

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



**MECANISMOS DE DEFESA DO EGO, APOIO SOCIAL E AUTO-PERCEPÇÃO  
DO ENVELHECIMENTO EM ADULTOS MAIS VELHOS**

Andreia Catarina Inácio Marques

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2012**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**MECANISMOS DE DEFESA DO EGO, APOIO SOCIAL E AUTO-PERCEPÇÃO  
DO ENVELHECIMENTO EM ADULTOS MAIS VELHOS**

Andreia Catarina Inácio Marques

**Dissertação Orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Silva Duarte**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

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

**2012**



*Para os meus avós Elvira e Fernando, por me terem ensinado a lutar desde cedo pelo que vale a pena. Por terem sido um grande exemplo de força e coragem, e por terem acreditado em mim sempre.*

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todos os que tornaram possível este trabalho.

À Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva, pela compreensão, orientação e sugestões, disponibilidade e apoio totais.

Aos Participantes que tornaram este estudo possível, e com quem tive o prazer de contactar.

Aos meus pais e irmã pelo apoio incondicional nas adversidades que surgiram ao longo deste percurso.

Ao meu querido sobrinho simplesmente pelos sorrisos e abraços reconfortantes.

Aos profissionais de saúde que me acompanham e apoiam desde o início do ano, sem a ajuda dos quais teria sido impossível a realização deste trabalho.

Às minhas amigas Ângela, Eva, Helena e Rita, pelo apoio afecto que demonstraram nesta fase e pela partilha de opiniões e experiências.

A todos vós, o meu sincero obrigada.

## Resumo

O presente estudo tem como principal objectivo analisar a associação entre os mecanismos defensivos do ego e o apoio social percebido com a auto-percepção do envelhecimento, numa amostra de idosos pertencentes à população dita normal. A amostra aqui analisada é composta por 40 participantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e os 80 anos. Para avaliar a auto-percepção do envelhecimento foi utilizada a versão portuguesa do *Questionário de Percepções do Envelhecimento* (QPE) (Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey, & Conroy, 2007; Claudino, 2007). Os mecanismos de defesa foram avaliados a partir do *Questionário de Estilo de Defesa-40* (DSQ-40) (Andrews, Singh, & Bond, 1993; Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2008). O apoio social percebido foi avaliado pela *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) (Ribeiro, 1999). Os resultados permitiram verificar que a maioria das associações previstas nas hipóteses se confirmou: H1 – O Factor Imaturidade associa-se positivamente à dimensão Duração Crónica; H2 – O Factor Maturidade e Apoio Social associam-se positivamente à dimensão Consequências Positivas; H3 – O Factor Imaturidade associa-se positivamente à dimensão Consequências Negativas; H4 – O Factor Maturidade, o Apoio Social, a Situação económica e a Participação em Actividades associam-se em parte à dimensão Controlo Positivo; H5 – O Factor Imaturidade e a Classificação do Estado de Saúde Actual associam-se em parte à dimensão Controlo Negativo; H6 – O Factor Imaturidade associa-se positivamente à dimensão Representações Emocionais. Infirmou-se H7 – O Factor Imaturidade associa-se positivamente com a dimensão Identidade.

Assim, os resultados das associações obtidas mostram que os mecanismos de defesa maduros e a satisfação com o suporte social de amigos e familiares se associam positivamente às dimensões mais positivas da percepção pessoal de envelhecimento. Enquanto os mecanismos de defesa imaturos estão positivamente associados à percepção pessoal de envelhecimento relacionada com dimensões mais negativas.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento; Auto-percepção do envelhecimento; Mecanismos de defesa; Apoio social percebido.

## Abstract

This study aims to analyze the association between the defensive mechanisms of the ego and the perceived social support with the self-perception of aging in a sample of seniors belonging to the so-called normal population. The sample here analyzed comprises 40 participants of both sexes, aged between 65 and 80 years old. To evaluate the self-perception of aging, the Portuguese version of the Questionnaire of Perceptions of Aging (QPE) (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007; Claudino, 2007) was used. Defense mechanisms were evaluated from the Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40) (Andrews, Singh & Bond, 1993; Henriques Calado & Duarte Silva, 2008). The perceived social support was measured by the "Escala de Satisfação com o suporte social" (ESSS) (Ribeiro, 1999). The results allowed to verify that most associations from the hypothesis were confirmed: H1-the Immaturity Factor associates positively with the Chronic Duration dimension; H2-The Maturity Factor and Social Support associate positively with the Positive Consequences dimension; H3-the Immaturity Factor associates positively with the Negative Consequences dimension; H4-the Maturity Factor, the Social Support, the Economic Situation and the Participation in Related Activities associate in part with the Positive Control dimension; H5- the Immaturity Factor and the Current Health State Classification associate in part with the Negative Control dimension; H6-the Immaturity Factor associates positively with the Emotional Representations dimension; Only H7 was not confirmed- the Immaturity Factor associates positively with the Identity dimension.

Thus, the results of the obtained associations show that the mature defense mechanisms are associated with more positive dimensions of self-perception of aging as well as with the perception of perceived social support. Although the immature defense mechanisms are positively associated with personal aging perception related with more negative dimensions.

**Keywords:** Aging; Aging self-perceptions; Defense mechanisms of ego; Perceived social support.

## Índice

1. Introdução .....	1
1.1 Contextualização .....	1
1.2 O Envelhecimento .....	1
1.2.1 O Envelhecimento na Perspectiva de Vaillant .....	5
1.2.2 Envelhecimento e Apoio Social .....	6
1.2.3 A (auto) Percepção do Envelhecimento .....	8
1.2.4 Mecanismos de Defesa .....	13
2. Objectivos e Hipóteses .....	17
2.1 Objectivo Geral: .....	17
2.2 Hipóteses Específicas .....	17
3. Método .....	19
3.1 Participantes .....	19
3.2 Instrumentos .....	20
3.2.1 <i>Questionário Sócio-Demográfico</i> .....	20
3.2.2 <i>Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)</i> .....	21
3.2.3 <i>Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)</i> .....	21
3.2.4 <i>Defense Style Questionnaire-40</i> .....	22
3.3 Procedimentos .....	23
3.4 Procedimentos Estatísticos .....	24
4. Resultados .....	25

5. Discussão .....	32
5.1. A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.....	32
5.2 A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e o apoio social percebido numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.....	36
5.3 A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais, numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.....	37
6. Conclusão.....	42
6.1 Considerações Finais.....	42
6.2 Limitações do Estudo.....	44
6.3 Sugestões de Investigação .....	44
7. Referências bibliográficas.....	45

## Índice de Tabelas

Tabela 1.....	19
Tabela 2.....	25
Tabela 3.....	26
Tabela 4.....	27
Tabela 5.....	28
Tabela 6.....	29
Tabela 7.....	30

## Índice de Anexos

Anexos .....	52
Anexo I .....	53
Anexo II.....	55

## **1. Introdução**

### **1.1 Contextualização**

As várias teorias do envelhecimento saudável preconizam que o idoso tem um papel activo na regulação e avaliação da qualidade deste processo de envelhecimento. Por este motivo é considerado importante o estudo da auto-percepção de envelhecimento, uma vez que esta indica a avaliação do envelhecimento na primeira pessoa, reflectindo os pensamentos e julgamentos relacionados com este processo. Vários estudos demonstram que a auto-percepção do envelhecimento é um bom preditor do tipo de envelhecimento que os indivíduos terão. Os factores que influenciam a auto-percepção do envelhecimento podem ter várias naturezas. Este estudo aborda um factor interno – os mecanismos defensivos do ego, e um factor externo, o apoio social.

Assim, o principal objectivo deste trabalho centra-se na exploração da associação entre os diversos tipos de mecanismos defensivos, o apoio social e a percepção de envelhecimento em adultos de idade avançada.

No que respeita à organização deste trabalho, o Capítulo 1 apresenta o enquadramento teórico das temáticas em investigação, com base na revisão de literatura efectuada. O Capítulo 2 foca-se na descrição dos objectivos e das hipóteses formuladas no estudo. No Capítulo 3 é descrita a metodologia utilizada, incluindo a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos utilizados, o procedimento e os processos estatísticos aos quais se recorreu. No Capítulo 4 são apresentados os resultados obtidos. No Capítulo 5 são discutidos os resultados obtidos. Finalmente no Capítulo 6 tecem-se algumas considerações finais e são também referidas algumas limitações do estudo e colocadas sugestões para futuras investigações.

### **1.2 O Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida, segundo a perspectiva teórica *Life Span* (Baltes, 1987). Para autores como Fuller-Iglesias, Smith e Antonucci (2009), além da perspectiva *Life Span*, deve considerar-se ainda a perspectiva *Life Course*. A primeira

perspectiva trata, essencialmente, de processos endógenos diferenciais (microprocessos) ao longo de toda a existência - enquanto a segunda perspectiva se responsabiliza pelo estudo dos macroprocessos exógenos, ou seja, pelo estudo dos processos sociais que caracterizam e influenciam o meio ambiente do indivíduo. Para se chegar a uma melhor compreensão do processo de envelhecimento é necessário ter em conta aos aspectos focados por estas duas perspectivas. Assim é possível perceber este processo como dinâmico. Uma vez que abarca as diversas áreas de vida, tanto nas experiências positivas como negativas, pode ainda afirmar-se que se trata de um fenómeno multidimensional e multidireccional, embora a multidireccionalidade vá diminuindo à medida que a idade avança, pois numa idade muito avançada o processo de envelhecimento passa por mais perdas (George, 2010).

Se é verdade que vivemos numa sociedade que venera a juventude, em que uma aparência jovem é hipervalorizada, também é verdade que a idade real da nossa sociedade tende a aumentar. De acordo com os dados fornecidos pelo INE nos Censos de 2011, a população com idade superior a 65 anos aumentou significativamente (atinge os 19.4%) nos últimos 10 anos. Por outro lado, verifica-se uma diminuição da população entre os 0 e os 14 de 5%, e os 15 e os 24 de 22.5%, alterações também significativas. Estas evidências demográficas devem-se a vários factores, entre os quais, os principais são: a diminuição da taxa de mortalidade infantil, o aumento da esperança média de vida, devido aos avanços médicos e farmacológicos, ocorridos após a revolução industrial, e a diminuição da natalidade e da taxa de fertilidade, nas últimas décadas (Fontaine, 2000).

Ser jovem ou velho, depende da concepção de cada cultura, e do valor que esta atribui a cada uma destas etapas do ciclo de vida, uma vez que não são apenas processos físicos e psíquicos. Nos dias que correm, a velhice é muitas vezes mal aceite (Freitas, 2006; George, 2010). Os media, as estratégias de marketing ou mesmo a literatura, são meios que distorcem, muitas vezes, a experiência de ser velho, desvalorizando-a. Foram os 65 anos que surgiram como um marco pré-definido para “o início do fim”, com a chegada das políticas de reforma no séc. XX (Cattarell & Maclaran, 2001).

A mudança demográfica profunda é uma das principais razões para que seja cada vez mais necessário empreender o estudo da população envelhecida. Embora esta seja uma mudança relativamente recente, o interesse pelo estudo do envelhecimento já tem algumas décadas. Os indivíduos envelhecem de formas muito diversas, sendo bastante heterogéneos entre si. De acordo com Schroots e Birren (1980), o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial.

Factores como a idade cronológica, biológica e social, também dão conta da heterogeneidade e complexidade do desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida (Fontaine, 2000). Ao longo do tempo o processo de envelhecimento acarretou mitos, crenças e teorias que se foram clarificando. Platão (427-347A.C.) previa que o ser humano envelhecia tal como vivia, partia de cada um preparar-se ou não para as vicissitudes da velhice, consoante a vida que se ia levando. Mais tarde (383 – 322) Aristóteles considera o envelhecimento uma doença natural (Fernandez – Ballesteros, 2009).

Durante muitos anos o estudo do envelhecimento era abordado por teorias que relevavam apenas os aspectos mais negativos da velhice, como um caminhar numa única direcção – a morte (Havinghurst, Neugarten, & Tobin 1998). No entanto, outros estudos e teorias foram surgindo, contestando as definições de idosos como pessoas com baixa auto-estima, debilidade cognitiva, redes sociais muito reduzidas, entre outros aspectos, e defendendo um crescimento positivo. Todas estas teorias caracterizam este processo, no entanto, tendo em conta os aspectos biopsicossociais do desenvolvimento humano. Perante as transformações funcionais, de estatutos e de papéis, ao longo da vida, existe a necessidade constante de adaptação e acomodação externa e interna (Ribeiro & Paúl, 2011). Os especialistas afirmam que a velhice é vivida, em primeiro lugar, no corpo, mesmo que o indivíduo não se dê dela conta, e reaja aos sinais como as rugas, cabelos brancos, pele mais seca e menos elástica, deterioração visual e auditiva, lentidão nos reflexos entre outros (Silva, 2005). Estas características fazem parte do envelhecimento primário, enquanto o envelhecimento secundário é aquele em que já está implícito a patologia, e ambos são objecto de estudo da psicologia, ou “psicologias” do envelhecimento (Fontaine, 2000).

