5.63	14.67	4.88	67.00	>.05
Undoing	20.08	5.00	16.42	4.25	77.50	>.05
Pseudo-Altruísmo	18.80	5.00	23.25	7.00	73.50	>.05
Idealização	20.45	5.00	14.42	4.00	65.50	>.05
Formação Reactiva	20.34	5.00	15.00	4.25	69.00	>.05
Factor Imaturidade	20.33	4.31	15.08	3.56	69.50	>.05
Projecção	20.05	3.50	16.58	2.75	78.50	>.05
Passivo-Agressivo	19.56	3.50	19.17	4.00	94.00	>.05
Acting-out	20.34	6.00	15.00	3.25	69.00	>.05
Isolamento	18.97	3.25	22.33	4.75	79.00	>.05
Desvalorização	18.66	5.00	24.00	5.75	69.00	>.05
Fantasia Autística	19.64	3.00	18.75	2.50	91.50	>.05
Negação	20.53	4.50	14.00	2.75	63.00	>.05
Deslocamento	19.84	5.00	17.67	4.25	85.00	>.05
Dissociação	20.31	3.00	15.17	2.75	70.00	>.05
Clivagem	20.50	5.00	14.17	3.75	64.00	>.05
Racionalização	20.53	6.75	14.00	5.75	63.00	>.05
Somatização	20.28	5.75	15.33	4.50	71.00	>.05

Nota: N_{viúvas}=32; N_{viúvos}=6

O teste de *Mann-Whitney U* foi também utilizado na comparação da percepção de satisfação com a vida entre viúvas e viúvos idosos. Verifica-se que os viúvos

apresentam resultados mais elevados no total da Escala de Satisfação com a Vida, assim como nos factores Solidão/Insatisfação e Agitação (ou seja, apresentam maior satisfação com a vida do que as viúvas, menor solidão/insatisfação e agitação); as viúvas apresentam atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que os viúvos, no entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que a terceira hipótese não é confirmada (Quadro 5).

Quadro 5

Satisfação com a vida em viúvas e viúvos – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p

	Viúvas		Viúvos		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Atitudes face Envelhecimento	19.81	1.00	17.83	2.00	86.00	>.05
Solidão/Insatisfação	18.84	2.00	23.00	2.50	75.00	>.05
Agitação	19.14	1.50	21.42	2.00	84.50	>.05
Total Escala	19.16	5.00	21.33	5.00	85.00	>.05

Nota: $N_{Viúvas}=32$; $N_{Viúvos}=6$

2. Comparação entre Níveis de Depressão, Satisfação com a Vida, Mecanismos/Factores de Defesa e Estado Civil (Viúvo/Casado)

Relativamente à hipótese 4, verifica-se que as idosas viúvas apresentam níveis de depressão mais elevados do que as idosas casadas, no entanto, esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa (muito embora se trate de uma significância marginal, $p=.046$) – Quadro 6. Os idosos viúvos apresentam também níveis de depressão mais elevados do que os casados, não sendo esta diferença significativa (Quadro7). Mais uma vez o resultado apresenta um nível de significância marginalmente significativo, $p=.060$). A hipótese 4 não é assim confirmada, embora os resultados se apresentem no sentido da mesma.

Quadro 6

Níveis de depressão em viúvas e casadas – Média, Desvio-padrão, valor t e valor p

Índice de Depressão	Viúvas		Casadas		t	p
	Média	DP	Média	DP		
	21.94	8.61	16.47	9.43	-1.97	>.05

Nota: $N_{Viúvas}=32$; $N_{Casadas}=15$

Quadro 7

Níveis de depressão em viúvos e casados – Média das ordens, Mediana, valor U e valor p

Índice de Depressão	Viúvos		Casados		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
	12.83	23.00	7.83	13.00	16.00	>.05

Nota: N_{Viúvos}=6; N_{Casados}=12

No que diz respeito à hipótese 5, verifica-se que as idosas casadas utilizam significativamente mais os mecanismos de defesa Isolamento (U=138.00, z= -2.01, p<.05, r= -0.30) e Dissociação (U=135.00, z= -2.13, p<.05, r= -0.31) do que as idosas viúvas (Quadro 8). Por outro lado, verifica-se que os idosos casados utilizam significativamente mais o mecanismo de defesa Negação (U=10.50, z= -2.40, p<.05, r= -0.35) do que os idosos viúvos; idosos casados utilizam também mais a Dissociação do que os viúvos, no entanto, esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa (muito embora se trate de uma significância marginal, p=.058) – Quadro 9. Podemos assim dizer que a hipótese é confirmada.

Quadro 8

Mecanismos e factores de defesa em viúvas e casadas –

Média das ordens, Mediana, valor U e valor p

Mecanismo/Factor de defesa	Viúvas		Casadas		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Factor Maturidade	22.06	6.13	26.79	6.69	178.00	>.05
Sublimação	21.83	7.75	27.32	9.00	170.50	>.05
Humor	21.14	5.00	28.89	7.75	148.50	>.05
Antecipação	23.17	6.50	24.25	7.00	213.50	>.05
Supressão	22.64	5.50	25.46	6.25	196.50	>.05
Factor Neurótico	23.89	5.63	22.61	5.25	211.50	>.05
<i>Undoing</i>	25.16	5.00	19.71	5.00	171.00	>.05
Pseudo-Altruísmo	22.88	5.00	24.93	5.75	204.00	>.05
Idealização	23.16	5.00	24.29	4.50	213.00	>.05
Formação Reactiva	23.25	5.00	24.07	6.00	216.00	>.05
Factor Imaturidade	22.39	4.31	26.04	4.46	188.50	>.05
Projecção	25.17	3.50	19.68	2.50	170.50	>.05
Passivo-Agressivo	24.20	3.50	21.89	3.25	201.50	>.05
<i>Acting-out</i>	22.98	6.00	24.68	7.25	207.50	>.05
Isolamento	20.83	3.25	29.61	5.00	138.50	<.05

Desvalorização	22.39	5.00	26.04	5.25	188.50	>.05
Fantasia Autística	22.19	3.00	26.50	4.00	182.00	>.05
Negação	21.69	4.50	27.64	4.50	166.00	>.05
Deslocamento	23.28	5.00	24.00	5.00	217.00	>.05
Dissociação	20.72	3.00	29.86	5.25	135.00	<.05
Clivagem	23.81	5.00	22.79	5.00	214.00	>.05
Racionalização	22.53	6.75	25.71	7.50	193.00	>.05
Somatização	23.89	5.75	22.61	5.00	211.50	>.05

Nota: N_{Viúvas}=32; N_{Casadas}=14

Quadro 9
*Mecanismos e factores de defesa em viúvos e casados –
Média das ordens, Mediana, valor U e valor p*

Mecanismo/Factor de defesa	Viúvos		Casados		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Factor Maturidade	8.25	4.81	10.13	5.31	28.50	>.05
Sublimação	9.25	5.75	9.63	6.25	34.50	>.05
Humor	7.83	4.25	10.33	5.25	26.00	>.05
Antecipação	7.92	4.25	10.29	5.25	26.50	>.05
Supressão	8.00	4.75	10.25	5.50	27.00	>.05
Factor Neurótico	8.17	4.88	10.17	5.25	28.00	>.05
<i>Undoing</i>	9.50	4.25	9.50	5.00	36.00	>.05
Pseudo-Altruísmo	10.83	7.00	8.83	5.25	28.00	>.05
Idealização	7.25	4.00	10.63	5.00	22.50	>.05
Formação Reactiva	8.25	4.25	10.13	5.00	28.50	>.05
Factor Imaturidade	7.33	3.56	10.58	4.31	23.00	>.05
Projecção	9.83	2.75	9.33	2.50	34.00	>.05
Passivo-Agressivo	8.67	4.00	9.92	4.00	31.00	>.05
<i>Acting-out</i>	7.83	3.25	10.33	4.75	26.00	>.05
Isolamento	8.25	4.75	10.13	5.00	28.50	>.05
Desvalorização	9.67	5.75	9.42	6.00	35.00	>.05
Fantasia Autística	8.33	2.50	10.08	3.50	29.00	>.05
Negação	5.25	2.75	11.63	4.50	10.50	<.05
Deslocamento	10.08	4.25	9.21	3.75	32.50	>.05
Dissociação	6.17	2.75	11.17	4.25	16.00	>.05
Clivagem	7.25	3.75	10.63	5.00	22.50	>.05
Racionalização	8.17	5.75	10.17	6.25	28.00	>.05
Somatização	10.92	4.50	8.79	3.50	27.50	>.05

Nota: N_{Viúvos}=6; N_{Casados}=12

No que diz respeito à hipótese 6, verifica-se que as idosas viúvas apresentam, de forma significativa, mais sentimentos de solidão/insatisfação ($U=152.00$, $z= -2.07$, $p<.05$, $r= -0.30$) do que as idosas casadas. Verifica-se também que as idosas casadas apresentam maior satisfação com a vida, atitudes mais positivas face ao envelhecimento e menor agitação do que as viúvas, no entanto, estas diferenças não se revelam significativas. Relativamente ao sexo masculino, verifica-se que os idosos casados apresentam resultados mais elevados em todos os factores e no total da escala (apresentando, por isso, maior satisfação com a vida, menor agitação, menor solidão/insatisfação e atitudes mais positivas face ao envelhecimento) do que os idosos viúvos, no entanto, estas diferenças não são significativas – Quadro 10 e Quadro 11