A velhice bem-sucedida é difícil de definir uma vez que é necessário ter em conta muitos indicadores e critérios, por vezes, muito relacionados (Rowe & Kahn, 1999). O conceito de envelhecimento bem-sucedido é considerado recente e contém alguma subjectividade devido à heterogeneidade do fenómeno de envelhecimento. Quando surgiu esta terminologia (envelhecimento típico *versus* envelhecimento bem-sucedido), distinguia apenas a diferença entre estados de saúde e doença, indicando que a ocorrência de um envelhecimento normal ou patológico como consequência do comportamento ao longo da vida (Birren & Cunningham, 1985).

Consideram-se diferentes perspectivas sobre o envelhecimento bem-sucedido, que distinguem as suas definições e abordagens pelo valor que dão aos aspectos mais objectivos ou mais subjectivos.

De acordo com a perspectiva biomédica e psicossocial apontada no modelo de Rowe e Kahn, as condições de envelhecimento bem-sucedido e patológico são consideradas trajectórias de um *continuum* que pode tender para o declínio ou para a minimização das perdas por meio de intervenções activas biopsicossociais. A velhice bem-sucedida está aliada à junção de três grandes classes de condições nas quais se inserem os critérios já referidos. A primeira é a probabilidade reduzida de doenças, em especial as que causam a perda de autonomia. A segunda compreende a manutenção de um elevado nível funcional no plano cognitivo e físico, o que por vezes se denomina de velhice óptima. A terceira é a manutenção de empenho social e do bem-estar subjectivo. Segundo os autores, existe uma relação hierárquica entre estas condições, ou seja, a ausência de incapacidade torna mais fácil manter o nível cognitivo e físico, o que permite que possa existir um maior compromisso com a vida (Kahn, 2002). Apesar de esta operacionalização enfatizar as capacidades funcionais dos idosos, acima descritas, não se podem descurar factores exógenos como o nível educacional, a prática de exercício físico ou a ausência de doenças crónicas (Depp & Jeste, 2006). Esta concepção de envelhecimento bem-sucedido considera a existência do declínio físico e cognitivo associado à idade, que é geneticamente determinado, mas pressupõe também a possibilidade de intervenção atrasando e limitando esse declínio. O apoio social tem uma grande responsabilidade nestas mudanças. Os resultados de um estudo que investigou os efeitos do apoio social nas mudanças do funcionamento físico em que os idosos foram acompanhados durante sete anos mostraram que os participantes mantiveram uma rede social mais alargada e uma condição física menos débil, em comparação com o grupo de controlo (Ungeret. al. citado por Kahn, 2002).

Baltes (2000) propôs que as mudanças referentes a esta etapa do ciclo de vida seguem um “guião”. E que o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado se desse “guião” fizerem parte os seguintes processos: selecção, optimização e compensação. Para Baltes e Baltes (1990), o desenvolvimento, ao longo do ciclo de vida, é essencialmente um processo de adaptação selectiva e transformação. O envelhecimento bem-sucedido (óptimo) ocorre quando o indivíduo consegue pois adaptar-se às perdas através dos processos de selecção, optimização e compensação (SOC). O foco deste modelo é a procura contínua de modos efectivos de lidar com as perdas, apelando a estratégias psicológicas e recursos internos concretos, aproximando-se de uma teoria de desenvolvimento adaptativo (Baltes & Smith, 2003). O indivíduo, à medida que vai envelhecendo, vai-se deparando com restrições e limitações físicas e cognitivas, por isso selecciona áreas em que se vai conseguindo “especializar” dando-lhes prioridade. Estas áreas são escolhidas, geralmente, porque permitem a satisfação e a regulação pessoal. A optimização, a

que se refere o modelo SOC, está relacionada com a promoção e utilização máxima dos recursos existentes e a procura de contextos facilitadores para atingir os objectivos seleccionados. A compensação diz respeito à aquisição de novos meios e recursos internos e externos dirigidos à prossecução dos objectivos, compensando perdas de recursos e meios antes disponíveis, podendo levar, por vezes, a mudanças de contextos e reajustamentos de objectivos (Baltes & Baltes, 1990; Vandebos, 1998; Smith & Jopp, 2006).

Kahn (2002) defende que o modelo biopsicossocial de Rowe e Kahn (1897), e o modelo de selecção optimização e compensação de Baltes e Baltes (1990) se complementam. Segundo este autor, o primeiro modelo coloca a ênfase da definição de envelhecimento bem-sucedido no facto de os idosos manterem ou melhorarem as suas capacidades físicas e cognitivas. O segundo modelo referido considera a importância da satisfação com a vida, a participação social e os recursos psicológicos.

### **1.2.1 O Envelhecimento na Perspectiva de Vaillant**

Para que o envelhecimento bem-sucedido não seja visto como um contra-senso, é necessário contemplar o conceito de envelhecimento a partir de três dimensões principais: declínio, mudança e desenvolvimento (Vaillant & Mukamal, 2001). Os dados indicam que os nossos sentidos começam a entrar em declínio a partir dos vinte anos, sendo que aos setenta já só conseguimos identificar metade dos cheiros que reconheceríamos aos quarenta. A mudança refere-se não só à mudança física, já referida como o primeiro sinal de envelhecimento detectado, mas também à mudança de hábitos e rotinas, que não é necessariamente adversa. Envelhecer pressupõe também desenvolvimento e amadurecimento, a metáfora usada pelos autores para explicar este amadurecimento é a de uma boa garrafa de vinho que desenvolve do trazo amargo para o adocicado com o passar dos anos. Os idosos são mais pacientes e tolerantes e mais capazes de compreender que “cada presente teve um passado e terá um futuro”. Por fim, e tal como a própria idade, a experiência vai aumentando com o passar do tempo. (Vaillant et al., 2001). Na perspectiva destes autores, podem identificar-se factores relacionados com o envelhecimento bem-sucedido: o estilo de *coping* adaptativo; casamento estável, ausência de consumo de substâncias tóxicas, como o tabaco e álcool; peso saudável acompanhado de exercício físico. Os dois factores mais significativos, segundo as pesquisas dos autores, são a elevada escolaridade e uma extensa rede familiar. Pelo contrário factores como *stress*,

longevidade familiar, níveis baixos de colesterol etc., não mostram uma relação directa com o sucesso nesta etapa (Vaillant, 2004). É a demonstração destes sete factores que leva os autores a afirmar que “o sucesso do envelhecimento assenta não tanto na sorte e nos genes, mas em nós próprios.

Conforme é possível verificar pelas diferentes abordagens apresentadas, o conceito de envelhecimento bem-sucedido está longe de ser consensual. É um processo que envolve múltiplos factores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores do funcionamento geral dos indivíduos. No entanto todas as abordagens referem ganhos e perdas associados a esta etapa, notando-se cada vez mais uma evidenciação da importância dos resultados ideais no processo de envelhecimento

Conclui-se que uma grande parte dos factores associados ao sucesso desta etapa de vida está relacionada com o controlo individual em muitos aspectos, o que significa que podem ser alvo de prevenção de intervenção ao longo do ciclo de vida. Mais do que avaliar estes factores, é importante relacioná-los com as percepções que os idosos têm de si mesmo como forma de poder avaliar, reflectir sobre, e mudar, se for caso disso, a vivência do envelhecimento.

### **1.2.2 Envelhecimento e Apoio Social**

A integração social dos idosos está relacionada de forma positiva com o sucesso do processo de envelhecimento. Integração social é um conceito que compreende a participação organizacional, actividade social, redes sociais de apoio, integração residencial e padrões de amizade, entre outros factores de ajustamento como satisfação de vida, ou saúde mental positiva (Kahana, 1982; citado por Paúl, 1997). Geralmente o envelhecimento é uma fase do ciclo de vida em que os idosos são sujeitos a grandes mudanças endógenas e exógenas. Estas mudanças podem ser fontes de grande *stress*, conforme são percebidas pelos idosos (e.g., reforma, morte de pares, perda de autonomia, declínio das capacidades físicas, etc.). O suporte dado pelas redes de apoio social assume assim uma dimensão importante tanto na integração do idoso como na mediação do *stress*, ou das situações que o provocam. O apoio social diz respeito à ajuda e assistência fornecida por pessoas de confiança (Ferreira & Marques, 2012). Pode ser entendido segundo as três seguintes componentes: a frequência de contacto com os outros, o apoio recebido, que diz respeito à quantidade real de ajuda que a rede social proporciona e finalmente o apoio percebido, que corresponde à crença de que os outros ajudam em caso de necessidade. Os

estudos referem que o apoio social percebido é o que traduz um efeito mais consistente no sucesso do processo de envelhecimento (Norris & Kaniasty, 1996; citados por Paúl, 2005).

As redes de apoio social foram definidas segundo critérios que distinguem o tipo de apoio prestado: dimensão da rede social; composição (membros familiares e não-familiares que compõem a rede social); frequência de contacto com a rede social; densidade (contacto entre os membros da rede social) (Ferreira & Marques, 2012). A partir destes critérios foram definidos os tipos de redes sociais: as informais e as formais (Ribeiro, 1999).

As redes sociais de apoio informais, mais relacionadas com o apoio e bem-estar psicológico em relação à satisfação com a vida, podem ainda dividir-se em dois grandes grupos: os familiares do idoso e os amigos, vizinhos e grupos sociais como Clubes Recreativos, Igreja etc.. As redes de apoio social informais familiares têm um papel importante especialmente na última fase de vida do idoso, quando as capacidades físicas e cognitivas já não permitem a autonomia. Embora a evolução da sociedade venha a alterar e a reduzir ao longo dos anos o apoio efectivo prestado aos idosos pelos familiares, depositando essa tarefa em técnicos especializados nas instituições e lares de terceira e quarta idade, os familiares continuam a ter um papel muito importante no que respeita à prestação de apoio instrumental/ técnico e no bem-estar psicológico, pois geralmente é aos familiares que os idosos recorrem em primeiro lugar (Paúl, 2005). Quanto à rede informal constituída por amigo e vizinhos, difere da primeira porque tem um carácter opcional dentro do meio social em que os idosos se inserem. Esta rede tem também um papel importante no apoio dos idosos, especialmente sob o ponto de vista emocional e instrumental na ausência de familiares, embora os estudos mostrem um declínio acentuado nas relações com amigos e vizinhos, relacionado com a proximidade da morte (Cummings & Henry, 1961; citados por Paúl, 1997).

As redes sociais de apoio formais estão mais relacionadas com o apoio instrumental/ físico, nas situações de declínio das capacidades funcionais dos idosos, temporárias ou permanentes. Desta rede social fazem parte os serviços estatais como os hospitais e os técnicos que neles trabalham e outros serviços de saúde como os domiciliários, segurança e assistência social. Mas também se incluem os serviços organizados a nível do concelho ou freguesia a que o idoso pertence, como é o caso dos centros de dia, lares ou apoio domiciliário. Este apoio formal opera sobre critérios específicos de ajuda obedecendo a procedimentos de avaliação, categorização e estabelecimento de regras para atender às necessidades dos idosos (Paúl, 1997; Paúl 2005).

É comum observar-se que o tamanho das redes sociais e consequentes ajudas mútuas diminuem com o aumento da idade, mas Due, Lund, Modvig, e Avlund, (1999) referem que esta é uma visão reducionista, uma vez que a investigação indica que o número de relações sociais próximas - aquelas que oferecem maior bem-estar e apoio percebido, são relativamente estáveis até uma idade bastante avançada. Os dados da investigação indicam também argumentos a favor da diminuição da rede social com o aumento da idade, por um lado, porque os idosos podem desinvestir nas relações que não são muito significativas, e por outro, porque as relações próximas e íntimas, que se vão perdendo, dificilmente são substituídas. Embora existam novas amizades na idade adulta avançada, não podem funcionar como substitutas de relações perdidas. (Carstensen, 1992). Por fim, e para desmistificar a relação entre a velhice e a solidão, tão frequente devido aos estereótipos e preconceitos sobre esta etapa de vida na nossa sociedade, a literatura indica que a existência de uma rede social grande não significa, necessariamente, a existência de relações próximas, ou a ausência de solidão. Viver sozinho não é o mesmo que estar sozinho, e por isso nem todos os que vivem sozinhos estão isolados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). A ideia de importância da satisfação com o apoio social prestado aos idosos, acima de tudo o apoio social percebido, é ilustrada nas conclusões do estudo de Tavares e Claudino (2010). Estas investigadoras concluíram que quando o idoso sente e percebe que tem apoio social indica também o aumento do bem-estar psicológico.

É possível adivinhar que o apoio social percebido se relacione de forma positiva com a auto-percepção do envelhecimento otimista, que por sua vez se traduz em estabilidade física e psicológica por parte dos idosos.

### **1.2.3 A (auto) Percepção do Envelhecimento**

A idade avançada é descrita como um processo degenerativo, uma viagem para a inutilidade e improdutividade. Os estudos mostram que, em geral, as pessoas sabem muito pouco sobre a idade avançada e a maioria apresenta estereótipos e preconceitos associados a uma percepção errada sobre o envelhecimento. Isto está relacionado com a discriminação enraizada no preconceito e generalizações abusivas sobre a idade. (Litwin 1994; Cheung et al.,1999; Paton et al.,2001; citados por Ron 2007).

Segundo Ron (2007), embora os estudos sobre a percepção do envelhecimento mostrem argumentos que defendem uma mudança positiva relativamente aos idosos, a imagem negativa

sobre este processo continua a ser frequente em pessoas de todas as idades, incluindo os cuidadores e os próprios idosos.

A investigação na área da auto-percepção do envelhecimento é inspirada pelo trabalho de G. H. Mead. Para este autor, o *self* é constituído por atitudes particulares individuais mas também pela organização das atitudes sociais ou do grupo social como um todo, ao qual o indivíduo pertence. As atitudes positivas e negativas são internalizadas e tornam-se parte individual do *self*. Assim, a auto-percepção dos idosos reflecte também as percepções dos outros, podendo tornar-se em expectativas ou predições de como o processo de envelhecimento decorrerá (Macia, Lahman, Baali, Boetsh & Chapuis - Lucciani, 2009). O fenómeno do envelhecimento deve ser estudado e compreendido a partir das percepções e experiências individuais. Embora este seja um processo constantemente ligado a preconceitos negativos, relacionados com o declínio físico e mental, a auto-percepção do envelhecimento e da idade avançada depende das interacções entre os sistemas culturais e sociais, permitindo uma melhor compreensão da população envelhecida, dependendo dos vários contextos em que está inserida (Demakakos, Gjonca & Nazroo, 2007).

A maneira como os idosos desenvolvem percepções acerca do seu próprio envelhecimento evolui em duas etapas. A primeira prende-se com as expectativas internalizadas, ao longo da vida, sobre a idade avançada. São expectativas que abrangem atributos passíveis de diminuir ou aumentar durante o ciclo de vida e por isso considera-se que não têm relevância directa na formação da auto-percepção de envelhecimento. A segunda etapa diz respeito às expectativas relacionadas com as situações quotidianas do idoso (Levy, et.al., 2002). A percepção de alguém sobre si próprio é um processo de identificação dos estímulos do meio envolvente. Shin, Kim e Kim (2002) defendem que os dados obtidos sobre a percepção em relação ao processo de envelhecimento são integrados em sete grupos básicos que constituem a mudança e controlo sobre o corpo, a percepção da idade, o espaço físico, o rumo de vida e a re-estruturação de relações significativas.

A auto-percepção do envelhecimento pode definir-se, assim, como o conjunto de crenças dos indivíduos mais velhos acerca do seu próprio envelhecimento, podendo afectar o seu funcionamento físico e cognitivo (Levy, Slade & Kasl, 2002). Segundo estes investigadores, a maioria dos estudos foca-se em factores preditores de sobrevivência negativos como a doença, e o declínio cognitivo e mental. Durante toda a vida os indivíduos vão assimilando e acomodando estereótipos relacionados com a velhice. Estes estereótipos negativos e positivos são reforçados,

tornando-se auto-estereótipos, ou seja, os idosos passam a ter crenças sobre si próprios que foram criando, ao longo da vida, acerca a população deste grupo etário (Levy, 2008).

Embora as ideias negativas pré-concebidas sobre os idosos prevaleçam na cultura ocidental actual, isso não significa que a auto-percepção que os idosos têm seja decisivamente negativa. Ainda que todos convivam com os mesmos estereótipos negativos, as características diferenciais como a personalidade têm um peso muito importante no modo como os estereótipos são recebidos e internalizados (Levy, et al., 2002). No entanto, de acordo também com o estudo das características diferenciais como a personalidade, uma investigação realizada para relacionar os estereótipos negativos com os traços de personalidade mostrou que a inflexibilidade (*rigidity*) foi o único que mereceu a atenção dos investigadores (Schultz & Searlman, 2002 citado por Levy, 2008). Estudos posteriores revelaram que a inflexibilidade é preditora do tipo de crenças que os idosos têm acerca dos outros idosos e do seu próprio envelhecimento. Nesta ordem de ideias quanto maior fosse o nível de inflexibilidade detectado num indivíduo, maior seria a probabilidade de este apresentar estereótipos negativos acerca do envelhecimento, o que por sua vez corresponderia a uma auto-percepção também negativa. Quando os estereótipos negativos são internalizados, os idosos tendem a manter sentimentos em relação ao seu próprio grupo etário tão negativos ou mais do que os que sentem pelo grupo dos mais novos (Nosek, Banaji & Greenwald, 2002; citados por Levy, Slade & Kasl, 2002). O estudo de Ron, em 2007, também apresenta evidências sobre as expectativas e atitudes negativas dos idosos em relação ao envelhecimento. Os resultados indicaram que quanto mais negativa era a percepção de envelhecimento dos idosos, pior era a avaliação que faziam em relação ao seu estado de saúde, que consideravam geralmente mau.

As pesquisas de Levy e colaboradores em 2002 deram conta do facto que indivíduos idosos, que haviam assimilado um estereótipo positivo acerca do envelhecimento, apresentaram uma longevidade maior, gozando de melhor saúde funcional, ao longo do tempo, do que os idosos que haviam integrado estereótipos negativos relativos ao envelhecimento. Estes estudos levaram ao desenvolvimento de outros que relacionam a auto-percepção com outras variáveis como a saúde, o bem-estar ou a longevidade. As crenças sobre o envelhecimento predizem a incapacidade funcional e a mortalidade nos mais velhos, apresentando um impacto diferente na saúde funcional, conforme a sua classificação como positivas ou negativas (Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey & Conroy, 2007). Existem dados que corroboram a tese de que as crenças acerca do envelhecimento predizem as causas da mortalidade. Os indivíduos com uma auto-percepção

de envelhecimento positiva apresentam menor probabilidade de morrer devido a problemas respiratórios do que os indivíduos com uma auto-percepção de envelhecimento negativa, para além de colocarem em prática comportamentos mais saudáveis e preventivos, ao longo do tempo (Levy & Myers, 2005). Um estudo longitudinal de 16 anos, de Sargent-Cox, Anstey e Luzcz em 2012, atesta os dados dos estudos de Levy e colaboradores, na medida em que conclui que a auto-percepção positiva do envelhecimento prediz as trajectórias positivas do funcionamento físico geral e ainda que o contrário não é recíproco, ou seja, um funcionamento físico débil não prediz o tipo de auto-percepção do envelhecimento, só por si.

Assim, mais do que a associação a estereótipos culturais e preconceitos de subvalorização, a auto-percepção do envelhecimento está relacionada com vários factores psicossociais que têm necessariamente de ser levados em conta de modo a alcançar estudos mais rigorosos sobre este fenómeno. Os factores psicossociais a ter em conta são muitos, entre eles destacam-se: comportamentos que promovem a saúde ou a colocam em risco; processos fisiológicos (e.g., endócrinos); maneiras de lidar com as vicissitudes da idade avançada ou a exposição a factores de risco diversos (Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gestorf, & Smith, 2009). A idade cronológica também tem um papel importante no modo como os idosos encaram a auto-percepção do seu envelhecimento. Segundo Chasteen (2000), é esta dimensão que permite entender que os mais velhos revelem aspectos mais positivos em relação à percepção do envelhecimento do que os mais novos. No entanto, a idade subjectiva não pode ser ignorada, pois a auto-percepção positiva do envelhecimento está também relacionada com a satisfação em relação ao avanço da idade e à idade que o sujeito sente que tem (Kotter-Grühnet al., 2009). Embora alguns autores defendam que a auto-percepção positiva do envelhecimento é uma negação do mesmo, os idosos com uma idade subjectiva mais jovem e maior satisfação com o processo de envelhecimento mostram maiores capacidades de adaptação às perdas relacionadas com o envelhecimento (Sneed & Whitbourne, 2005). Estes autores sugerem que a constância da auto-percepção positiva do envelhecimento indica uma boa adaptação aos *handicaps* físicos, psicológicos e sociais que ocorrem durante este processo. Com o avançar da idade, as perdas e as mudanças negativas são cada vez mais e nas mais diversas áreas de vida, por isso, manter a auto-percepção do envelhecimento sempre positiva pode ser cada vez mais difícil com a proximidade da morte. Quando os idosos sentem o declínio das suas funções (cognitivas e físicas), é possível que atribuam esse facto ao envelhecimento, decrescendo assim, cada vez mais, a identificação positiva com o processo de envelhecimento (Kotter-Grühn, 2009).

Para compreender melhor o fenómeno do envelhecimento, Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007) defendem a adopção do modelo de auto-regulação de Leventhal. Este modelo foca-se na auto-regulação do comportamento e das experiências (positivas e negativas) e é aplicado geralmente na área da saúde distinguindo algumas dimensões que relacionam a saúde com os estados psicológicos: *coping*, humor, adaptação funcional, e adesão às recomendações médicas (Leventhal et. al. citados por Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R., Cameron D.L., & Buick D., 2002). Contudo, os conceitos subjacentes a este modelo foram utilizados para o estudo da adaptação a diferentes elementos stressores como o processo de envelhecimentos (Barker et al., 2007). Desta forma surge adaptação deste modelo ao contexto de envelhecimento. Como dimensões da percepção desta experiência surgem: a) a Identidade, que trata as crenças relacionadas com o envelhecimento e as alterações na saúde e áreas do funcionamento geral; b) a Duração está relacionada com a consciência do envelhecimento no indivíduo. Esta dimensão compreende duas categorias - Duração Crónica (o envelhecimento é sentido como tendo uma natureza crónica e permanente) e Duração Cíclica (são sentidas alterações ao longo do processo de envelhecimento); c) Consequências Positivas e Consequências Negativas, dimensão que diz respeito ao impacto do envelhecimento na vida do sujeito (quando se considera que envelhecer pode trazer coisas boas ou, pelo contrário, quando se considera que envelhecer será difícil, respectivamente); d) o Controlo prende-se com as crenças pessoais sobre formas de gestão da experiência do envelhecimento. Esta dimensão também se divide em duas categorias - Controlo Positivo, relacionado com o controlo sobre experiências positivas e Controlo Negativo, dizendo respeito às experiências negativas; e e) Representações Emocionais que tratam a resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo essas respostas emocionais negativas associadas ao declínio funcional e a estratégias de *coping* ineficazes (Barker et al., 2007).

De facto, segundo os vários autores, a auto-percepção do envelhecimento é um constructo que abarca várias dimensões da vida e do meio ambiente que rodeia o idoso. E é por esta razão que continua a ser necessário investigar nesta área, para que se possa, cada vez mais, identificar os factores stressores que levam a uma má adaptação nesta última fase do ciclo de vida. E assim, deste modo, poder promover-se uma atitude positiva face às mudanças a que a idade avançada e a proximidade da morte conduzem.

#### 1.2.4 Mecanismos de Defesa

Freud verificou que os afectos podiam ser deslocados para pensamentos, por meio de mecanismos inconscientes que mais tarde ele próprio designou por “dissociação”, “recalcamento” e “supressão”. Mais tarde estes pensamentos poderiam vincular os mesmos afectos a outros objectos, mecanismo que Freud viria a identificar como “ projecção”. Este mecanismo foi identificado na sua prática clínica quando os lugares de sujeito e objecto se revertiam. Durante alguns anos Freud e a sua filha Anna Freud dedicaram bastante atenção ao estudo dos mecanismos de defesa, identificando cinco grandes propriedades: 1) as defesas são o melhor meio de lidar com os conflitos e os afectos; 2) as defesas são relativamente inconscientes; 3) as defesas diferem entre si; 4) embora possam aparentar-se com sintomas psiquiátricos as defesas são reversíveis; 5) as defesas podem ser adaptativas mas também podem ser patológicas (Anna Freud, 1966; Vaillant, 1994).

Segundo Vaillant (2000), existem estratégias cognitivas que são utilizadas, consciente e intencionalmente, para lidar com uma situação desagradável, mas também existem mecanismos mentais involuntários que distorcem as percepções da realidade, interna e externa, para reduzir o *stress* subjectivo e o impacto das mudanças súbitas, levando a percepções alteradas, mais ou menos, adaptadas à realidade. Esta é a grande distinção entre mecanismos de *coping* e mecanismos de defesa, respectivamente.

Ao longo do tempo as investigações sobre os mecanismos defensivos do ego têm sofrido altos e baixos, avanços e recuos. Embora estes estudos tenham sido alvo de grande atenção entre as décadas de 1930-1960, foram muito contestados devido à conceptualização de “mecanismo defensivo do ego” em si. Os críticos da época alegaram, por exemplo, que as alterações das memórias evidenciadas no estudo do recalcamento, poderiam ser devidas a meras flutuações na atenção. (Holmes, 1972, 1974, 1990 citado por Cramer, 2000). Em 1998 Vaillant identificou alguns problemas relacionados com o estudo dos mecanismos defensivos do ego. O primeiro problema identificado prende-se com a natureza das defesas intrapsíquicas e com o cunho psicanalítico que lhes confere um carácter tabu. O segundo problema identificado refere-se às dificuldades psicométricas em relação aos mecanismos de defesa, uma vez que a medida destes mecanismos é sujeita à contaminação pela contratransferência e pela projecção do observador. A terceira dificuldade que Vaillant reconheceu está relacionada também com o aspecto psicométrico mas, desta feita, em relação à fiabilidade dos instrumentos de auto-relato sobre as defesas. O quarto problema diz respeito à própria definição de “defesa”, que é tida como

ambígua, pois existe uma grande variedade de categorias as quais nem sempre têm o mesmo significado consoante o autor que as propõe e define. O quinto problema está associado ao facto de o mecanismo defensivo ser um processo dinâmico derivado de crises (conflitos intrapsíquicos). O sexto problema reside na dicotomia “consciente”/“inconsciente”, pois é difícil definir empiricamente os processos conscientes e inconscientes. Apesar de existirem estes problemas relacionados com a investigação no campo dos mecanismos de defesa, o autor defende que a investigação deve continuar. Independentemente do quanto negarmos a existência de mecanismos de defesa do ego, do nome que lhe dermos, ou da metodologia que usarmos, estes fenómenos continuarão a existir, farão sempre parte da nossa realidade (Vaillant, 1998). Por isso o autor defende que os mecanismos de defesa merecem ser compreendidos e estudados, uma vez que fornecem uma base de diagnóstico para compreender a angústia e gerir melhor os pacientes mais desorganizados e frustrados psicologicamente (Vaillant, 1994).