Quadro 10

Satisfação com a vida em viúvas e casadas - Média das ordens, Mediana, valor U e valor p

	Viúvas		Casadas		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Atitudes face	22.06	1.00	28.13	2.00	178.00	>.05
Envelhecimento						
Solidão/Insatisfação	21.25	2.00	29.87	3.00	152.00	<.05
Agitação	23.22	1.50	25.67	1.00	215.00	>.05
Total Escala	22.09	5.00	28.07	7.00	179.00	>.05

Nota: $N_{Viúvas}=32$; $N_{Casadas}=15$

Quadro 11

Satisfação com a vida em idosos viúvos e casados –

Média das ordens, Mediana, valor U e valor p

	Viúvos		Casados		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Atitudes face	7.33	2.00	10.58	3.50	23.00	>.05
envelhecimento						
Solidão/Insatisfação	7.92	2.50	10.29	4.00	26.50	>.05
Agitação	7.58	2.00	10.46	3.00	24.50	>.05
Total Escala	6.67	5.00	10.92	8.00	19.00	>.05

Nota: $N_{Viúvos}=6$; $N_{Casados}=12$

3. Comparação entre Níveis de Depressão, Satisfação com a Vida, Mecanismos/Estilos de Defesa e género

Observa-se que, em média, as mulheres apresentam níveis de depressão mais elevados do que os homens (Quadro 12), no entanto, esta diferença não é significativa, $t(66) = -1.787$, $p > .05$, $r = 0.14$, pelo que não se confirma a hipótese 7.

Quadro 12

Índice de Depressão em Homens e Mulheres – Média, Desvio-padrão, Valor t e valor p

Índice de Depressão	Mulheres		Homens		t	p
	Média	DP	Média	DP		
	19.96	9.02	15.65	8.72	-1.79	>.05

Nota: $N_{Homens}=20; N_{Mulheres}=48$

Relativamente aos mecanismos e factores de defesa, verifica-se que as mulheres idosas utilizam significativamente mais os mecanismos da Sublimação ($U=234.50$, $z = -3.27$, $p < 0.05$, $r = -0.40$), da Antecipação ($U=307.50$, $z = -2.24$, $p < 0.05$, $r = -0.27$), da Racionalização ($U=316.50$, $z = -2.12$, $p < 0.05$, $r = -0.26$) e da Somatização ($U=303.00$, $z = -2.30$, $p < 0.05$, $r = -0.28$) do que os homens. As mulheres apresentam também o factor Maturidade significativamente mais elevado do que os homens ($U=312.00$, $z = -2.17$, $p < 0.05$, $r = -0.26$) (Quadro 13). A hipótese 8 é assim confirmada.

Quadro 13

Mecanismos e factores de defesa em Homens e Mulheres – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p

Mecanismo/Factor de defesa	Mulheres		Homens		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Factor Maturidade	37.36	6.25	26.10	5.25	312.00	<.05
Sublimação	39.01	8.00	22.23	5.75	234.50	<.05
Humor	35.71	6.00	29.98	5.00	389.50	>.05
Antecipação	37.46	7.00	25.88	5.00	307.50	<.05
Supressão	35.05	6.00	31.53	5.25	420.50	>.05
Factor Neurótico	36.24	5.63	28.73	4.81	364.50	>.05
<i>Undoing</i>	35.36	5.00	30.80	5.00	406.00	>.05
Pseudo-Altruísmo	34.15	5.00	33.65	5.25	463.00	>.05
Idealização	35.54	5.00	30.38	4.75	397.50	>.05
Formação Reactiva	36.27	5.00	28.68	5.00	363.50	>.05
Factor Imaturidade	35.55	4.29	30.35	4.27	397.00	>.05

Projeção	34.26	3.00	33.40	3.00	458.00	>.05
Passivo-Agressivo	33.61	3.50	34.92	3.75	451.50	>.05
<i>Acting-out</i>	35.68	6.50	30.05	4.75	391.00	>.05
Isolamento	32.46	3.50	37.63	5.00	397.50	>.05
Desvalorização	31.77	5.00	39.25	5.25	365.00	>.05
Fantasia Autística	34.95	3.00	31.78	3.25	425.50	>.05
Negação	35.84	4.50	29.68	3.75	383.50	>.05
Deslocamento	35.90	5.00	29.53	4.25	380.50	>.05
Dissociação	34.62	4.00	32.55	3.75	441.00	>.05
Clivagem	35.43	5.00	30.65	5.00	403.00	>.05
Racionalização	37.27	7.00	26.33	5.50	316.50	<.05
Somatização	37.55	5.00	25.65	3.75	303.00	<.05

Nota: N_{Mulheres}=47; N_{Homens}=20

Verifica-se que o sexo masculino apresenta resultados mais elevados no total da Escala de Satisfação com a Vida do que o sexo feminino, no entanto, esta diferença não se revela significativa. Os homens apresentam também menor Agitação e menor Solidão/Insatisfação do que as mulheres, sendo também estas diferenças não significativas (Quadro 14), pelo que a hipótese 9 não se confirma.

Quadro 14

Satisfação com a vida em Homens e Mulheres – Média das ordens, Mediana, Valor U e valor p

	Mulheres		Homens		U	p
	Média	Mdn	Média	Mdn		
Atitudes face	34.32	2.00	34.92	2.00	471.50	>.05
Envelhecimento						
Solidão/Insatisfação	32.49	3.00	39.33	3.00	383.50	>.05
Agitação	32.09	1.00	40.28	2.50	364.50	>.05
Total Escala	32.55	6.00	39.17	7.50	386.50	>.05

Nota: N_{Mulheres}=48; N_{Homens}=20

4. Comparação entre níveis de depressão, mecanismos/factores de defesa utilizados e grau de satisfação com a vida segundo variáveis sócio-demográficas e psicossociais em viúvas e viúvos

De forma a proceder à comparação dos resultados obtidos nos questionários CES-D, *Questionário de Estilo de Defesa-40* e na *Escala de Ânimo de Lawton* tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e psicossociais recolhidas na amostra,

relativamente aos participantes viúvos, utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* (na comparação com as variáveis dicotómicas) e o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* (na comparação com as variáveis com mais de dois níveis). Os quadros 15 e 16 apresentam, respectivamente, os resultados referentes à comparação dos resultados dos questionários com as variáveis dicotómicas e a comparação com as variáveis com mais de dois níveis (*são apenas apresentadas as diferenças significativas*).

Quadro 15

Resultados dos questionários CES-D, Questionário do Estilo de Defesa-40 e Escala de Ânimo de Lawton segundo as variáveis sócio-demográficas/psicossociais dicotómicas (apenas viúvas)

	Níveis	N	M	U	p	r																																																																																																
Pseudo-altruísmo/ Tem confidente /	Sim	15	20.57	66.50	<.05	-0.42																																																																																																
	Não	17	12.91				Idealização/Tem confidente	Sim	15	20.03	74.50	<.05	-0.40	Não	17	13.38	Factor Neurótico/ Tem confidente	Sim	15	21.00	60.00	<.05	-0.45	Não	17	12.53	Dissociação/Tem confidente	Sim	15	21.07	59.00	<.05	-0.46	Não	17	12.47	Solidão- Insatisfação/SAF	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.41	Não	16	12.75	Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40	Não	16	12.75	Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05
Idealização/Tem confidente	Sim	15	20.03	74.50	<.05	-0.40																																																																																																
	Não	17	13.38				Factor Neurótico/ Tem confidente	Sim	15	21.00	60.00	<.05	-0.45	Não	17	12.53	Dissociação/Tem confidente	Sim	15	21.07	59.00	<.05	-0.46	Não	17	12.47	Solidão- Insatisfação/SAF	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.41	Não	16	12.75	Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40	Não	16	12.75	Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67						
Factor Neurótico/ Tem confidente	Sim	15	21.00	60.00	<.05	-0.45																																																																																																
	Não	17	12.53				Dissociação/Tem confidente	Sim	15	21.07	59.00	<.05	-0.46	Não	17	12.47	Solidão- Insatisfação/SAF	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.41	Não	16	12.75	Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40	Não	16	12.75	Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																
Dissociação/Tem confidente	Sim	15	21.07	59.00	<.05	-0.46																																																																																																
	Não	17	12.47				Solidão- Insatisfação/SAF	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.41	Não	16	12.75	Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40	Não	16	12.75	Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																										
Solidão- Insatisfação/SAF	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.41																																																																																																
	Não	16	12.75				Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40	Não	16	12.75	Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																				
Total Escala Satisfação Vida/ SAF/	Sim	16	20.25	68.00	<.05	-0.40																																																																																																
	Não	16	12.75				Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42	Não	3	28.50	Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																														
Sublimação/ Tem filhos	Sim	29	15.26	7.50	<.05	-0.42																																																																																																
	Não	3	28.50				Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																																								
Antecipação/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39																																																																																																
	Não	3	27.83				Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																																																		
Supressão/ Tem filhos	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39																																																																																																
	Não	3	27.83				Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39	Não	3	27.83	Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																																																												
Factor Maturidade / Tem filhos/	Sim	29	15.33	9.50	<.05	-0.39																																																																																																
	Não	3	27.83				Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42	Não	3	28.67																																																																																						
Formação Reactiva/Tem filhos	Sim	29	15.24	7.00	<.05	-0.42																																																																																																
	Não	3	28.67																																																																																																			

Racionalização/Tem	Sim	29	15.34	10.00	<.05	-0.39
filhos	Não	3	27.67			

Nota: SAF= Satisfação com agregado familiar

Quadro 16

Resultados dos questionários CES-D, Questionário do Estilo de Defesa-40 e Escala de Ânimo de Lawton segundo as variáveis sócio-demográficas/psicossociais com mais de 2 níveis (viúvas e viúvos)

	Níveis	N	M	H	df	p	r
Antecipação/SSE (Viúvas)	Insatisfatória	4	25.88	9.62	3	<.05	-0.41
	Pouco satisfatória	11	10.59				
	Satisfatória	15	18.77				
	Boa	2	13.25				
Projecção/SSE (Viúvas)	Insatisfatória	4	26.25	12.88	3	<.05	-0.48
	Pouco satisfatória	11	20.82				
	Satisfatória	15	10.57				
	Boa	2	17.75				
Isolamento/SSE (Viúvas)	Insatisfatória	4	28.88	8.43	3	<.05	-0.48
	Pouco satisfatória	11	16.00				
	Satisfatória	15	13.90				
	Boa	2	14.00				
Negação/SSE (Viúvas)	Insatisfatória	4	19.63	8.23	3	<.05	-0.43
	Pouco satisfatória	11	11.45				
	Satisfatória	15	20.50				
	Boa	2	8.00				
Idealização/Relações Amizade (Qualidade) (Viúvas)	Inexistentes/Insatisfatórias	1	21.50	11.08	3	<.05	-0.40
	Superficiais/Satisfatórias	3	26.83				
	Gratificantes	20	12.35				
	Muito gratificantes	8	22.38				
Factor Neurótico/Relações Amizade (Qualidade) (Viúvas)	Inexistentes/Insatisfatórias	1	22.00	11.25	3	<.05	-0.41
	Superficiais/Satisfatórias	3	27.50				
	Gratificantes	20	12.35				
	Muito gratificantes	8	22.06				
Deslocamento/Relações Amizade (Qualidade)	Inexistentes/Insatisfatórias	1	31.50	9.06	3	<.05	-0.43
	Superficiais/Satisfatórias	3	28.17				

(Viúvas)	Gratificantes	20	13.88				
	Muito gratificantes	8	16.81				
	Sem crença	2	23.00				
Solidão-Insatisfação/CPR (Viúvas)	Com crença sem prática	6	24.17	8.36	3	<.05	-0.54
	Com crença e prática privada	5	10.00				
	Com crença e prática pública	19	15.11				
	Sem crença	2	21.25				
Agitação/CPR (Viúvas)	Com crença sem prática	6	25.00	8.26	3	<.05	-0.45
	Com crença e prática privada	5	10.90				
	Com crença e prática pública	19	14.79				
	Mau	4	5.50				
Total Escala Satisfação Vida/Saúde Actual (Viúvas)	Fraco	4	16.58				
	Razoável	13	15.88	9.82	4	<.05	-0.48
	Bom	8	23.25				
	Muito bom	3	16.00				
	Mau	4	26.25				
Somatização/Saúde Actual (Viúvas)	Fraco	4	15.50				
	Razoável	13	18.08	9.60	4	<.05	-0.48
	Bom	8	9.44				
	Muito bom	3	16.83				
	Não sabe	1	30.00				
	Pior	9	23.44				
Índice Depressão/SaúdeUmAno (Viúvas)	Idêntica	20	13.08	10.06	4	<.05	-0.48
	Melhor	1	14.00				
	Muito melhor	1	11.50				
Pseudo- altruísmo/SaúdeOutros (Viúvos)	Idêntica	2	1.50	4.00	1	<.05	-0.32
	Melhor	4	4.50				
	Não sabe	3	14.00				
	Pior	2	23.50				
Humor/SaúdeOutros (Viúvas)	Idêntica	13	15.42	14.54	4	<.05	-0.36
	Melhor	12	17.00				
	Muito melhor	2	17.25				
Supressão/Saúde Outros (Viúvas)	Não sabe	3	9.17	9.86	4	<.05	-0.32
	Pior	2	3.25				

	Idêntica	13	17.50				
	Melhor	12	17.33				
	Muito melhor	2	29.25				
Passivo- agressivo/Adaptação Viue z (Viúvos)	Má	3	2.00	4.36	1	<.05	-0.34
	Razoável	3	5.00				
	Muito má	4	19.50				
Humor/Adaptação Viue z (Viúvas)	Má	2	12.25	12.73	4	<.05	-0.49
	Razoável	15	16.40				
	Boa	10	16.50				
	Muito boa	1	14.50				
Dissociação/Adaptação Vi ue z (Viúvas)	Muito má	4	9.00	10.17	4	<.05	-0.43
	Má	2	24.25				
	Razoável	15	13.77				
	Boa	10	22.70				

Nota: SSE=Satisfação com situação económica; CPR=Crenças e Práticas Religiosas

Nas comparações dos resultados obtidos nos questionários com variáveis sócio-demográficas/psicossociais com mais de 2 níveis, foram posteriormente realizadas comparações *post-hoc* utilizando o teste de *Mann-Whitney U*. Os resultados indicam que os Casados, no geral, apresentam, de forma significativa, menor solidão/insatisfação, maior satisfação com a vida e níveis mais baixos de depressão do que os Viúvos.

As viúvas que referem ter uma situação económica insatisfatória utilizam significativamente mais o mecanismo de defesa Antecipação do que viúvas que referem ter uma situação económica pouco satisfatória. Por outro lado, viúvas que classificam a sua situação económica como insatisfatória utilizam significativamente mais os mecanismos Projecção e Isolamento do que viúvas que referem ter uma situação económica satisfatória. Viúvas que referem uma situação económica satisfatória utilizam significativamente mais a Negação do que viúvas que referem situação pouco satisfatória.

Relativamente à qualidade das relações de amizade, verifica-se que as viúvas que referem ter relações de amizade superficiais/satisfatórias utilizam significativamente mais os mecanismos Idealização e Deslocamento e apresentam

resultados mais elevados no factor Neurótico do que as viúvas que classificam as suas relações de amizade como gratificantes.

No que diz respeito às Crenças e práticas religiosas, observa-se que viúvas com crença sem prática religiosa apresentam significativamente menor Agitação e Solidão/Insatisfação do que viúvas com crença e prática privada; da mesma forma, viúvas sem crença apresentam significativamente menor Solidão/Insatisfação do que viúvas com crença e prática privada.

Relativamente à classificação da saúde actual, viúvas que classificam a sua saúde actual como Boa apresentam maior satisfação com a vida do que as viúvas que a classificam como Má. Por outro lado, viúvas que classificam o seu estado de saúde actual como Mau utilizam significativamente mais o mecanismo Somatização do que as viúvas que o classificam como Bom.

Viúvas que classificam o seu estado de saúde, comparado com há um ano, como Pior apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados do que viúvas que o classificam como Idêntico.

Viúvos que classificam a sua saúde como Melhor, quando comparada com outros do mesmo sexo e idade, utilizam significativamente mais o mecanismo Pseudo-altruísmo. Por outro lado, viúvas que classificam a sua saúde como Idêntica, quando comparada com outros, utilizam significativamente mais o Humor e a Supressão do que viúvas que a classificam como Pior. Já as viúvas que classificam a sua saúde como Muito melhor do que outros utilizam significativamente mais a Supressão do que viúvas que a classificam como Melhor.

Relativamente à Adaptação à Viuvez, viúvos que classificam a sua adaptação como Razoável utilizam significativamente mais o mecanismo Passivo-agressivo do que viúvos que a classificam como Má. No caso das viúvas, aquelas que referem Boa adaptação à viuvez utilizam mais o Humor do as que consideram a sua adaptação Muito Má. Estas viúvas, por sua vez, utilizam mais a Dissociação do que viúvas que referem Boa adaptação.

Não foram encontradas diferenças significativas nos diferentes questionários nos vários níveis das variáveis Escolaridade, Grau de Contacto e Qualidade das Relações Familiares, Grau de Contacto das Relações de Amizade, Satisfação com o Casamento, Tempo de Viuvez e Idade ($p > .05$), não constando nos quadros. No entanto, na comparação entre Idade e Índice de Depressão, nos viúvos, verifica-se um nível de significância marginalmente significativo ($p = .057$); o mesmo se observa na comparação

entre Idade e o total da *Escala de Ânimo de Lawton* e o factor Solidão/Insatisfação ($p=0.057$). Parece, assim, existir uma tendência para viúvos mais velhos apresentarem níveis de depressão mais elevados, maior solidão/insatisfação e menor satisfação com a vida do que idosos mais novos.