Alguns mecanismos defensivos podem ser considerados mais saudáveis que outros. Por isso foi dedicada muita atenção à organização de uma hierarquia dos mecanismos defensivos tendo em conta a adaptabilidade, desde a sua descoberta (Anna Freud, 1966; Engel, 1962; Lazarus, 1983; e Menninger 1963; citados por Vaillant & McCullough, 1998). Contudo a investigação evoluiu muito pouco no sentido de saber quais os mecanismos defensivos que permanecem estáveis ao longo do ciclo de vida, e também no sentido de perscrutar até que ponto a avaliação dos mecanismos de defesa através de inquéritos de auto-relato é válida (Seagal, Coolidge & Mizuno, 2007). Estes autores concluíram que os mecanismos defensivos mais adaptativos (factor maduro) são características relativamente estáveis ao longo do tempo.

Em 1993, Andrews, Singh e Bond desenvolveram um instrumento de auto-relato com o objectivo de clarificar esta hierarquia, segundo a qual os mecanismos de defesa seriam aqueles que levam a uma maior adaptabilidade à realidade e os menos saudáveis o contrário – o DSQ-40. Este instrumento é uma versão reduzida do original DSQ-88, (Bond & Wesley, 1996). Este instrumento apresenta quarenta situações de conflito, sobre as quais os indivíduos tomam decisões acerca dos comportamentos relacionados com estes conflitos, conforme o seu estilo defensivo característico. Estão contemplados, neste questionário, o total de vinte mecanismos de defesa do ego que podem ser avaliados de acordo com as respostas dos participantes. Da avaliação destes vinte mecanismos de defesa resultam os três grandes factores finais.

O Factor Maturidade é composto pelos mecanismos de defesa mais saudáveis: a) Sublimação é o mecanismo que permite a resolução indirecta de conflitos internos recorrendo a

meios socialmente aceitáveis, gratificantes, de forma construtiva e sem consequências adversas. Torna os afectos aceitáveis e as ideias mais motivadoras; b) o Humor é o mecanismo que permite ao indivíduo expressar experiências afectivas dolorosas de um modo espontâneo e sem incómodo para si e para quem o rodeia. O humor “maduro” permite ao indivíduo olhar directamente para o que lhe é penoso, mas “é como um castelo de cartas”, requer muita delicadeza e *timings* certos; c) a Antecipação, como o próprio nome indica, consiste no mecanismo de defesa que permite ao indivíduo a previsão de situações realistas que podem ser desconfortáveis e ansiogénicas para si; d) a Supressão é o mecanismo defensivo que envolve a decisão de adiar a atenção prestada a um impulso ou conflito (Vaillant; Bond & Vaillant; 1986). Estas defesas adaptativas/ maduras são mais comuns em pessoas mentalmente saudáveis e vão-se mostrando cada vez mais presentes a partir do início da idade adulta, e são associadas à saúde mental, se “saúde mental” for medida através de conceitos como “bem-estar subjectivo”, “maturidade psicossocial”, “sucesso ocupacional”, “variedade e estabilidade de relações pessoais”, ou “ausência de psicopatologia” (Vaillant; 2000).

As defesas Neuróticas demonstram pouca associação com sintomas específicos ou empobrecimento das relações sociais (Vaillant, 1992). O Factor Neurótico inclui os seguintes mecanismos defensivos: a) *Undoing* (anulação) é a defesa que equilibra os afectos direccionados a determinado objecto de modo a que esses afectos possam não ser sentidos, como se se pudessem controlar e apagar; b) o Pseudo-Altruísmo, quando utilizado como defesa, envolve retirar prazer de dar aos outros aquilo que eles gostariam de receber; c) a Idealização é a defesa que consiste em conferir características aos outros ou às necessidades dos outros; d) a Formação Reactiva é o mecanismo defensivo que faz com que o indivíduo transforme afectos negativos em positivos, ou o contrário (Vaillant, 1992).

O Factor Imaturidade é composto por mecanismos defensivos mais “arcaicos”, associados a sintomas específicos e a afastamento social, complicando a adaptação dos indivíduos à realidade: a) a Projecção é o mecanismo defensivo que consiste em direccionar para o outro as acções, impulsos e afectos próprios, inaceitáveis para o ego; b) Passivo-Agressivo consiste no mecanismo que direcciona a agressividade do próprio para o outro, ou para si mesmo, de forma passiva, pouco expansiva; c) *Acting-Out* caracteriza-se pela expressão motora directa de um impulso, permitindo que o indivíduo continue a ignorar o afecto que fez surgir o impulso, mantendo-o inconsciente (agir equivale a evitar tomar “consciência de”); d) Isolamento é o mecanismo defensivo que permite ao indivíduo separar as componentes afectivas e

cognitivas de uma mesma experiência; e) Desvalorização consiste na atribuição de características extremamente negativas a si mesmo e aos outros; f) Fantasia Autística é a defesa que se traduz na retirada do indivíduo para um mundo de fantasia, para poder fugir aos conflitos internos; g) a Negação é o mecanismo defensivo utilizado quando a percepção da realidade externa é alterada pela negativa, de modo a ser aceitável; h) o Deslocamento é o mecanismo que direcciona, para um novo objecto, os afectos relacionados com um primeiro objecto; i) a Dissociação é o mecanismo defensivo que, perante um conflito intrapsíquico, permite ao indivíduo mudar as características da sua personalidade de forma a fugir a este conflito; j) Clivagem é o mecanismo que permite ao indivíduo dividir o *self* ou o objecto em partes boa e má; k) A Racionalização é a defesa que utiliza argumentos da lógica para evitar a angústia que traduz o conflito; l) Somatização é o mecanismo de defesa que se traduz em sintomas físicos desproporcionais os conflitos intrapsíquicos (Vaillant, 1992; Vaillant, 2000).

Na nossa sociedade, prevalece a ideia negativa relacionada com o envelhecimento, admitindo a rigidez dos mecanismos de defesa menos adaptativos nesta etapa (Zarit, S. H. & Zarit, J. M., 1998, citados por Seagal, et al., 2007). A investigação de Seagal e colaboradores veio contradizer mitos e preconceitos relacionados com o declínio psicológico dos mais velhos, em relação aos mecanismos de defesa. Um exemplo dessa contradição é o resultado que mostra pontuações mais elevadas em mecanismos defensivos imaturos como a Passivo-Agressivo, Fantasia Autística e Somatização, em adultos jovens, deitando por terra o mito de que os idosos estão sempre preocupados com as doenças do corpo. Esta investigação também forneceu dados que permitiram concluir que, ao longo da vida, é de esperar que os estilos defensivos de cada um se tornem mais adaptativos, mais maduros (Seagal, et. al., 2007).

Este trabalho foca-se, sobretudo, na percepção que os indivíduos de idade avançada têm do seu processo de envelhecimento, sobre os mecanismos de defesa que estes indivíduos utilizam, e a satisfação que usufruem com o apoio social de familiares e amigos. Procura-se explorar as relações entre todas estas experiências.

## 2. Objectivos e Hipóteses

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

### 2.1 Objectivo Geral:

O objectivo principal desta investigação é analisar a associação entre os mecanismos defensivos do ego e o apoio social com a auto-percepção do envelhecimento numa amostra de idosos pertencentes à população normal e em contexto não-institucional.

Contemplando este objectivo e, com base na revisão de literatura efectuada, colocou-se a seguinte hipótese geral: *“As auto-percepções do envelhecimento associam-se ao tipo de mecanismo defensivo do ego e ao apoio social percebido.”*

### 2.2 Hipóteses Específicas

**Hipótese 1:** Estima-se que o “Factor Imaturidade” dos mecanismos de defesa esteja associado positivamente à dimensão “Duração Crónica” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 2:** Estima-se que o “Factor Maturidade” e factor “Apoio Social” estejam associados positivamente à dimensão “Consequências Positivas” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 3:** Estima-se que o “Factor Imaturidade” esteja associado positivamente a dimensão “Consequências Negativas” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 4:** Estima-se que o “Factor Maturidade”, “Apoio Social”, “Participação em Actividades” e “Situação Económica” estejam associados positivamente à dimensão “Controlo Positivo” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 5:** Estima-se que o “Factor Imaturidade” e “Classificação do Estado de Saúde Actual” estejam associados positivamente à dimensão “Controlo Negativo” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 6:** Estima-se que o “Factor Imaturidade” esteja associado positivamente com a dimensão “Representações Emocionais” da auto-percepção do envelhecimento.

**Hipótese 7:** Estima-se que o “Factor Imaturidade” e “Classificação do Estado de Saúde Actual” estejam associados positivamente com a variável “Identidade”.

### 3. Método

#### 3.1 Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 40 participantes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 65 e os 80 anos ( $M=72.43$  e  $DP=4.12$ ). A não institucionalização, e a ausência de patologia psiquiátrica e outros défices conhecidos também foram requisitos a ter em conta na selecção da amostra, uma vez que a investigação tem como alvo, idosos pertencentes à população dita normal. Os participantes deste estudo são adultos mais velhos integrados numa comunidade de características rurais, possuindo autonomia suficiente para realizar as tarefas impostas pelo dia-a-dia.

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas e psicossociais da amostra em estudo.

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica e psicossocial da amostra*

	<b>Frequências</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	40
Masculino	24	60
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	0	0
Casado	31	77.5
Viúvo	8	20
Divorciado	1	2.5
<b>Escolaridade</b>		
Ausência de Escolaridade	2	5
Primário Incompleto	15	37.5
Primário Completo	19	47.5
Secundário Incompleto	4	10

<b>Com quem vive</b>		
Sozinho	6	15
Cônjuge	31	77.5
Filhos	3	7.5
<b>Participação em Actividades</b>		
Domésticas/ Familiares	28	70
Centro de Dia	3	7.5
Grupos Recreativos/ Igreja	2	5
Centradas nos Amigos	3	7.5
Outras	4	10
<b>Situação Económica</b>		
Insatisfatória	8	20
Pouco Satisfatória	16	40
Satisfatória	11	27.5
Boa	5	12.5

Nota: N = 40

## 3.2 Instrumentos

### 3.2.1 *Questionário Sócio-Demográfico*

Para operacionalizar as variáveis a controlar, foi administrado um Questionário Sócio-Demográfico (Anexo II). Este questionário foi construído com o intuito de recolher informação mais específica sobre os participantes. O instrumento permite avaliar variáveis sociodemográficas e psicossociais de vários tipos. Optou-se pela operacionalização dos dados sociodemográficos a obter em variáveis qualitativas/categoriais tanto nominais como ordinais, de forma a simplificar o processo de resposta por parte dos participantes e o tratamento estatístico dos dados.

### **3.2.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

Para operacionalizar a variável designada por *apoio social*, utilizou-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Esta escala foi desenvolvida e validada por Ribeiro (1999). Consiste numa escala de auto-preenchimento, composta por 15 frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (se a frase se aplica ou não à sua situação individual), apresentada numa escala de tipo Likert com 5 posições de resposta, variando entre 1 “concordo totalmente” e 5 “discordo totalmente”. A ESSS permite extrair quatro dimensões ou factores: 1) “Satisfação com Amigos” que mede a satisfação com as amizades/amigos que o participante tem, inclui cinco itens (itens 3,12,13,14,15) e apresenta uma consistência interna de .83; 2) “Intimidade” mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1,4,5,6) que têm uma consistência interna de .74; 3) “Satisfação com a Família” mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9,10,11), que têm uma consistência interna de .74; 4) “Actividades Sociais” mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza. Inclui três itens (itens 2,7,8) que têm uma consistência interna de .64. A escala permite ainda a obtenção de um score global (Apoio Social), correspondendo as notas mais altas a percepção de maior satisfação com o suporte social. A escala total mostra uma consistência interna de .85.

### **3.2.3 Questionário de Percepções de Envelhecimento (QPE)**

O QPE é um questionário de auto-relato que permite avaliar a auto-percepção do envelhecimento, através de oito escalas distintas: a Identidade, que trata as crenças relacionadas com o envelhecimento e as alterações na saúde e áreas do funcionamento geral; a Duração está relacionada com a consciência do envelhecimento no indivíduo. Esta dimensão compreende duas categorias - Duração Crónica (o envelhecimento é sentido como tendo uma natureza crónica e permanente) e Duração Cíclica (são sentidas alterações ao longo do processo de envelhecimento); Consequências Positivas e Consequências Negativas, dimensão que diz respeito ao impacto do envelhecimento na vida do sujeito (quando se considera que envelhecer pode trazer coisas boas ou, pelo contrário, quando se considera que envelhecer será difícil, respectivamente); o Controlo prende-se com as crenças pessoais sobre formas de gestão da experiência do envelhecimento. Esta dimensão também se divide em duas categorias - Controlo

Positivo, relacionado com o controlo sobre experiências positivas e Controlo Negativo, dizendo respeito às experiências negativas; e Representações Emocionais que tratam a resposta emocional gerada pelo envelhecimento, sendo essas respostas emocionais negativas associadas ao declínio funcional e a estratégias de *coping* ineficazes (Baker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy, 2007).