5. Estudo da relação entre as variáveis Satisfação com a Vida, Índice de Depressão e Mecanismos/Factores de Defesa numa amostra de idosos viúvos de ambos os sexos

De forma a estudar a relação entre os níveis de depressão, satisfação com a vida e mecanismos/factores de defesa utilizados, numa amostra de idosos viúvos de ambos os sexos, procedeu-se ao cálculo correlacional. Optou-se pela utilização do coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s), tendo em conta o facto de as variáveis não possuírem distribuição normal no grupo analisado. Nos Quadros 17 e 18 apresenta-se, respectivamente, a estatística descritiva da *CES-D* e da *Escala de Ânimo de Lawton* e do *Questionário Estilo de Defesa-40* na subamostra de viúvos.

Quadro 17

Estatística descritiva da CES-D e da Escala de Satisfação com a vida na subamostra de idosos viúvos

	M	DP	Min	Max
Índice Depressão	21.34	8.69	1.00	38.00
Total Escala Satisfação Vida	5.53	3.48	0.00	12.00
Atitudes face envelhecimento	1.74	1.47	0.00	5.00
Solidão/Insatisfação	2.08	1.34	0.00	4.00
Agitação	1.71	1.43	0.00	5.00

Nota: N=38

Quadro 18

Estatística descritiva do Questionário Estilo de Defesa-40 na subamostra de viúvos

	M	DP	Min	Máx
Factor Maturidade	6.02	1.61	3.38	9.00
Sublimação	7.26	1.61	3.50	9.00
Humor	5.20	2.63	1.00	9.00
Antecipação	6.24	2.02	2.00	9.00

Supressão	5.38	2.46	1.00	9.00
Factor Neurótico	5.50	1.49	2.38	9.00
<i>Undoing</i>	5.62	2.44	1.00	9.00
Pseudo-Altruísmo	5.97	1.71	3.00	9.00
Idealização	5.00	2.41	1.00	9.00
Formação Reactiva	5.39	2.12	1.00	9.00
Factor Imaturidade	4.43	1.49	2.08	7.63
Projecção	3.53	2.35	1.00	9.00
Passivo-Agressivo	3.61	2.02	1.00	8.50
<i>Acting-out</i>	5.47	2.76	1.00	9.00
Isolamento	3.71	2.09	1.00	9.00
Desvalorização	4.83	2.15	1.00	9.00
Fantasia Autística	3.50	2.36	1.00	9.00
Negação	3.78	2.47	1.00	8.50
Deslocamento	4.37	2.30	1.00	9.00
Dissociação	3.72	2.53	1.00	9.00
Clivagem	4.97	2.44	1.00	9.00
Racionalização	6.46	2.01	2.00	9.00
Somatização	5.24	2.85	1.00	9.00

Nota: N=38

Os resultados da análise correlacional apresentam-se nos quadros 19, 20 e 21.

Verifica-se a existência de uma relação negativa e forte entre Índice de Depressão e Satisfação com a Vida ($r_s = -.56$, $n=38$, $p<.05$). Ou seja, níveis mais elevados de depressão associam-se a uma menor satisfação com a vida. Observa-se também uma correlação negativa e forte entre Índice de Depressão e o factor Solidão ($r_s = -.57$, $n=38$, $p<.05$), com níveis mais elevados de depressão associando-se à existência de mais sentimentos de Solidão/Insatisfação (relembrando que notas mais baixas neste factor traduzem maior solidão/insatisfação). Verifica-se, ainda, uma relação forte e negativa entre a variável Índice de Depressão e o factor Agitação ($r_s = -.63$, $n=38$, $p<.05$), sendo que níveis mais elevados de depressão se associam com maior agitação

(relembrando que notas mais baixas neste factor traduzem maior agitação). A hipótese 11 é assim confirmada.

Quadro 19

Correlações entre os factores e o total da Escala de Satisfação com a Vida e CES-D

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Atitudes face envelhecimento		.45**	.40*	0.72**	-.16
(2) Solidão/Insatisfação	.45**		.73**	.89**	-.57**
(3) Agitação	.40*	.73**		.86**	-.63**
(4) Total Escala Satisfação com a vida	.72**	.89**	.86**		-.56**
(5) Índice de Depressão	-.16	-.57**	-.63**	-.56**	

Nota: N=38; *p<.05 (two-tailed), **p<.01(two-tailed)

Verifica-se que o nível de satisfação com a vida se correlaciona negativa e moderadamente com os factores Neurótico ($r_s = -.42$, $n=38$, $p<.05$) e Imaturidade ($r_s = -.41$, $n=38$, $p<.05$), no entanto, esta variável não se correlaciona positivamente com o factor Maturidade nem com mecanismos de defesa maduros, pelo que a hipótese 12 não é confirmada.

Quadro 20

Correlações entre os factores e o total da Escala de Satisfação com a Vida e Questionário Estilo de Defesa-40 (apenas correlações significativas)

	Solidão/Insatisfação	Agitação	Total Escala Satisfação Vida
Factor Neurótico		-.42**	
<i>Undoing</i>		-.45**	
Idealização	-.40*		-.34*
Factor imaturidade		-.57**	-.41*
Projeção	-.47**	-.42**	-.48**
<i>Acting-out</i>		-.42**	
Desvalorização	-.33*	-.53**	-.44**
Fantasia Autística		-.41**	-.33*
Clivagem		-.41*	
Racionalização		-.36*	
Somatização	-.44**	-.57**	-.46**

Nota: N=38; *p<.05 (two-tailed), **p<.01(two-tailed)

Verifica-se a existência de uma correlação positiva e forte entre as variáveis Índice de Depressão e Factor Imaturidade ($r_s=.61$, $n=38$, $p<.05$), com níveis mais elevados de depressão associando-se a resultados mais elevados no factor Imaturidade. O Índice de Depressão associa-se também com vários mecanismos de defesa imaturos, pelo que se confirma a hipótese 13.

Quadro 21
Correlações entre CES-D e Questionário Estilo de Defesa-40 (apenas correlações significativas)

	Índice Depressão
Factor Neurótico	.40*
<i>Undoing</i>	.38*
Idealização	.48*
Factor Imaturidade	.61**
Projecção	.53**
Passivo-Agressivo	.35*
Isolamento	.36*
Desvalorização	.54**
Fantasia Autística	.58**
Deslocamento	.42**
Dissociação	.37*
Clivagem	.44**
Somatização	.52**

Nota: N=38; * $p<.05$ (two-tailed), ** $p<.01$ (two-tailed)

No seguimento do estudo das relações entre as variáveis contínuas, procedeu-se também à análise das correlações entre os mecanismos de defesa e factores de defesa na subamostra dos viúvos. No entanto, por esta não se inserir nos objectivos do estudo, os resultados são apenas apresentados em anexo (ver Anexo IV – Quadro 22).

6. Estudo da relação entre as variáveis Satisfação com a Vida, Índice de Depressão, Mecanismos/Factores de Defesa e as variáveis Tempo de Viuvez e Tem um confidente

A variável Tempo de Viuvez ($M=15.36$, $DP=12.90$, $N=38$) correlaciona-se positiva e moderadamente com as variáveis: factor Imaturidade ($r_s=0.34$, $p<.05$), Deslocamento ($r_s=0.35$, $p<.05$), Dissociação ($r_s=0.47$, $p<.05$), Clivagem ($r_s=0.33$, $p<.05$) e Racionalização ($r_s=0.37$, $p<.05$). Verifica-se uma associação positiva e fraca entre

Tempo de Viuvez e Índice de Depressão ($r_s = .26$, $n=38$, $p<.05$), no entanto, esta não se revela significativa, pelo que a hipótese 16 não é confirmada.

A variável Tem um confidente (Sim=20 ; Não=18, N=38) correlaciona-se apenas com as variáveis: Pseudo-Altruísmo ($r_s=0.41$, $p<.05$), Idealização ($r_s=0.36$, $p<.05$), Factor Neurótico ($r_s=0.43$, $p<.05$) e Dissociação ($r_s=0.39$, $p<.05$). Verifica-se uma associação positiva e fraca entre Tem um confidente e Índice de Depressão ($r_s=.17$, $n=38$, $p<.05$), no entanto, não é significativa, não se confirmando a hipótese 17.

7. Consequências positivas e negativas da viuvez apontadas por viúvos e viúvas

Como referido anteriormente, foi pedido às viúvas e viúvos que apontassem livremente quais as maiores dificuldades que sentem que a viuvez lhes trouxe, bem como alguns aspectos positivos da mesma. As respostas foram analisadas, procedendo-se à criação de categorias e registando a frequência das mesmas nas respostas obtidas.

Verifica-se que as viúvas apontam como maiores dificuldades: a solidão (F=15), as dificuldades sentidas ao ter que criar os seus filhos sozinhas (F=6), as dificuldades económicas (F=6), bem como as dificuldade em tratar de vários assuntos sozinhas (F=4). No que diz respeito aos aspectos positivos da viuvez, as viúvas apontaram, sobretudo, a inexistência de aspectos positivos (F=13), o ganho de maior estabilidade económica - devido ao ganho da pensão do marido - (F=5), assim como o ganho de maior liberdade e tempo (F=5).

Os viúvos referiram como principais aspectos negativos da viuvez a solidão (F=4) e a saudade (F=2), não apontando nenhum aspecto positivo em relação à mesma (F=5).

Discussão dos Resultados

O **primeiro objectivo** deste estudo visava investigar a existência de diferenças de género nos níveis de depressão, de satisfação com a vida e na utilização de mecanismos/factores de defesa entre viúvas e viúvos idosos. Contrariamente ao esperado, não se encontraram diferenças significativas em nenhuma das variáveis entre viúvas e viúvos (Hipótese 1). Apesar disso, podemos verificar que as viúvas apresentam pontuações mais elevadas no Índice de Depressão do que os viúvos. Estes resultados

vão no sentido inverso ao previsto, uma vez que a maioria dos estudos nesta área evidencia que são os viúvos quem apresenta níveis mais elevados de depressão (Bennett et al., 2005; Lee & DeMaris, 2007; Lee et al., 1998; Stroebe et al., 2001; Umberson et al., 1992; van Grootheest et al., 1999). Uma possível explicação poderá estar relacionada com o número reduzido de viúvos na amostra (N=6) comparado com o número de viúvas (N=38), o qual não terá permitido uma comparação suficientemente adequada. Por outro lado, na avaliação das diferenças de género nas consequências da viuvez, não se pode apenas comparar viúvas com viúvos, sendo necessário examinar, simultaneamente, o efeito do estado civil e do género (dada a comprovada maior tendência das mulheres para sofrer de depressão) (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Stroebe et al., 2001). Neste sentido, verifica-se que as viúvas apresentam pontuações mais elevadas no Índice de Depressão (M=21.94) também quando comparadas com as casadas (M=16.47) e com as mulheres no geral (M=19.96), pelo que o resultado observado parece, de facto, dever-se às consequências da viuvez. Relativamente à segunda hipótese, também não se confirmou a existência de diferenças significativas entre viúvas e viúvos no tipo de mecanismos e factores de defesa utilizados. Apesar disso, verifica-se que os viúvos utilizam mais os mecanismos Pseudo-altruísmo (que consiste num movimento indirecto mas construtivo e gratificante de prestação de ajuda/cuidado ao outro), Isolamento (ou seja, a incapacidade de experienciar simultaneamente os componentes afectivos e cognitivos de uma situação devido ao afecto se manter afastado da consciência) e Desvalorização (atribuição de características exageradamente negativas a si e aos outros), apresentando as viúvas uma utilização mais elevada dos restantes mecanismos. No que diz respeito à satisfação com a vida, como já vimos, também não foram encontradas diferenças significativas entre viúvas e viúvos (Hipótese 3). Podemos, contudo, verificar que os viúvos apresentam pontuações mais elevadas ao nível da satisfação com a vida, menor solidão/insatisfação e agitação do que as viúvas, ao passo que as viúvas apresentam atitudes mais positivas face ao envelhecimento.

O **segundo objectivo** procurou comparar os níveis de depressão, de satisfação com a vida e os mecanismos/factores de defesa utilizados entre idosos(as) viúvos(as) e idosos(as) casados(as) de idade avançada. Esta comparação é importante na medida em que os idosos casados funcionam como um grupo de controlo, permitindo avaliar os possíveis efeitos da viuvez. Relativamente à hipótese 4, os resultados encaminham-se no sentido esperado (as idosas viúvas apresentam níveis de depressão mais elevados do

que as idosas casadas), muito embora se trate apenas de uma significância marginal ($p=.046$). No caso dos viúvos, estes apresentam também níveis de depressão mais elevados do que os casados, tratando-se igualmente de uma significância marginal ($p=.060$). Verificaram-se diferenças significativas no tipo de mecanismos de defesa utilizados por viúvas e casadas (Hipótese 5), com as idosas casadas a utilizar significativamente mais o Isolamento e a Dissociação (que se refere à modificação temporária mas drástica das características da personalidade ou da consciência da identidade pessoal de forma a evitar o conflito, incluindo as reacções de conversão histérica, egocentrismo e sentimentos megalomaniacos). Por outro lado, verificou-se que os idosos casados utilizam significativamente mais a Negação (refere-se à negação da realidade externa, afectando mais a percepção da realidade externa do que da interna) do que os viúvos. Os idosos casados utilizam também mais a Dissociação do que os viúvos, no entanto, esta diferença não chega a ser estatisticamente significativa (muito embora se trate de uma significância marginal, $p=.058$). Dada a inexistência de estudos neste âmbito, a interpretação dos resultados referentes à utilização de diferentes mecanismos de defesa por viúvos e casados fica comprometida. No entanto, parece existir uma ligeira tendência para idosos casados, no geral, utilizarem significativamente mais mecanismos imaturos. Contudo, mais uma vez, é necessário ter em conta o reduzido tamanho da amostra, nomeadamente, a fraca representatividade dos homens viúvos na mesma. No que diz respeito à hipótese 6, verificou-se que as idosas viúvas apresentam significativamente mais sentimentos de solidão/insatisfação do que as idosas casadas. Este resultado vai de encontro ao sugerido pela literatura (Bennett et al., 2005; Lee & DeMaris, 2007; Lee et al., 1998; Stroebe et al., 2001; Umberson et al., 1992; van Grootheest et al., 1999). Observa-se também que as idosas casadas apresentam maior satisfação com a vida, atitudes mais positivas face ao envelhecimento e menor agitação do que as viúvas, embora não se tratem de diferenças significativas. Relativamente ao sexo masculino, os idosos casados apresentam maior satisfação com a vida, menor agitação, menor solidão/insatisfação e atitudes mais positivas face ao envelhecimento do que os idosos viúvos, embora estas diferenças não sejam significativas. Os resultados obtidos vão, em parte, de encontro aos obtidos por Paúl (1992) em que idosos casados apresentam significativamente menor solidão/insatisfação. Por outro lado, salienta-se, uma vez mais, que na interpretação destes resultados é necessário considerar a baixa representatividade dos idosos viúvos na amostra, o que poderá ter comprometido as comparações realizadas.

Considerando o **terceiro objectivo** do presente estudo, verificou-se que, em média, as mulheres no geral apresentam níveis de depressão mais elevados do que os homens, no entanto esta diferença não é significativa, não se confirmando a hipótese 7. Relativamente aos mecanismos e factores de defesa, verifica-se que as mulheres idosas utilizam significativamente mais os mecanismos da Sublimação (expressão indirecta ou atenuada de impulsos sem consequências adversas ou perda de gratificação), Antecipação (antecipação realista ou planeamento de uma situação futura que possa causar desconforto ou ansiedade), Racionalização (utilização de uma justificação lógica, mas artificial, que mascara os verdadeiros motivos dos comportamentos, sentimentos, pois esses não poderiam ser reconhecidos sem ansiedade) e Somatização (preocupação excessiva com sintomas físicos desproporcionais à perturbação física actual) do que os homens, apresentando também o factor Maturidade mais elevado, sendo a hipótese 8 confirmada. Estes resultados são parcialmente apoiados pela literatura, no sentido em que se verifica uma maior tendência das mulheres para utilizarem mecanismos de defesa mais maduros e internalizados, como é o caso dos mecanismos referidos (Diehl et al., 1996; Petraglia et al., 2009). Relativamente à satisfação com a vida, observa-se que os homens apresentam pontuações mais elevadas na satisfação com a vida, menor agitação e menor solidão/insatisfação do que as mulheres, embora de forma não significativa, não sendo a hipótese 9 confirmada. Este resultado é congruente com alguma literatura que evidencia que os homens, no geral, apresentam maior satisfação com a vida (Lee & DeMaris, 2007) e menor Agitação (Paúl, 1992).

Relativamente ao **quarto objectivo**, verificou-se que as variáveis sócio-demográficas e psicossociais estudadas influenciam, principalmente, os resultados obtidos pelas viúvas, sobretudo, ao nível do tipo de mecanismos de defesa que utilizam. Salienta-se o facto de as viúvas que se encontram satisfeitas com o seu agregado familiar apresentarem menor solidão/insatisfação e maior satisfação com a vida; viúvas que classificam a sua saúde actual como Boa apresentam maior satisfação com a vida do que viúvas que a classificam como Má. Por outro lado, viúvas que classificam o seu estado de saúde actual como Pior do que há um ano atrás, apresentam níveis de depressão significativamente mais elevados do que viúvas que o classificam como Idêntico. No geral, parece existir uma certa tendência para viúvas que percebem o seu estado de saúde de uma forma mais positiva, utilizarem mecanismos de defesa mais maduros (e.g., Humor e Supressão), ao passo que viúvas que o percebem como mais negativo parecem tender a utilizar mecanismos mais imaturos (e.g., Somatização).