Os participantes são inquiridos sobre as suas experiências de envelhecimento, com questões específicas, focando a percepção de envelhecimento. Para isso utilizam-se as dimensões do Modelo de Auto-Regulação de Leventhals, adaptadas ao contexto do envelhecimento. Assim o participante avalia um conjunto de 32 afirmações, classificando-as de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Discordo Fortemente”, 2 corresponde a “Discordo”, 3 corresponde a “Não Concordo nem Discordo”, 4 corresponde a “Concordo” e 5 corresponde a “Concordo Fortemente”. A escala de Identidade consiste na avaliação do conjunto de 17 possíveis alterações relacionadas à saúde. É solicitado aos participantes que indiquem, de acordo com as suas vivências pessoais, a experiência destas mudanças nos últimos 10 anos (1= Sim, 0 = Não). Quando se verifica uma resposta afirmativa, é ainda solicitado ao participante que indique se, na sua opinião, essa mudança se deve ao envelhecimento ou não (1= Sim, 0 = Não).

Tendo em conta os dados psicométricos disponíveis, o QPE apresenta coeficientes de alfa de Cronbach situados acima de .70 e tipicamente superando o valor de .80, sugerindo uma boa consistência e fiabilidade da medida (Baker et al., 2007). No estudo português, realizado em 2011 com a amostra de 146 indivíduos, o estudo da consistência interna do QPE apresentou os seguintes dados: .82 para a escala “Consequências Negativas”, .64 para a escala “Consequências Positivas”, .73 para “Controlo Negativo”, .74 na escala “Controlo Positivo”, .78 para a escala “Duração Cíclica”, .70 para “Duração Crónica” e .83 para “Representações Emocionais” (Yassine, 2011).

#### **3.2.4 *Defense Style Questionnaire-40***

O questionário usado para medir a utilização do tipo de mecanismos de defesa foi o *Defense Style Questionnaire-40* (Andrews, Singh, & Bond, 1993), reduzido. Esta versão é composta por 40 itens do original *Defense Style Questionnaire-88* (Bond & Wesley, 1996) e adaptada à população portuguesa por Henriques-Calado (2008). Este instrumento foi escolhido devido à base teórica psicodinâmica que o suporta (Vaillant, 1992), mas também por se tratar de

um inquérito de auto-relato que visa avaliar derivados conscientes dos mecanismos de defesa através da demonstração do estilo defensivo característico do sujeito, seja consciente ou inconsciente, perante situações de conflito descritas (Andrewset al., 1993).

O *Defense Style Questionnaire-40 (DSQ-40)* (Andrewset al., 1993; Henriques-Calado, 2008) avalia um total de vinte mecanismos de defesa, tendo o questionário dois itens correspondentes a cada defesa. A análise factorial deste questionário mostra a existência de três factores/estilos de defesa – o Factor Imaturidade, Factor Neurótico e Factor Maturidade. 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 e 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 e Formação Reactiva – itens 7 e 28). 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 e Recalcamento – itens 2 e 25). A resposta aos itens é organizada segundo uma escala que varia entre 1 (discordo totalmente) e 9 (concordo totalmente). As pontuações entre 1 e 4 pontos indicam o recurso reduzido do mecanismo de defesa em causa. Uma pontuação de 5 pontos indica o recurso regular do mecanismo de defesa e uma pontuação entre 6 e 9 pontos o recurso elevado desse mecanismo. Os resultados para cada mecanismo de defesa resultam da média entre as pontuações obtidas dos itens respectivos, e os resultados para cada estilo defensivo resultam da média das pontuações alcançadas no conjunto de mecanismos de defesa que faz parte desse factor. Num estudo de 2012, com uma amostra de 75 participantes, o instrumento apresenta uma consistência interna de .82 para o Factor Imaturidade, .70 para o Factor Neurótico e .61 para o Factor Maturidade (Couto, 2012)

### **3.3 Procedimentos**

A amostra foi recolhida entre Julho e Setembro de 2012, sendo os participantes residentes em várias aldeias do concelho de Alcobaça, distrito de Leiria.

Para a realização do presente estudo foram aplicados três questionários a 40 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 80 anos, inclusive, não institucionalizados.

Num primeiro momento, foi dada uma explicação oral breve a cada participante, acerca do objectivo do estudo, foi também garantida a confidencialidade dos dados a requerer. Após a assinatura da Declaração de Consentimento Informado (Anexo I) foram recolhidos alguns dados sociodemográficos relativos a variáveis como o género, idade, nacionalidade, naturalidade, escolaridade e situação familiar sob a forma de questionário (Anexo II).

De seguida foram aplicados os três instrumentos pela investigadora, relendo as instruções quando necessário, clarificando questões relacionadas com a linguagem/vocabulário, conteúdos dos itens e pontuações das escalas.

A totalidade das aplicações foi realizada em locais públicos (Clubes Recreativos, Casa do Povo, Juntas de Freguesia, Igrejas e Jardins) e contou com a grande disponibilidade e prestabilidade dos participantes solicitados.

### **3.4 Procedimentos Estatísticos**

Neste estudo recorreu-se a dois procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados. A estatística descritiva foi usada para realizar os cálculos da média e desvio-padrão, ou das frequências e percentagens, consoante o tipo de variáveis em causa, caracterizando os dados sociodemográficos dos participantes e os resultados obtidos com a aplicação dos dois instrumentos. Para testar a normalidade da distribuição da amostra utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, indicando que a amostra segue uma distribuição não normal.

Como estatística específica foi feito um estudo correlacional utilizando o coeficiente de Spearman dada a natureza da distribuição “não normal” da amostra. Foi utilizado para o tratamento estatístico dos dados o programa *IBMStatistical Package for the Social Sciences*(SPSS, versão 20).

## 4. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos relativamente à auto-percepção do envelhecimento por parte dos idosos, aos mecanismos de defesa destes e à sua satisfação com o apoio social. Também são apresentados os dados correlacionais entre auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa e entre auto-percepção do envelhecimento e apoio social.

Seguidamente procede-se à caracterização da auto-percepção do idoso no que respeita ao seu próprio processo de envelhecimento. Para este efeito realizou-se a análise da estatística descritiva dos resultados obtidos pelos participantes no questionário QPE, ao nível das diferentes escalas constituintes.

Na tabela 2 são apresentados os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas do QPE.

**Tabela 2**

*Caracterização da auto-percepção do envelhecimento numa amostra de indivíduos idosos*

<b>QPE</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Duração Crónica	3.44	1.57
Duração Cíclica	3.55	.97
Consequências Negativas	3.80	.85
Consequências Positivas	3.59	1.57
Controlo Negativo	2.06	.80
Controlo Positivo	3.16	.69
Representações Emocionais	3.48	.80
Identidade	89.30	17.10

N= 40

De forma a caracterizar a amostra de adultos de idade avançada quanto ao recurso do tipo de mecanismos e factores de defesa (Maduros, Neuróticos e Imaturos), procedeu-se à análise da estatística descritiva destas variáveis.

Na tabela 3 são apresentados os resultados nos diferentes factores de defesa e nos mecanismos que os constituem, respectivamente.

**Tabela 3**

*Caracterização das escalas e factores do DSQ-40 obtidas numa amostra de indivíduos idosos*

<b>Mecanismos de Defesa</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Factor Maturidade</b>	5.75	.92
Sublimação	6.50	1.85
Humor	4.78	1.53
Antecipação	6.47	1.61
Supressão	5.22	1.61
<b>Factor Neurótico</b>	5.03	1.10
<i>Undoing</i>	4.77	1.54
Pseudo-altruísmo	6.01	1.59
Idealização	5.63	2.15
Formação Reactiva	3.67	1.51
<b>Factor Imaturidade</b>	4.53	.68
Projecção	5.40	1.94
Acting-Out	5.36	2.01
Passivo-Agressivo	3.98	1.87
Isolamento	4.13	1.82
Desvalorização	4.88	1.17
Fantasia Autística	3.60	2.39
Negação	3.03	1.62
Deslocamento	4.81	2.26
Dissociação	4.36	1.62
Clivagem	5.26	1.99
Racionalização	5.66	1.59
Somatização	3.83	1.75

Nota:  $N = 40$

Para caracterizar a amostra de indivíduos idosos no que respeita à satisfação com o apoio social, procedeu-se à análise da estatística descritiva das respectivas sub-escalas (Satisfação com Amigos, Intimidade, Satisfação com a Família e Actividades Sociais) e da escala Apoio Social.

Na tabela 4 são apresentados os resultados nas diferentes sub-escalas da ESSS.

**Tabela 4**

*Caracterização da Escala de Satisfação com o Suporte Social numa amostra de indivíduos idosos*

<b>ESSS</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Satisfação com amigos	18.55	4.01
Intimidade	13.95	4.77
Satisfação com a família	10.50	4.21
Actividade Social	8.89	2.46
<b>Apoio Social Total</b>	<b>51.85</b>	<b>1.26</b>

*Nota N= 40*

Os resultados obtidos relativamente à associação entre as dimensões da auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa foram obtidos através do cálculo da correlação entre ambas as variáveis e são apresentados na tabela 5.

**Tabela 5**

*Caracterização da associação entre auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa*

	<b>DCR</b>	<b>DCL</b>	<b>CSQP</b>	<b>CSQN</b>	<b>CNTP</b>	<b>CNTN</b>	<b>RE</b>	<b>ID</b>
<b>Factor</b>								
<b>Maturidade</b>	-.254	-.122	-.166	-.414*	.482*	.122	-.157	.102
Sublimação	-.161	-.315*	.118	-.336*	.213	.036	.088	.216
Humor	-.048	-.105	-.006	-.186	.256	.151	-.306	.280

Antecipação	-.260	-.003	.322*	-.075	.283	.017	-.090	-.112
Supressão	-.122	-.158	-.055	-.280	.315*	.082	-.180	-.076
<b>Factor</b>	-.121	.063	.257	.102	.056	-.080	.004	-.062
<b>Neurótico</b>								
<i>Undoing</i>	-.023	.97	.091	.264	-.058	-.015	-.045	.047
Pseudo- altruísmo	-.218	-.115	.382*	-.020	.255	-.055	-.223	-.364*
Idealização	-.095	.016	.102	.011	-.029	-.203	.031	-.062
Formação Reactiva	-.105	.208	.034	.131	-.162	.012	.324*	.062
<b>Factor</b>	.359*	-.140	-.530**	.302	-.645**	-.215	.390*	-.035
<b>Imaturidade</b>								
Projectão	.245	-.065	-.349*	.205	-.267	-.267	.244	.050
Acting-Out	-.103	-.190	-.098	-.246	.119	.167	-.288	-.039
Passivo- Agressivo	-.055	-.266	.146	.029	-.252	-.180	.203	.014
Isolamento	.311	-.169	-.379*	.438**	-.519**	-.298	.149	.157
Desvalorização	.035	.314*	-.442**	.159	-.079	-.018	.070	-.146
Fantasia Autística	.408**	-.010	-.359*	.520**	-.473**	-.438**	.521**	-.030
Negação	.105	-.145	-.255	.180	-.333*	-.032	-.029	.061
Deslocamento	.268	-.087	-.158	.156	-.503**	.057	.243	-.061
Dissociação	.096	.091	-.249	.061	-.107	.136	.063	.079
Clivagem	.312	-.103	-.230	.233	-.334*	-.218	.250	.132
Racionalização	-.368*	-.019	-.055	-.384*	.226	.433*	-.096	-.140
Somatização	.150	.289	-.143	.099	.080	-.012	.390*	-.035

*Nota:* DCR = Duração Crónica; DCL = Duração Cíclica; CSQP= Consequências Positivas; CSQN= Consequências negativas; CNTP = Controlo Positivo; CNTN = Controlo Negativo; RE= Representações Emocionais; ID = Identidade.

\*  $p < .05$  (two tailed) \*\* $p < .01$  (two tailed)

$N=40$

No que respeita à associação entre as dimensões da auto-percepção do envelhecimento e as dimensões da satisfação com o apoio social, os resultados obtidos decorreram do cálculo da correlação entre as variáveis em questão, e são apresentados na tabela 6.

**Tabela 6**

*Caracterização da associação entre auto-percepção do envelhecimento e a satisfação com o apoio social*

	<b>DCL</b>	<b>DCR</b>	<b>CSQP</b>	<b>CSQN</b>	<b>CNTP</b>	<b>CNTN</b>	<b>RE</b>	<b>ID</b>
Satisfação Amigos	-.310	.003	.296	-.343*	.314*	.021	-.064	-.104
Intimidade	-.403**	.119	.261	-.330	.382*	.262	-.233	-.178
Satisfação Família	-.187	-.138	.406*	-.221	.236	.097	-.227	.012
Actividade Social	-.183	-.188	.188	-.056	.282	-.206	-.058	-.051
<b>Apoio Social</b>	-.347*	-.067	.403*	-.315*	.379	.106	-.197	-.107
<b>Total</b>								

*Nota:* DCR = Duração Crónica; DCL = Duração Cíclica; CSQP= Consequências Positivas; CSQN= Consequências negativas; CNTP = Controlo Positivo; CNTN = Controlo Negativo; RE= Representações Emocionais; ID = Identidade.

\*  $p < .05$  (two tailed) \*\* $p < .01$  (two tailed)

$N=40$

Quanto à associação entre as dimensões da auto-percepção do envelhecimento e as variáveis correspondentes ao perfil sociodemográfico e psicossocial da amostra, os resultados obtidos constam a partir do cálculo da correlação entre as variáveis em questão, e são apresentados na tabela 7.

**Tabela 7**

*Caracterização da associação entre auto-percepção do envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais*

	<b>DCR</b>	<b>DCL</b>	<b>CSQP</b>	<b>CSQN</b>	<b>CNTP</b>	<b>CNTN</b>	<b>RE</b>	<b>ID</b>
Género	-.056	.071	.069	.051	-.093	.109	.209	-.059
Idade	.587**	-.075	-.112	.404**	-.299	-.186	.150	.221
Tem estudos	-.315*	.234	.121	-.130	.110	.231	-.155	.213
Escolaridade	.060	.080	-.015	-.224	.021	.012	-.135	-.012
Estado Civil	.311	-.071	-.197	.041	-.040	-.078	-.029	-.030
Tempo Viuvez	.697	.673	.218	-.824*	.418	.909**	-.709*	-.478
Satisfação com Casamento	-.031	.205	.289	.045	.200	-.048	-.021	-.135
N.º Filhos	-.386*	-.108	.273	-.167	.327*	-.155	-.045	.108
Situação Económica	-.108	.117	.118	.043	.424**	.037	.087	-.026
Participação Actividades	-.192	-.123	-.082	.138	.082	-.264	.058	.086
Confidente	-.205	-.076	.024	.244	-.065	.018	-.133	-.188
Crenças e Práticas Religiosas	.026	.080	.108	-.066	.029	.140	-.340	-.099
RF - Contacto	-.131	-.397*	.298	-.051	.021	.011	-.009	-.042

RF - Qualidade	-.110	-.376*	.304	-.224	.097	-.050	-.131	.047
RA- Contacto	-.171	-.285	.165	-.068	-.107	-.185	.322*	.114
RA- Qualidade	-.327*	-.004	.289	-.019	.175	-.065	.082	.143
Classificação Saúde Actual	-.031	.205	.289	.045	.200	.048	-.021	.135
Comparação Saúde há um ano atrás	.021	-.010	-.017	-.224	-.031	.344*	-.129	-.249
Comparação com a Saúde dos Outros	-.037	-.215	-.130	-.057	.037	.063	-.263	-.090

*Nota:* DCR = Duração Crónica; DCL = Duração Cíclica; CSQP= Consequências Positivas; CSQN= Consequências negativas; CNTP = Controlo Positivo; CNTN = Controlo Negativo; RE= Representações Emocionais; ID = Identidade; RF-Contacto =Grau de Contacto nas Relações Familiares; RF- Qualidade = Grau de Qualidade das relações Familiares; RA- Contacto = Grau de Contacto nas Relações de Amizade; RA- Qualidade= Grau de Qualidade das Relações de Amizade

\*  $p < .05$  (two tailed) \*\* $p < .01$  (two tailed)

$N=40$

## **5. Discussão**

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos no presente estudo, de acordo com os objectivos anteriormente propostos. A discussão dos resultados obedece à seguinte estruturação: 5.1 a correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa numa amostra de adultos de idade avançada; 5.2 a correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e o apoio social na amostra acima referida e 5.3 a correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais, na mesma amostra.

### **5.1. A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.**

Com o propósito de compreender a associação que se estabelece entre a auto-percepção do envelhecimento e os mecanismos de defesa surge a importância de compreender, antes de mais, as características da auto-percepção do envelhecimento e dos mecanismos de defesa dos participantes da amostra em estudo.

Deste modo, relativamente à análise da auto-percepção do envelhecimento da amostra em causa, destaca-se significativamente do conjunto das dimensões que constituem o Questionário de Percepções do Envelhecimento, a escala “Identidade”, (o que não pode ser valorizado, por si só, já que os resultado é apresentado numa escala de 0 a 100) e pode verificar-se uma ligeira relevância das escalas “Consequências Negativas”, “Consequências Positivas” e “Duração Cíclica” que apresentam valores um pouco mais elevados que as outras escalas do questionário já referido.

Os resultados da subescala “Identidade” parecem sugerir, na amostra em estudos, crenças associadas à experiência de mudanças na saúde, relacionadas com o envelhecimento. As escalas “Consequências Negativas”, “Consequências Positivas” e “Duração Cíclica”, sugerem, na amostra em estudo, um tipo crenças mais positivas, em relação a ganhos e perdas nas várias áreas do processo de envelhecimento. Os valores destas escalas estão associados a crenças sobre a capacidade de gerir o impacto de alguns aspectos negativos, mas também positivos, do envelhecimento, sendo este processo percebido maioritariamente como um fenómeno faseado, no qual podem existir experiências positivas mas também negativas.

De acordo com a literatura, os indivíduos com resultados elevados na escala “Identidade”, têm em geral, uma percepção do processo de envelhecimento mais como um processo cíclico, em que o indivíduo passa por etapas positivas e negativas. O que pode também estar relacionado com as escalas “Consequências Negativas” e “Consequências Positivas” uma vez que estas dizem respeito à forma como os indivíduos lidam com os “efeitos” do processo de envelhecimento, e grande parte desses efeitos estão relacionados com o estado de saúde (Barker, 2007).

Relativamente aos mecanismos de defesa dos participantes da amostra deste estudo, parecem evidenciar-se valores mais elevados no factor de Maturidade, seguidos do factor Neurótico e do factor Imaturidade. Pode dizer-se que a amostra apresenta o recurso regular a todos os mecanismos de defesa, uma vez que apenas os mecanismos de “Sublimação” e “Antecipação”, ambos pertencentes ao factor Maturidade, e o mecanismo “Pseudo-Altruísmo”, pertencente ao factor Neurótico, apresentaram valores acima da média.

Estes dados estão de acordo com a literatura, que indica que ao avançar no tempo, no ciclo de vida, os indivíduos vão recorrendo, cada vez mais, a mecanismos defensivos do ego mais maduros (Vaillant, 1992).

Ao nível da associação entre a auto-percepção do envelhecimento e os três factores em que se organizam os mecanismos de defesa, os resultados apresentados mostram algumas associações esperadas entre auto-percepção do envelhecimento e mecanismos de defesa.

Os resultados obtidos revelam para o factor Maturidade e mecanismos defensivos que o compõem que estes se encontram positivamente associados, de forma estatisticamente significativa, com as dimensões “Controlo Positivo” e “Consequências Positivas”, e negativamente associados, de forma significativa, com “Duração Cíclica” e “Consequências Negativas”, a um valor de significância  $p < .05$  para todas as correlações referidas.

Os resultados sugerem que existe uma relação entre estas variáveis, o que permite afirmar que os mecanismos de defesa maduros, em concreto a “Sublimação”, “Antecipação” e “Supressão”, estão associados de forma positiva à auto-percepção do envelhecimento caracterizada pelo recurso maduro de meios intra-psíquicos que permitam controlar as vicissitudes do avançar da idade, prevendo-as e ultrapassando-as para que possam ser vividas como positivas. Neste seguimento, os resultados sugerem também que quanto mais maduros são os mecanismos de defesa, neste caso a “Sublimação”, menores são as “Consequências

Negativas” da auto-percepção do envelhecimento, o que vai de encontro com os dados acima referidos, que sugerem que mecanismos de defesa mais maduros associam-se a uma auto-percepção do envelhecimento mais positiva. Quanto à correlação negativa entre mecanismos de defesa maduros e a dimensão “Duração Cíclica” da auto-percepção do envelhecimento, indica que quanto mais maduros forem os mecanismos de defesa menos “fases” terá a percepção do envelhecimento, no sentido de se tornar uma etapa da vida mais estável, e não necessariamente um “caminho crónico para a morte”.

Quanto ao factor Neurótico e mecanismos de defesa que o constituem, não existem muitas correlações significativas com as dimensões do *QPE*, à excepção do mecanismo defensivo “Pseudo-Altruísmo”, que se correlaciona positivamente com a dimensão “Consequências Positivas”, e negativamente com a dimensão “Identidade”. O mecanismo “Formação Reactiva” também apresenta uma correlação positiva significativa com a dimensão “Representações Emocionais”. O valor de significância foi  $p < .05$  para as correlações acima enunciadas.

Estes resultados sugerem que mecanismos de defesa de natureza mais neurótica, como é o caso do “Pseudo-Altruísmo”, podem funcionar como protectores na auto-percepção do envelhecimento e nas suas consequências. Assim, quanto mais elevado for o nível de “pseudo-altruísmo”, menores serão as crenças acerca do estado de saúde como uma consequência do envelhecimento. Além disto os resultados também indicam que o mecanismo “Formação Reactiva” se associe de forma positiva às respostas emocionais relacionadas com o declínio funcional geral, ilustrando a relação positiva entre um mecanismo de defesa que recorre à transformação dos afectos positivos em negativos, e a auto-percepção do envelhecimento mais negativista, no que respeita às emoções relacionadas com o processo de envelhecimento.

No que respeita ao factor Imaturidade e mecanismos defensivos constituintes, podem verificar-se algumas associações esperadas com algumas dimensões da auto-percepção do envelhecimento. Os resultados indicam para o factor Imaturidade e mecanismos defensivos que o compõem, que estes se encontram positivamente associados, de forma estatisticamente significativa, com as dimensões: “Duração Crónica” em relação ao mecanismo de defesa “Fantasia Autística”; “Duração Cíclica” em relação ao mecanismo de defesa “Racionalização”; “Consequências Negativas” no que respeita aos mecanismos defensivos “Isolamento” e “Fantasia Autística”; “Controlo Negativo” em relação ao mecanismo defensivo “Somatização”; “Representações Emocional” relativamente aos mecanismos de defesa “Fantasia Autística” e

“Somatização”. Com um valor de significância de  $p < .01$  para quase todas as correlações referidas (excepto para a correlação entre “Desvalorização” e “Duração Cíclica”; “Racionalização” e “Representações Emocionais”). Estes resultados sugerem que os mecanismos de defesa mais imaturos estão associados positivamente às dimensões mais negativas da auto-percepção do envelhecimento.

Este conjunto de resultados sugere que percepção da passagem do tempo e a experiência do envelhecimento, com o passar do tempo, está fortemente associada à fuga dos conflitos internos, quando este decorrer do tempo é passivo/crónico. Quando a experiência de envelhecimento é percebida como decorrendo por etapas, associa-se mais à desvalorização de sentimentos bons pelos objectos, talvez na tentativa de criar um “desapego”. Tanto a fuga para um mundo interno, como modo de evitamento dos conflitos intra-psíquicos, como o isolamento dos afectos associam-se claramente à auto-percepção de consequências do envelhecimento num polo negativo. No que respeita à atribuição de regras lógicas aos sentimentos e emoções, verifica-se uma associação positiva com o facto de o controlo percebido sobre o processo de envelhecimento ser negativo. A retirada para um mundo interno de fantasia como fuga às angústias, e a manifestação das angústias por sintomas físicos exagerados estão associados a auto-percepção de respostas emocionais negativas, geralmente relativas ao declínio físico e cognitivo.

O factor Imaturidade encontra-se negativamente associado, de forma significativa, com as dimensões: “Duração Crónica” em relação ao mecanismo de defesa “Racionalização” (nível de significância  $p < .05$ ); “Consequências Positivas” no que respeita aos mecanismos defensivos “ projecção”, “Isolamento”, “Fantasia Autística” (nível de significância  $p < .05$ ) e “Desvalorização” (nível de significância  $p < .01$ ); “Consequências Negativas” em relação ao mecanismo defensivo “Racionalização” (nível de significância  $p < .05$ ); “Controlo Positivo” no que respeita aos mecanismos defensivos “Isolamento”, “Fantasia Autística”, “Deslocamento” (nível de significância  $p < .01$ ) e “Clivagem” (nível de significância  $p < .05$ ); “Controlo Negativo relativamente ao mecanismo de defesa “Fantasia Autística” (nível de significância  $p < .01$ ).

Os resultados acima enunciados indicam que o factor Imaturidade também se encontra associado de forma negativa a muitas dimensões da auto-percepção do envelhecimento. A atribuição de leis, articuladas pela lógica, aos afectos, associa-se à auto-percepção da passagem do tempo no processo de envelhecimento como menos passivo/ crónico, mas também se associa à percepção menor de consequências negativas sobre o envelhecimento. A fuga dos afectos

através do seu isolamento, da retirada para um mundo interno de fantasia, da desvalorização dos mesmos ou da projecção desses afectos num outro objecto está relacionada, de forma negativa, com a auto-percepção das consequências positivas do envelhecimento. O isolamento dos afectos, a retirada para um mundo interno de fantasia, o deslocamento dos afectos para outro objecto e a divisão do objecto em bom/mau ao mesmo tempo são mecanismos que se associam com uma menor percepção do controlo positivo do envelhecimento. Ainda no que concerne a esta retirada para um mundo de fantasia, de modo a diminuir os conflitos internos, observa-se que quanto mais os participantes da amostra recorrem a este processo, menos percebem o controlo negativo do processo de envelhecimento.