Da mesma forma, parece existir uma ligeira tendência para viúvas que referem uma adaptação mais positiva à viuvez utilizarem mecanismos de defesa mais maduros (e.g. Humor). Contrariamente ao esperado, não foram encontradas relações entre os resultados obtidos nos questionários e variáveis como Tem um Confidente, Grau de Contacto e Qualidade das Relações Familiares, Satisfação com o Casamento, Tempo de viuvez e Idade. No entanto, relativamente a esta última variável, parece existir uma tendência para homens viúvos mais velhos apresentarem níveis de depressão mais elevados, maior solidão/insatisfação e menor satisfação com a vida do que idosos mais novos. Embora apenas marginalmente significativo, este resultado está de acordo com as evidências que sugerem que, à medida que a idade avança, existe um decréscimo nos níveis de satisfação com a vida e aumento da depressão e solidão, em consequência dos efeitos do envelhecimento na saúde física e mental (Bennett, 1998).

No que diz respeito ao **objectivo 5**, procedeu-se à exploração das relações existentes entre as variáveis Índice de Depressão, Satisfação com a Vida e Mecanismos/Factores de Defesa, apenas considerando a subamostra de idosos viúvos. A hipótese 11 foi confirmada, na medida em que se verificou a existência de uma relação negativa e forte entre Índice de Depressão e as variáveis Satisfação com a Vida, factor Solidão/Insatisfação e factor Agitação. Ou seja, nos viúvos em geral, níveis mais elevados de depressão associam-se a uma menor satisfação com a vida, a mais sentimentos de solidão/insatisfação e a maior Agitação. Estes resultados são consistentes com a literatura, no sentido em que, na população em geral, e nos idosos em particular, níveis elevados de depressão se associam a menor satisfação com a vida, maior solidão e maior agitação (manifestada através da ansiedade) (Carr & Bodnar-Deren, 2009; Paúl, 1992). Relativamente à hipótese 12, esta não foi confirmada, uma vez que, apesar de a satisfação com a vida se correlacionar negativamente com os factores Neurótico e Imaturidade, não se verifica uma correlação positiva com o factor Maturidade nem com mecanismos de defesa maduros. Apesar de não ter sido possível encontrar literatura que relacionasse satisfação com a vida e tipos de mecanismos de defesa utilizados, parece razoável esperar que uma maior satisfação com a vida se expresse na utilização de mecanismos de defesa mais maduros, bem como a utilização de mecanismos de defesa mais maduros conduza a uma maior satisfação com a vida. A hipótese 13 foi confirmada pelos resultados, na medida em que se obteve uma correlação positiva e forte entre Índice de Depressão e Factor Imaturidade, ou seja, nos viúvos idosos, níveis mais elevados de depressão parecem associar-se a maior

imaturidade. Estes resultados fazem sentido se tivermos em conta que um maior uso de mecanismos de defesa imaturos, como a Projectão e a Somatização, podem traduzir-se numa menor adaptação à realidade externa (ao distorcerem a percepção que o indivíduo tem da mesma), facilitando, assim, o desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente, a depressão (Vaillant, 1994).

No **sexto objectivo** procedeu-se à exploração das relações entre Satisfação com a Vida, Índice de Depressão, Mecanismos/Factores de Defesa e as variáveis Tempo de Viuvez e Tem um Confidente, na subamostra de viúvos. Esperava-se que quanto menor o tempo de viuvez, mais elevados fossem os níveis de depressão (Hipótese 14), assim como a existência de um confidente se associasse a níveis de depressão mais baixos (Hipótese 15). No entanto, nenhuma das hipóteses foi confirmada. Tendo em conta que os homens, no geral, apresentam um tempo médio de viuvez inferior ao das viúvas (Carr & Bodnar-Deren, 2009), o que também se verifica na amostra estudada ($M_{Viúvos}=5.92$; $M_{Viúvas}=17.13$), procedeu-se, posteriormente, à análise da correlação em separado para cada género, não se tendo verificado correlações significativas. O Tempo de Viuvez correlaciona-se apenas com o Factor Imaturidade e com alguns mecanismos imaturos, sugerindo que quanto maior o tempo após a perda, mais os viúvos utilizam mecanismos imaturos. De igual forma, ao contrário do esperado, o facto de ter um confidente não afecta os níveis de depressão, relacionando-se apenas com o factor Neurótico, o Pseudo-altruísmo, a Idealização e a Dissociação. Zettel e Rook (2004) verificaram que mesmo quando as viúvas estabelecem laços sociais substitutos parecem não obter benefícios emocionais compensatórios dos laços perdidos. Uma explicação semelhante poderá estar na base dos resultados obtidos.

Por último, no **sétimo objectivo** procedeu-se a uma análise exploratória qualitativa dos aspectos positivos e negativos da viuvez apontados por viúvas e viúvos. Verificou-se que, quer as viúvas, quer os viúvos, apontam com maior frequência a solidão como principal aspecto negativo da viuvez. As viúvas acrescentam as dificuldades sentidas ao ter que criar os filhos sozinhas, na ausência do cônjuge, as dificuldades económicas ($F=6$) e a dificuldade em tratar de vários assuntos sozinhas ($F=4$); os viúvos referem também a saudade ($F=2$). Tanto os viúvos como as viúvas apontam com maior frequência a inexistência de aspectos positivos decorrentes do processo de viuvez. As viúvas apontam também o ganho de maior estabilidade económica (devido ao ganho da pensão do marido), assim como o ganho de maior liberdade e tempo ($F=5$). Estes dados são consistentes com o facto de os viúvos, no

geral, apresentarem níveis mais elevados de solidão. Por outro lado, as viúvas apontam um maior número de aspectos negativos decorrentes da viuvez, o que poderá ajudar a perceber o facto de apresentarem níveis de depressão mais elevados do que os viúvos.

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.

Relativamente às diferenças de género na vivência da viuvez, apesar de não significativos, os resultados apontam no sentido de uma tendência das viúvas para apresentar níveis de depressão mais elevados, utilizarem diferentes mecanismos de defesa e apresentarem menor satisfação com a vida, maior solidão/insatisfação e maior agitação. Este resultado é contrário ao esperado, principalmente, no que diz respeito à depressão. No entanto, é necessário ter em conta a grande disparidade entre o número de viúvas (N=32) e o número de viúvos (N=6) na amostra, o que limita em grande medida as comparações realizadas.

Quando considerados no seu conjunto, verifica-se que os idosos viúvos apresentam níveis de depressão mais elevados, menor satisfação com a vida e maior solidão/insatisfação comparativamente com os seus congéneres casados. Da mesma forma, viúvos e casados parecem utilizar diferentes tipos de mecanismos de defesa, parecendo verificar-se uma ligeira tendência para os idosos casados utilizarem defesas mais imaturas (e.g. Isolamento, Dissociação, Negação).

Na comparação entre homens e mulheres idosos, no geral, apesar de não significativos, os resultados apontam no sentido de as mulheres idosas tenderem a apresentar maior depressão (confirmando assim o que tem sido encontrado pela grande maioria dos estudos), a utilizar mecanismos de defesa mais maduros e internalizados (e.g. Sublimação, Antecipação, Racionalização, Somatização) e a apresentar menor satisfação com a vida.

Relativamente às variáveis sócio-demográficas e psicossociais, verifica-se que estas influenciam principalmente os resultados obtidos pelas viúvas, nomeadamente, ao nível do tipo de mecanismos de defesa utilizados. A forma como as viúvas percebem o seu estado de saúde parece ter especial influência. Uma percepção mais

positiva da mesma parece relacionar-se com uma maior satisfação com a vida e a utilização de mecanismos de defesa mais maduros (e.g. Humor e Supressão), enquanto uma percepção mais negativa parece relacionar-se com níveis de depressão mais elevados e com a utilização de mecanismos de defesa mais imaturos (e.g. Somatização).

Os resultados obtidos sugerem, ainda, que nos viúvos em geral níveis mais elevados de depressão se associam a uma menor satisfação com a vida, maior solidão/insatisfação e maior agitação. Este é um resultado que chama particularmente a atenção para a importância e necessidade de desenvolver estratégias de intervenção junto da população viúva idosa em Portugal. Embora a associação encontrada se aplique à população idosa em geral, a população idosa viúva parece apresentar riscos acrescidos ao nível da sua saúde física e mental. Adicionalmente, os idosos viúvos mais insatisfeitos com a vida e mais deprimidos, tendem a utilizar mecanismos de defesa mais imaturos (e.g. Projecção, Fantasia Autística), o que potencializa dificuldades de adaptação à realidade, sendo que este facto parece aumentar com o tempo de viuvez.

O presente estudo apresenta várias limitações, nomeadamente, o facto de possuir uma amostra muito pequena. Embora a amostra total seja razoável (N=68), os subgrupos sobre os quais incidiram as comparações são pequenos, sobretudo, o grupo dos idosos viúvos, com apenas seis participantes. Esta grande disparidade reflecte, em parte, a sobrerrepresentação das viúvas na população portuguesa, no entanto, deveu-se também à dificuldade em encontrar viúvos idosos disponíveis para o preenchimento dos questionários, por escassez e por recusa. Esta disparidade terá, com certeza, prejudicado as comparações realizadas. Por outro lado, é possível que a amostra recolhida não seja suficientemente representativa da população idosa portuguesa, devido ao seu tamanho, mas também devido ao facto de a maioria dos participantes residir no Distrito de Lisboa, tendo sido a maioria da amostra recolhida ao nível de Universidades ditas para a Terceira Idade.

Uma outra limitação relevante prende-se com eventuais dificuldades sentidas por alguns participantes ao nível do entendimento de itens dos questionários (principalmente no caso de idosos com menor instrução e dos participantes em regime de auto-aplicação), bem como à eventual diminuição da motivação à medida que iam respondendo aos itens dos três questionários, tendo em conta a extensão dos mesmos. Adicionalmente, a ausência de escalas de validade nos instrumentos utilizados não possibilitou o controlo da desejabilidade social nas respostas dadas.

Um outro aspecto importante a ter em consideração refere-se ao facto de alguns autores chamarem a atenção para as limitações dos estudos que comparam viúvos e casados. Ao comparar viúvos com casados, assume-se que os casados representam os comportamentos, experiências e atitudes de viúvas e viúvos prévios à perda. No entanto, esta suposição pode ser problemática, na medida em que tornar-se viúvo e permanecer viúvo constituem processos selectivos, ou seja, nem todas as pessoas apresentam igual probabilidade de se tornarem viúvos (Carr & Bodnar-Deren, 2009). Além disso, o presente estudo assenta numa metodologia transversal. Ora, os estudos transversais não permitem estabelecer causalidade, na medida em que os dados são apenas recolhidos num único momento do tempo, não permitindo afirmar se as diferenças observadas entre viúvos e casados podem ser atribuídas à viuvez ou se referem a diferenças existentes previamente à perda. Os estudos longitudinais e prospectivos são mais adequados na exploração das consequências de acontecimentos stressantes de vida como a viuvez, que são dependentes do tempo, permitindo estudar as mudanças ocorridas ao longo do tempo. Isto conduz-nos a outra possível limitação, uma vez que as consequências económicas, físicas e psicológicas da viuvez são condicionadas pelo tempo após a perda. Por essa razão, os efeitos da viuvez podem ser mascarados em amostras heterogéneas que incluem viúvos com tempos de viuvez mais curtos e mais extensos. Isso pode ter acontecido no presente estudo, uma vez que se verifica uma amplitude entre 2 e 47 anos de viuvez, no caso das viúvas, e 2 e 13 anos, no caso dos viúvos.

Dada a escassez de investigações realizadas em Portugal sobre a viuvez na idade adulta avançada, nomeadamente, sobre as diferenças existentes entre viúvas e viúvos no que diz respeito às consequências psicológicas da viuvez, espera-se que o presente estudo possa contribuir para uma melhor compreensão deste fenómeno. Tendo em conta que existe um número considerável de viúvos em Portugal (cerca de 7% da população total), na sua grande maioria idosos, verifica-se a importância e a necessidade do desenvolvimento de intervenções junto desta população. Sabe-se que grande parte dos idosos portugueses possuem condições de saúde, de vida e sociais que contribuem fortemente para os elevados níveis de solidão (cerca de 60% da população idosa vive só), baixa qualidade de vida e depressão que se verificam neste grupo social. No caso dos viúvos, a perda do cônjuge pode vir agudizar ainda mais as fragilidades já existentes. Neste sentido, seria importante pensar e desenvolver intervenções junto desta população que visassem, sobretudo, atenuar os elevados níveis de depressão, de solidão e

insatisfação com a vida que se verificam. Essas intervenções poderiam passar, por exemplo, por uma maior sensibilização desta realidade junto de técnicos de saúde e técnicos sociais, dada a sua maior proximidade junto desta população, assim como pela criação de grupos de apoio que, numa abordagem multidisciplinar, interviessem no sentido de facilitar o processo de luto, bem como trabalhar outros aspectos psicológicos relevantes, consoante as especificidades de cada um. Estes grupos de apoio poderiam facilitar a partilha de experiências e interajuda entre os vários participantes, promovendo o alargamento da sua rede social.

Relativamente a investigações futuras, seria pertinente alargar o estudo das diferenças entre viúvas e viúvos de idade avançada relativamente a variáveis intrapessoais, como a personalidade, no sentido de perceber a sua relação com os níveis de depressão, de satisfação com a vida e tipo de mecanismos de defesa utilizados por ambos os sexos, numa amostra de maiores dimensões. Por outro lado, seria também interessante avaliar aspectos mais positivos do funcionamento dos viúvos, como a resiliência e o crescimento pessoal em face da perda. Por último, também se poderia realizar um estudo seguindo uma abordagem mais qualitativa, no sentido de uma melhor compreensão da vivência subjectiva dos viúvos idosos relativamente à experiência da viuvez. As dimensões mais significativas extraídas dessa análise poderiam, posteriormente, servir como ponto de partida para investigações quantitativas futuras.

Referências Bibliográficas

- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.
- Barbosa, A. (2006). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bennett, K. M. (1998). Longitudinal changes in mental and physical health among elderly, recently widowed men. *Mortality*, 3(3), 265-273.
- 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.
- Bond, M., & Wesley, S. (1996). Manual for the defense style questionnaire (DSQ).
- Carnelley, K., Wortman, C., Bolger, N., & 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, 476-492.
- Carr, D., & Bodnar-Deren, S. (2009). Gender, Aging and Widowhood. In P. Uhlenberg (Eds.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 705-728). Springer Science.
- Carr, D., House, J., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *The Journals of Gerontology*, 56B, 4, 237-248.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V. Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects os bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Couto, N. G. (2012). *Experiências depressivas e mecanismos de defesa: estudo exploratório-correlacional na população idosa* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11(1), 127-139.
- Dutton, Y. C., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death Studies*, 29, 877-903.

- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.
- Feinson, M. (1986). Aging widows and widowers: are there mental health differences? *The International Journal of Aging and Human Development*, 23, 4, 241-255. DOI: 10.2190/1N2U-9HHE-470H-YQPT
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging: The Contribution of Psychology*. EUA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll)* (3 Edition). London: Sage Publications.
- Gallagher, D. E., Breckenridge, J. N., Thompson, L. W., & Peterson, J. A. (1983). Effects of bereavement on indicators of mental health in elderly widows and widowers. *Journal of Gerontology*, 38, 565-571.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 4, 339-348.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2006). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 37-44). Coimbra: Quarteto.
- Gove, W., & Shin, H. (1989). The psychological well-being of divorced and widowed men and women: an empirical analysis. *Journal of Family Issues*, 10, 1, 122-144.
- Hahn, E., Cichy, K., Almeida, D., & Haley, H. (2011). Time use and well-being in older widows: adaptation and resilience. *Journal of Women & Aging*, 23, 149-159.
- Hansson, R. O., Remondet, J. H., & Galusha, M. (1993). Old age and widowhood issues of personal control and independence. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.). *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 367-380). Cambridge: Cambridge University Press.
- INE (2011). *Censos 2011 - Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & diCarlo, E. (1984). Psychological well-being in the aged: factorial and conceptual dimensions. *Research on Aging*, 6(1), 67-97.

- Lee, G., & DeMaris, A. (2007). Widowhood, gender and depression: a longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29(1), 56-72. DOI: 10.1177/0164027506294098
- Lee, G., Willetts, M., & Seccombe, K. (1998). Widowhood and depression: gender differences. *Research on Aging*, 20(5), 611-630.
- Lopata, H. Z. (1981). Widowhood and husband sanctification. *Journal of Marriage and Family*, 43(2), 439-450.
- Lund, D.A., Diamond, M. F., & Jurelich, M. (1985). Bereavement support groups for the elderly: characteristics of potencial participants. *Death Studies*, 9, 309-321.
- Morais, O. (2009). Grupo de idosos: actuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29(4), 846-855.
- Moss, M. S., Moss, S. Z., & Hansson, R. O. (2007). Bereavement and old age. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington: American Psychological Association.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS (Version 12)*. Australia: Allen & Unwin.
- Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia, Série I*, 15, 275-288. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(2), 345-362.
- Petraglia, J., Thygesen, K., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). Gender differences in self-reported defense mechanisms: a study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 1, 87-99.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Mizuno, H. (2007). Defense mechanism differences between younger and older adults: a cross-sectional investigation. *Aging & Mental Health*, 11(4), 415-422.

- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Pais & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados* (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.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62-83.
- Umberson, D., Wortman, C., & Kessler, R. (1992). Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-14.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 44-50.
- Van Grootheest, D. S., Beekman, A.T.F., van Groenou, M.I., & Deeg, D.J.H. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-398.
- Whitty, M.T. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defense mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health*, 7(2), 123-132.
- Worden, J. (1998). *Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S., & Judd, L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85-95.

Anexos

Anexo I

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de aplicação: ___ / ___ / ___

1. Idade: _____

2. Nacionalidade:

3. Naturalidade:

4. Área de residência:

5. Sexo: F M

6. Escolaridade:

Ausência de escolaridade Ensino básico incompleto Ensino básico completo Ensino Secundário incompleto Ensino Secundário completo Curso médio Curso Superior Outro

Qual? _____.