## **5.2 A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e o apoio social percebido numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.**

No que respeita à satisfação com o apoio social percebido, a análise das quatro escalas da *ESSS* mostram um valor significativamente superior relativamente à escala “Satisfação com Amigos”.

Este resultado parece ir de encontro com a literatura. Os amigos fornecem apoios necessários e importantes, contribuindo para o bem-estar e independência dos idosos. É junto dos amigos que se dá a partilha de intimidades, são eles que providenciam o apoio emocional e algum instrumental. A relação com amigos também apresenta qualidades que permitem ultrapassar as rotinas, promovendo trocas subjectivas. Além disso as actividades sociais dos adultos de idade avançada têm maior frequência com os amigos do que com a família (Paúl, 1977). Este último dado pode ser corroborado pelo facto de a subescala “Satisfação com Família” apresentar um valor que corresponde a metade do obtido na primeira subescala indicada.

No que respeita à associação entre a auto-percepção do envelhecimento e as quatro escalas da *ESSS*, os resultados apresentados mostram algumas associações esperadas entre auto-percepção do envelhecimento e percepção de apoio social.

Os resultados obtidos revelam que a escala “Satisfação com Amigos” se encontra positivamente associada, de forma estatisticamente significativa, com a dimensão “Controlo Positivo”, e negativamente associada, de forma significativa, com “Consequências Negativas”, a um valor de significância  $p < .05$ , para todas as correlações referidas.

Estes resultados indicam que a satisfação com o apoio dos amigos está associada de forma positiva ao modo como os participantes percebem as crenças sobre como lidar com o envelhecimento de forma positiva. Do mesmo modo, verifica-se que este tipo de apoio se associa à diminuição de crenças negativas sobre o impacto do envelhecimento nos vários domínios da vida.

A escala “Intimidade” está associada positivamente, de forma estatisticamente significativa, à dimensão “Controlo Positivo”, (com um valor de significância de  $p < .05$ ), e negativamente à dimensão “Duração Cíclica”, (com um nível de significância de  $p < .01$ ).

Os resultados apontam para uma associação positiva entre a percepção de suporte íntimo e a auto-percepção de crenças positivas acerca da forma como lidar melhor com o processo de envelhecimento. A percepção deste tipo de suporte está associada também à auto-percepção da experiência de envelhecimento ao longo do tempo como menos cíclica.

A escala “Satisfação com a Família” apresenta uma associação positiva com a dimensão “Consequências Positivas”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

O resultado acima enunciado refere uma associação positiva entre o apoio que os participantes da amostra percebem receber da família e as crenças positivas sobre o impacto do envelhecimento ao longo do ciclo de vida.

Na escala “Actividade Social”, não se verifica qualquer associação com as dimensões da auto-percepção do envelhecimento.

A escala total “Apoio Social” apresenta resultados congruentes com os que foram apresentados em cima.

### **5.3 A correlação entre a auto-percepção do envelhecimento e as variáveis sociodemográficas e psicossociais, numa amostra de indivíduos adultos de idade avançada.**

No que respeita às variáveis sociodemográficas e psicossociais, a análise mostra os seguintes valores descritivos: 60% dos indivíduos da amostra são do sexo masculino; 77.5% são casados e 20% viúvos; 47.5% dos indivíduos da amostra mostra-se satisfeito com o casamento que tem ou teve; no que respeita à escolaridade, 45% dos indivíduos completou o ensino primário, enquanto 37% tem o ensino primário incompleto; 70% ocupa-se maioritariamente com

actividades domésticas; 95% dos participantes sentem-se apoiados pelos familiares; no que concerne às relações familiares, 50% afirmam ter um contacto muito frequente com os familiares e 52.5% descrevem estas relações como gratificantes; quanto às relações de amizade, 57.5% afirma ter um contacto frequente com amigos e 42.5% indicam que essas relações são de qualidade satisfatória; no que respeita à classificação da saúde actual, 35% dos indivíduos afirmam ter uma saúde razoável; 60% diz que o seu estado de saúde actual é idêntico ao do ano passado; 67% referem que, em comparação com outras pessoas da mesma idade, o seu estado de saúde é idêntico; 62.5% dos participantes tem crenças e práticas religiosas; 40% dos participantes afirmam-se pouco satisfeitos com a situação económica.

Quanto à associação entre a auto-percepção do envelhecimento e as variáveis acima descritas, os resultados apresentados mostram algumas associações entre auto-percepção do envelhecimento e variáveis sociodemográficas e psicossociais.

Os resultados obtidos mostram que a variável “Idade” se encontra positivamente associada, de forma estatisticamente significativa, às dimensões “Duração Crónica” e “Consequências Negativas”, a um nível de significância de  $p < .01$ .

Estes resultados indicam que quanto mais avançada é a idade mais se associa positivamente a auto-percepção do envelhecimento como um processo que trás consequências negativas nas várias áreas de vida, e que a passagem do tempo não ajuda a melhorar.

Para a variável “Tem Estudos”, foi encontrada a associação negativa à dimensão “Duração Crónica”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

Este resultado pressupõe que quanto mais elevado for o grau de escolaridade dos participantes menor será a tendência para perceber a passagem do tempo, com o processo de envelhecimento, com impacto passivo e regular. Este resultado vai de encontro com os preconceitos já enunciados na revisão da literatura, que indicam que a capacidade para resolver problemas quotidianos não deixa simplesmente de existir na idade avançada. A literatura adianta também que o nível de escolaridade mais elevado se relaciona com mecanismos de *coping*, mais adaptativos ao processo de envelhecimento (Vaillant et al. 2001).

A variável “Tempo de Viuvez” encontra-se positivamente associada, de forma estatisticamente significativa, à dimensão “Controlo Negativo”, a um nível de significância de  $p < .01$ , e associa-se às variáveis “Consequências Negativas” e “Representações Emocionais”, de forma negativa, a um valor de significância de  $p < .05$ .

Estes resultados indicam que os participantes viúvos, da amostra em questão, revelam recursos para lidar com as experiências negativas do envelhecimento. No que respeita às respostas emocionais acerca do funcionamento geral dos idosos e às crenças sobre o impacto negativo que o envelhecimento acarreta, os resultados mostram que quanto mais tempo de viuvez o participante tiver, menor será a auto-percepção pautada pelos aspectos mencionados.

A variável “Número de Filhos” está negativamente associada, de forma estatisticamente significativa, com a dimensão “Duração Crónica”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

Este resultado relaciona a existência de filhos com a auto-percepção do envelhecimento como um processo menos crónico.

Quanto à variável “Situação Económica”, esta encontra-se associada de forma positiva, estatisticamente significativa, com a dimensão “Controlo Positivo” da auto-percepção do envelhecimento, a um nível de significância de  $p < .01$ .

O que indica que, quando a percepção da situação económica dos participantes é boa, encontra-se mais associada a crenças sobre os recursos positivos para lidar com o processo de envelhecimento.

Em relação às variáveis “Grau de Contacto nas Relações Familiares” e “Grau de Qualidade das Relações Familiares”, ambas se encontram associadas negativamente, de forma estatisticamente significativa com a dimensão “Duração Cíclica”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

Os resultados indicam que tanto o contacto como a qualidade das relações familiares se associam a uma percepção da experiência do envelhecimento menos faseada. Na literatura os dados indicam que, na velhice, as relações familiares se associam mais aos cuidados instrumentais do que emocionais (Paul, 2005). Os estudos mostram que a maioria das pessoas sabe pouco sobre a idade avançada apresentando estereótipos e preconceitos negativos associados a uma percepção errada sobre o envelhecimento (Ron, 2007). Estas pessoas são muitas vezes os cuidadores/familiares, que atribuem aos idosos um papel passivo.

A variável “Grau de Contacto nas Relações de Amizade” está associada positivamente, de forma estatisticamente significativa, à dimensão Representações Emocionais, a um valor de significância de  $p < .05$ .

Os resultados acima enunciados indicam que o grau de contacto com amigos se associa positivamente com as respostas emocionais ao declínio físico e/ou mecanismos menos adaptativos ao envelhecimento. A revisão da literatura explica este resultado de dois modos: o tem que ver com comparações ao nível funcional que os participantes fazem com outros indivíduos da sua idade, e o segundo relaciona-se com a percepção da diminuição da rede de amigos ao longo do tempo devido às perdas que o próprio envelhecimento acarreta, e em última instância à morte destes amigos (Carstensen, 1992).

No que respeita à variável “Grau de Qualidade nas Relações de Amizade”, observa-se uma associação negativa, estatisticamente positiva, com a dimensão “Duração Crónica”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

Estes resultados vão de encontro aos resultados referentes às variáveis sobre relações familiares. Quanto mais qualidade os participantes sentirem nas suas relações de amizade, menos percebem o envelhecimento como uma experiência crónica e unidireccional.

No que respeita às variáveis relativas à avaliação da saúde, apenas uma obteve uma associação positiva estatisticamente significativa. Assim a variável “Comparação com a saúde há um ano”, associa-se positivamente e de forma estatisticamente significativa com a dimensão “Controlo Negativo”, a um nível de significância de  $p < .05$ .

Na comparação da saúde com o estado de saúde de há um ano, verificou-se uma associação positiva com as crenças negativas sobre os recursos para lidar com o processo de envelhecimento. De acordo com a literatura, isto não implica, necessariamente, que os participantes tenham feito uma auto-avaliação negativa da sua saúde (Levy & Myers, 2005) mas estará ligado a uma perspectiva realista.

No que respeita às hipóteses previamente colocadas, os resultados confirmam a *Hipótese 1*, ainda que se verifique a associação positiva, estatisticamente significativa, de apenas um mecanismo de defesa (fantasia autística) do “Factor Imaturidade” com a dimensão “Duração Crónica”.

A *Hipótese 2* confirma-se, embora a associação positiva entre o “Factor Maturidade” e “Apoio Social” com a dimensão “Consequências Positivas” se verifique apenas em três mecanismos de defesa do “Factor Maturidade” (antecipação, sublimação e supressão), e na escala “Satisfação com a Família”, relativamente ao apoio social.

A *Hipótese 3* é confirmada pela associação positiva entre os mecanismos de defesa “Isolamento” e “Fantasia Autística”, constituintes do “Factor Imaturidade”, e a dimensão da auto-percepção “Consequências Negativas”.

Os resultados confirmam a *Hipótese 4* parcialmente. Verificou-se a associação positiva, estatisticamente significativa, entre os mecanismos de defesa maduros “Sublimação”, “Antecipação” e “Supressão” constituintes do “Factor Maturidade”, as escalas “Intimidade” e “Satisfação com Amigos”, da *ESSS*, a variável sociodemográfica “Situação Económica” e a dimensão “Controlo Positivo”. Contudo, embora se verifique uma associação positiva entre a variável psicossocial “Participação em Actividades” e a dimensão “Controlo Positivo”, esta associação não chega a ser estatisticamente significativa.

A *Hipótese 5* também se confirma parcialmente. Os resultados indicam uma associação positiva, estatisticamente significativa, entre o mecanismo de defesa “Somatização” do “Factor Imaturidade” e a dimensão da auto-percepção do envelhecimento “Controlo Negativo”, mas esta não apresenta qualquer associação estatisticamente significativa com a variável psicossocial “Avaliação do Estado de Saúde Actual”, contrariando aquilo que era previsto.

A *Hipótese 6* foi confirmada pelos resultados na medida em que se verificou uma associação positiva estatisticamente significativa entre os mecanismos de defesa “Fantasia Autística” e “Somatização” do “Factor Imaturidade” e a dimensão “Representações Emocionais”, da auto-percepção do envelhecimento.

A *Hipótese 7* foi infirmada na medida em que não se verificou qualquer tipo de associação entre o “Factor Imaturidade” e a dimensão “Identidade” da auto-percepção do envelhecimento.

## **6. Conclusão**

Neste capítulo são apresentadas as considerações mais relevantes em relação a este estudo (6.1), apresentadas as limitações do mesmo (6.2) e colocadas sugestões de investigação para futuros estudos relacionados com esta temática (6.3).

### **6.1 Considerações Finais**

Com este estudo procurou-se caracterizar uma amostra portuguesa de adultos de idade avançada, dita normal, através da análise das dimensões dos mecanismos de defesa utilizados por estes, segundo a organização de Andrews, Singh e Bond (1993), da satisfação com o suporte social percebido (Ribeiro, 1999) e a associação destas dimensões com as dimensões da auto-percepção do envelhecimento, segundo a organização de Barker, O’Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007), estabelecendo-se a natureza destas associações entre si.

Ao contrário do que se quer fazer crer na sociedade ocidental actual, envelhecer não é um problema. Trata-se da experiência humana referente à passagem do tempo e às transformações que ocorrem à medida que a idade avança. Mas este processo não tem necessariamente que estar associado aos mitos e estereótipos que a sociedade pressupõe, uma vez que estas crenças negativas não permitem compreender as pessoas mais velhas, nem aproveitar as suas potencialidades.

Os resultados obtidos, no presente estudo indicam, numa primeira fase, que a auto-percepção do envelhecimento, na amostra estudada, está relacionada com crenças pessoais positivas de ganhos e controlo que se equilibram com perdas inevitáveis.

Quanto aos mecanismos de defesa avaliados, embora se tenha observado o recurso a todos os mecanismos de defesa, o uso dos mecanismos defensivos maduros teve maior expressão, indicando que estes indivíduos possuem uma capacidade mais madura de lidar com a problemática do envelhecimento.

No que respeita aos resultados referentes à avaliação da satisfação com o apoio social percebido, os resultados apontam para uma maior satisfação com o suporte dado pelos amigos, o que se justifica devido a factores como a identificação com as problemáticas dos amigos, a participação no mesmo tipo de actividades, a disponibilidade emocional e temporal, entre outros.

Nos resultados apresentados destacaram-se associações significativas entre determinados mecanismos de defesa e dimensões da auto-percepção do envelhecimento. Considerando os mecanismos de defesa referentes ao Factor Maturidade como recursos adaptativos à realidade, promovendo o equilíbrio e atenuante dos conflitos internos, e os mecanismos de defesa referentes ao Factor Imaturidade como recursos desajustados à realidade, os resultados obtidos mostraram que: a) os mecanismos de defesa do factor maturidade se encontram positivamente associados a uma percepção pessoal de envelhecimento como uma fase que pode ser controlada activa e positivamente com ganhos associados; b) os mecanismos de defesa imaturos estão positivamente associados a uma percepção pessoal de envelhecimento como uma etapa estanque relacionada com respostas emocionais negativas tais como a ansiedade, medo ou tristeza.

Os resultados que foram apresentados sugerem ainda associações significativas entre determinadas escalas da satisfação com o suporte social e dimensões de auto-percepção do envelhecimento. Tendo em conta que o Apoio Social diz respeito à ajuda e assistência fornecida por pessoas de confiança, os resultados indicaram que: a) a percepção de suporte social por parte dos amigos e a dimensão intimidade estão positivamente associadas à percepção pessoal de envelhecimento positiva, no sentido das crenças em relação à experiência deste processo; b) a percepção de satisfação com o apoio prestado pelos familiares está positivamente associada à percepção de envelhecimento positiva no que respeita às crenças sobre o impacto que o envelhecimento acarreta nas várias áreas de vida.

O desafio do envelhecimento não se limita apenas à compreensão do fenómeno físico e psicossocial em si. Os estudos na área da percepção do envelhecimento são cada vez mais importantes, por ser importante também a sensibilização dos indivíduos mais novos para a participação activa na “construção da vida” e para que o alcance desta etapa seja uma continuidade bem-sucedida e não uma ruptura catastrófica.

## **6.2 Limitações do Estudo**

No que concerne a este estudo, realçam-se algumas contingências, no que respeita à compreensão dos resultados obtidos e consequentes conclusões retiradas.

Neste sentido, salienta-se a constituição da amostra, no que respeita à dimensão reduzida, mas também à homogeneidade sociodemográfica. A dimensão reduzida da amostra pode ter limitado os resultados em relação à significância estatística de algumas análises efectuadas. Estas condicionantes constituem ainda uma fragilidade no que respeita à generalização dos resultados para a população idosa em geral.

## **6.3 Sugestões de Investigação**

Como sugestão para investigações futuras, surge o aprofundamento da temática em causa, utilizando um método estatístico preditivo, que possa indicar qual o tipo de relação que as variáveis em estudo têm entre si, recorrendo a uma amostra de maiores dimensões.

Seria interessante comparar uma amostra maior, recolhida no mesmo meio rural, e comparar as dimensões da auto-percepção do envelhecimento com uma amostra de um meio urbano. O mesmo se aplica à comparação com uma amostra de idosos institucionalizados.

Também seria interessante apresentar esta temática com a análise preditiva já referida, em amostras estratificadas de indivíduos com 40, 50, 60, 70 e 80 anos (em vez de ser uma amostra única dos 40 aos 80), uma vez que poder-se-iam contemplar questões mais relacionadas com a percepção do envelhecimento em relação à idade.

No que concerne à temática, seria interessante perceber a importância de factores não contemplados como a avaliação do bem-estar subjectivo e satisfação com a vida (Paúl, 2005).

É esperado que este presente estudo tenha contribuído para um melhor conhecimento da população idosa, na compreensão acerca das dimensões da auto-percepção do envelhecimento, mecanismos de defesa e satisfação com o apoio social, assim como também se espera que motive futuras investigações nesta área.

## 7. Referências Bibliográficas

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. (2000). *Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology*. Washington: American Psychological Association.
- Baltes, P. & Smith, J (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 42 (2), 1069-1081.
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7, 9.
- Birren, J. & Cunningham, K. (1985). Research on the psychology of ageing: Principles, concepts and theory. In J. Birren & K. Shaie (4<sup>th</sup> Eds.), *Handbook of psychology of aging*. pp. 3-34. San Diego: Academic Press.
- Bond, M. & Wesley, S. (1996). *Manual for the Defense Style Questionnaire*. Montreal: McGill University.
- Bond, M & Vaillant, G (1986). An Empirical Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43 (8), 786-794.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socio emotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.

- Catterall, M., & Maclaran, P. (2001). Body talk: Questioning the assumptions in cognitive age. *Psychology & Marketing, 18*(10), 1117-1133.
- Chasteen, A. L. (2000). The role of age and age-related attitudes in perceptions of elderly individuals. *Basic & Applied Social Psychology, 22*(3), 147-156.
- Couto, N. (2012). *Experiências Depressivas e Mecanismos de Defesa: Estudo Exploratório-Correlacional na População Idosa*. (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Cramer, P. (2000). Defense Mechanisms in Psychology Today. Further Processes of Adaptation. *America Psychologist, 55* (6), 637-646.
- de Freitas, M. (2006). Velhice como destino. *GV-executivo, 5*(5), 56-60.
- Demakakos, P., Gjonca, E., & Nazroo, J. (2007). Age identity, age perceptions, and health. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1114*, 279-287.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1), 6-20.
- Due, P., Holstein, B, Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine, 48*, 661-673.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P & Marques, T (2012) Redes Sociais e Envelhecimento. In *Atas do VII Congresso Português de Sociologia*. Lisboa: APS.
- Fontaine, R., (2000). O envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento óptimo. In Fontaine, R. *Psicologia do Envelhecimento*, (pp 147-156). Lisboa: Climepsi Editores.

- Freud, Anna (1966). The Mechanisms of Defense. In Freud A. (Eds). *The Ego and the Mechanisms of Defense*, pp 28-50. Londres: Hogarth.
- Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Theories of aging from a life-course and life-span perspective. *Annual Review of Gerontology & Geriatrics*, 29, 3-25.
- George, L., K., (2010) Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B (3), 331–339.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., & Tobin, S. S. (1998). Disengagement and patterns of aging. In M. P. Lawton & T. A. Salthouse (Eds.), *Essential papers on the psychology of aging* (pp. 68-85). New York University Press.
- Henriques-Calado, J. F. (2008). *A estrutura da personalidade na esquizofrenia e na demência: uma análise diferencial* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- INE (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kahn, R. L., (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42 (6), 725-726.
- Kotter-Grühn, D., Kleinspehn-Ammerlahn, A., Gerstorf, D., & Smith, J. (2009). Self-perceptions of aging predict mortality and change with approaching death: 16-year longitudinal results from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 24 (3), 654-667.
- Levy, B. R., & Myers L. M. (2005) Relationship between respiratory mortality and self-perceptions of aging. *Psychology and Health*, 20 (5), 553-564.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002) Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83 (2), 261-270.

- Levy, B. R. (2008) Rigidity as a predictor of older persons' aging stereotypes and aging self-perceptions. *Social Behavior and Personality*, 36 (4), 559-570.
- Macia, E., Lahmam, A., Baali, A., Boëtsch, G., & Chapuis-Lucciani, N. (2009). Perception of age stereotypes and self-perception of aging: A comparison of French and Moroccan populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24 (4), 391-410.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Moss-Morris R., Weirmar J., Petrie J. K., Horne R., Cameron D. L. & Buick D. (2002). *The Revised Illness Perception Questionnaire*. *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Paúl, C. (1997). A Relação Entre as Redes Sociais de Apoio dos Idosos e Bem-Estar. In C. Paúl (Eds.), *Lá Para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente* (pp. 73-125) Coimbra: Almedina.
- Paúl, C (2005) A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl & Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011) *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, P. (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (7), 547-558.
- Ron, P. (2007) Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (7), 656-6624
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human Aging: usual and successful, *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The structure of Successful Aging. In J.W. Rowe & R.L. Kahn (Eds.), *Successful Aging* (pp. 36-52). New York: Dell Publishing.

- Sargent-Cox K. A., Anstey, J. & Luszcz, A. M. (2012). The Relationship Between Change in Self-Perceptions of Aging and Physical Functioning in Older Adults. *Psychology and Aging*, 27 (3), 750–760.
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. Apresentado na 9ª International Conference of Social Gerontology, Quebec: Canada.
- Segal D., Coolidge F. L., & Mizuno H. (2007). Defensive mechanism difference between younger and older adults: A cross-sectional investigation. *Aging and Mental Health*, 11 (4), 415-422.
- Silva, M.E. (2005) Saúde mental e idade avançada. In C. Pául & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi.
- Smith, J. & Jopp, D. (2006). Resources and life management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychology and Aging*, 21 (2), 253-265.
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 375-388.
- Sousa L., Figueiredo D., & Cerqueira M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Tavares & Claudino (2004) Apoio Social Percebido e Estado Emocional: Que Relação Entre as Percepções de Envelhecimento e o Bem-Estar Psicológico em Adultos Activos? In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, pp. 427-438.

- VandenBos, G. R. (1998). Life-span developmental perspectives on aging: an introductory overview. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg, & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Vaillant, George E.; Bond, M; Vaillant, Caroline O. (1986). An Empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43 (8), 786 -794.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. New York: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 44-50.
- Vaillant, G. E.; McCullough, L. B., James W. (Ed), (1998). The role of ego mechanisms of defense in the diagnosis of personality disorders. *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders*. (pp. 139-158). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Vaillant, G. (2000). Adaptive Mental Mechanisms. Their Role in a Positive Psychology. *American Psychologist*, 55 (1), 89-98.
- Vaillant, G. & Mukamal, K. (2001). Successful Aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vaillant, G. (2004). Positive Aging. In A. Linley & S. Joseph (Eds.) *Positive psychology in practice*, pp. 561-580. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Yassine, I. (2011). *A Auto-Percepção do Envelhecimento e os Traços de Personalidade em idosos* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Weinman J, Petrie K. J., Moss-Morris R, & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11 (3), 431-445.

## **Anexos**

## **Anexo I**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Andreia Catarina Inácio Marques e estou a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Auto-Percepção do Envelhecimento, o Apoio Social e os Mecanismos de Defesa.

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

Os dados recolhidos são totalmente confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística.

O tempo de resposta varia individualmente, rondando os trinta a quarenta minutos.

Ao responder a estes questionários, declara ter entre 65 e 80 anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Grata pela colaboração.

(Andreia Catarina Inácio Marques)

*Assinaturas*

Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Investigadora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **Anexo II**

## Questionário Sócio-Demográfico

Data e hora de início \_\_\_\_\_

Nº Ordem \_\_\_\_\_

Sexo: F  M  Data de nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Área de Residência \_\_\_\_\_

### 1. Escolaridade:

Ausência de escolaridade \_\_\_

Ensino básico incompleto \_\_\_

Ensino básico completo \_\_\_

Ensino Secundário incompleto \_\_\_

Ensino Secundário completo \_\_\_

Curso médio \_\_\_

Curso Superior \_\_\_

Outro \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### 2. 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: \_\_\_\_\_.

### 3. Estado Civil:

Solteiro (a) \_\_\_

Casado(a)/ \_\_\_

Viúvo (a) \_\_\_ Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_

### 4. Agregado familiar actual:

Vive só \_\_\_

Vive com o/a cônjuge \_\_\_

Vive com o/a cônjuge e terceiros \_\_\_

Vive com terceiros \_\_\_

Vive numa instituição \_\_\_

Outro \_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

### 5. Está satisfeito (a) com essa situação?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

### 6. Tem o apoio de familiares?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**7. Parentalidade:**

Tem filhos? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

**8. Situação económica:**

Insatisfatória \_\_\_

Pouco satisfatória \_\_\_

Satisfatória \_\_\_

Boa \_\_\_

Muito boa \_\_\_

**9. Participação em actividades:**

Centradas na vida doméstica/familiar \_\_\_

Frequenta centro de dia \_\_\_

Frequenta universidade da 3ª idade \_\_\_

Frequenta grupos na igreja \_\_\_

Centradas nos amigos (as) \_\_\_

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**10. Relações Interpessoais:**

**- Relações familiares (grau de contacto):**

Muito frequente \_\_\_

Frequente \_\_\_

Distante \_\_\_

Inexistente \_\_\_

**- Relações familiares (qualidade):**

Muito gratificantes \_\_\_

Gratificantes \_\_\_

Superficiais \_\_\_

Inexistentes \_\_\_

**- Relações de amizade (grau de contacto):**

Muito frequente \_\_\_

Frequente \_\_\_

Distante \_\_\_

Inexistente \_\_\_

**- Relações de amizade (qualidade):**

Muito gratificantes \_\_\_

Gratificantes \_\_\_

Superficiais \_\_\_

Inexistentes \_\_\_

**11. Tem um confidente?**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

**12. Crenças e práticas religiosas:**

Sem crença religiosa \_\_\_

Com crença religiosa e sem práticas religiosas \_\_\_

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

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

**13. 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 \_\_\_

**14. 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) \_\_\_

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**