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

Reformado (a): Sim Não

Se **Sim**, há quantos anos? _____.

Profissão anterior: _____.

8. Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado ou vivendo como tal

Viúvo (a) Há quanto tempo? _____.

Divorciado ou separado (a)

9. Agregado familiar actual:

Vive só

Vive com o cônjuge

Vive com o cônjuge e terceiros

Vive com terceiros

Vive numa instituição

Outro Qual? _____.

10. Está satisfeito (a) com essa situação?

Sim Não

11. Tem o apoio de familiares?

Sim Não

12. Parentalidade:

Tem filhos?

Sim Não

Se **Sim**, quantos? _____.

13. Situação económica:

Insatisfatória

Pouco satisfatória

Satisfatória

Boa

Muito boa

14. Participação em actividades:

- Centradas na vida doméstica/familiar
- Frequenta centro de dia
- Frequenta universidade da terceira idade
- Frequenta grupos recreativos na igreja
- Centradas nos amigos (as)
- Outro Qual? _____.

15. Relações Interpessoais:

- Relações familiares (grau de contacto):

- Muito frequente
- Frequente
- Distante
- Inexistente

- Relações familiares (qualidade):

- Muito gratificantes
- Gratificantes
- Pouco satisfatórias
- Insatisfatórias

- Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente

Frequente

Distante

Inexistente

- Relações de amizade (qualidade):

Muito gratificantes

Gratificantes

Pouco satisfatórias

Insatisfatórias

16. Tem um confidente?

Sim

Não

17. Crenças e práticas religiosas:

Sem crença religiosa

Com crença religiosa e sem práticas religiosas

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

Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos)

18. Avaliação do estado geral de saúde:

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

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Mau

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

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Não sabe

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

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Não sabe

19. Na generalidade, quão satisfeito (a) se sente com o casamento que teve?

Plenamente satisfeito (a)

Muito satisfeito (a)

Satisfeito (a)

Pouco satisfeito (a)

Nada satisfeito (a)

20. Há quanto tempo é viúvo (a)?

_____.

21. Como avalia a sua adaptação à viuvez?

Muito boa

Boa

Razoável

Má

Muito má

22. Quais as maiores dificuldades que sente/sentiu que a viuvez lhe trouxe?

23. Consegue apontar algum (uns) aspecto (os) positivo (s) da viuvez?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo II



Exmo. (a) Sr. (a) Director (a) da Universidade Internacional para a Terceira Idade,

O meu nome é Sara Patrícia Martins de Oliveira, sou estudante do 5º ano do curso Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, e encontro-me a realizar uma dissertação no âmbito do mesmo.

As temáticas abordadas nesta investigação relacionam-se com as diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada, no que diz respeito a sintomas depressivos experienciados, mecanismos de defesa e percepção do bem-estar psicológico/satisfação com a vida.

O objectivo desta investigação é, assim, comparar os níveis de depressão, os mecanismos de defesa, e a percepção de bem-estar psicológico/satisfação com a vida em adultos viúvos, de forma a perceber as semelhanças e diferenças existentes na forma como ambos os géneros vivenciam este fenómeno.

Para tal, pretende-se aplicar quatro questionários a adultos de ambos os sexos, viúvos, com 60 ou mais anos de idade, que não apresentem condições de saúde incapacitantes e se encontrem integrados na comunidade.

Neste sentido, gostaria de solicitar autorização junto da direcção da Instituição que Vossa Excelência dirige para a participação neste estudo de utentes que frequentem o Centro de Dia, que reúnam as condições acima mencionadas, assim como autorização para que as aplicações possam decorrer na própria instituição. Informo ainda que cada participante será previamente esclarecido sobre os objectivos da sua participação, sendo obtido o consentimento informado junto do mesmo. O preenchimento dos questionários levará, aproximadamente, 40 minutos.

Grata pela sua atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2012

A Investigadora,

A Orientadora da Dissertação,

Anexo III



Consentimento Informado

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

As temáticas abordadas relacionam-se com as diferenças de género na vivência da viuvez na idade adulta avançada, no que diz respeito a sintomas depressivos experienciados, mecanismos de defesa e percepção do bem-estar psicológico/satisfação com a vida.

Solicito a sua participação através da resposta aos quatro questionários que se seguem. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o importante é que elas reflectam a sua experiência.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados de forma anónima e confidencial.

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

Muito obrigada pela sua colaboração!

Lisboa, 2 de Fevereiro de 2012

(Sara Patrícia Martins de Oliveira)

Anexo IV

Quadro 22*Correlações entre os mecanismos e factores de defesa (apenas correlações significativas)*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1)Factor Maturidade		.52**	.76**	.80**	.81**	.44**		
(2)Sublimação	.52**			.50**		.41**		
(3)Humor				.43**	.54**			
(4)Antecipação		.50**	.43**		.53**	.53**		
(5)Supressão	.81**		.54**			.34*		
(6)Factor Neurótico	.44**	.41*		.53**	.34*		.68**	.45**
(7)Undoing				.47**		.68**		
(8)Pseudo-Altruísmo					.35*	.45**		
(9)Idealização						.78**	.42**	
(10)Formação Reactiva	.47**	.47**		.45**	.36*	.73**		
(11)Factor Imaturidade	.40*			.45**	.45**	.77**	.59**	.39*
(12)Projecção						.43**	.34*	
(13)Passivo-Agressivo		-.33*						
(14)Acting-out				.32*	.39*	.53**	.40*	
(15)Isolamento								
(16)Desvalorização	.39*				.37*	.43**	.39*	
(17)Fantasia Autística						.62**	.50*	
(18)Negação				.45**	.40*	.52**	.38*	.37*
(19)Deslocamento	.40*			.50**		.45**	.57**	
(20)Dissociação	.46**				.52**	.54**		.41**
(21)Clivagem						.54**	.47**	
(22)Racionalização	.46**				.58**	.60**		
(23)Somatização				.36*		.59**	.60**	

	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
(1)Factor Maturidade		.47**	.40*					.39*
(2)Sublimação		.47**			-.33*			
(3)Humor								
(4)Antecipação		.45**	.45*			.32*		
(5)Supressão		.36*	.45**			.39*		.37*
(6)Factor Neurótico	.78**	.73**	.77**	.43**		.53**		.43**
(7)Undoing	.42**		.59**	.34*		.40*		.39*
(8)Pseudo-Altruísmo			.39*					
(9)Idealização		.44**	.66**	.47**	.35*	.37*		.39*
(10)Formação Reactiva	.44**		.40*			.40*		
(11)Factor Imaturidade	.66**	.40*		.60**	.67**	.74**		.55**
(12)Projecção	.47**		.60*		.42**	.39*		.38*
(13)Passivo-Agressivo	.35*		.67**	.42**		.57**		
(14)Acting-out	.37*	.40*	.74**	.39*	.57**			
(15)Isolamento								
(16)Desvalorização	.39*		.55**	.38*				
(17)Fantasia Autística	.53**		.83**	.61**	.55**	.53**	.48**	.48**
(18)Negação		.47**	.49**			.39*		
(19)Deslocamento	.39*		.57**		.43**			.32*
(20)Dissociação	.47**	.37*	.54**					.33*
(21)Clivagem	.49**		.62**	.42**	.37*	.38*		.36*
(22)Racionalização	.46**	.65**	.54**			.52**		.39*
(23)Somatização	.58**		.78**	.41*	.51**	.44**		

	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)
(1)Factor Maturidade			.40*	.46**		.46*	
(2)Sublimação						.37*	
(3)Humor				.37*			
(4)Antecipação		.45**	.50**				.36*
(5)Supressão		.40*		.52**		.58**	
(6)Factor Neurótico	.62**	.52**	.45**	.54**	.54**	.60**	.59**
(7)Undoing	.50**	.38*	.57**		.47**		.60**
(8)Pseudo-Altruísmo		.37*		.41**			
(9)Idealização	.53**		.39*	.47**	.49**	.46**	.58**
(10)Formação Reactiva		.47**		.37*		.65*	
(11)Factor Imaturidade	.83**	.49**	.57**	.54**	.62**	.54**	.78**
(12)Projecção	.61**				.42**		.41*
(13)Passivo-Agressivo	.55**	.39*	.43**		.37*		.51**
(14)Acting-out	.53**				.38*	.52**	.44**
(15)Isolamento	.48**						
(16)Desvalorização	.48**		.32*	.33*	.36*	.39*	.46**
(17)Fantasia Autística		.41*	.38*	.33*	.47**		.65**
(18)Negação	.41*			.49**		.33*	.33*
(19)Deslocamento	.38*			.34*	.36*		.55**
(20)Dissociação	.33*	.49**	.34*			.50**	.46**
(21)Clivagem	.47**		.36*			.39*	.48**
(22)Racionalização		.33*		.50**	.39*		
(23)Somatização			.55**	.46**	.48**		

Nota: N=38; *p<.05 (two-tailed), **p<.01(two-tailed)