

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**PERDÃO E ESPERANÇA NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE MENTAL DO SÉNIOR**

(Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia da  
Saúde)

Maria de Lourdes Vieira Robalo

Faro  
(2010)



NOME: Maria de Lourdes Vieira Robalo

DEPARTAMENTO: Departamento de Psicologia

ORIENTADORA: Professora Doutora Maria Cristina Faria

DATA: 29 de Janeiro de 2010

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: PERDÃO E ESPERANÇA NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE MENTAL DO SÉNIOR**

JÚRI:

**PRESIDENTE:**

Doutora **Ida Manuela de Freitas Andrade Timóteo Lemos**,  
Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e sociais  
da Universidade do Algarve.

**VOGAIS:**

Doutora **Maria Eugénia de Loureiro Polónio Pereira Duarte Silva**, Professora Auxiliar da  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Doutora **Maria Cristina Campos de Sousa Faria**, Professora Adjunta da Escola Superior de  
Educação do Instituto Politécnico de Beja.



## **RESUMO**

*“ Perdão, Esperança na Promoção da Saúde Mental do Sénior”*

**Enquadramento Teórico:** As sociedades modernas são estruturas duplamente envelhecidas, caracterizadas por uma maior longevidade dos seus membros e por uma menor taxa de natalidade, o que torna necessário a conjugação de esforços multidisciplinares para minorar as consequências desta realidade. Envelhecer com *saúde, autonomia, independência*, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva.

Com este estudo pretendeu-se *conhecer de que forma é que o desenvolvimento das competências emocionais (perdão, esperança) é promotor da saúde mental do sénior*. Teve como apoio uma metodologia empírica, exploratória e transversal, e como suporte análise de conteúdo e pesquisas bibliográficas.

A amostra utilizada neste estudo é uma amostra de conveniência e é constituída por indivíduos residentes no Algarve (Portimão) e Alentejo (Vidigueira e Beja), composta de 82 idosos com idades compreendidas entre os 65 a 85 anos, sendo 31 do sexo masculino e 51 do sexo feminino.

A recolha de informação foi efectuada através da aplicação de três instrumentos aos respectivos inqueridos: a escala sobre o Perdão (Oliveira, J.H. B., 2002); a escala de Esperança Estado (Snyder et al., 1996; Faria, M.C., 2000) – versão portuguesa; “Inventário Depressivo” (Beck, A. T., 1967), versão portuguesa de (Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L., 1973).

Os resultados da aplicação dos instrumentos permitiram concluir que não houve influências do género, da idade e das habilitações académicas. Constatou-se que não existem correlações significativas entre os totais dos instrumentos.

As análises efectuadas expõem valores significativos que nos permitem concluir que quanto maior é o perdão, maior é a esperança e maior é a depressão, por outro lado, quanto maior é a depressão menor é a esperança. Assim, coloca-se um desafio à Psicologia da Saúde: intervir na educação de idosos e na formação dos cuidadores dos mesmos.

**Palavras-chave:** Psicologia positiva, promoção da saúde, competência emocional, envelhecimento, valores

## **ABSTRACT**

“Forgiveness, Hope in promoting Senior Mental Health”

**Theoretical environment:** Modern societies are twice aged structures, represented by a bigger prolonged existence of their members and by a lower nativity tax, which becomes the need to combine multidisciplinary efforts to low the consequences of this reality. Getting old with health, autonomy and independence the longest possible, is at the present time a challenge to the collective and individual responsibility.

The aim of this thesis was to know in what way the development of emotional competences (forgiveness, hope) promotes Senior Mental Health. It had as backup an empiric methodology, exploratory and transversal and as support a subject analysis and demographic researches.

The used sample in this thesis is a convenience one, made with local people of Algarve (Portimão) and Alentejo (Vidigueira e Beja), among 82 elderly people, aged between 65 to 85 years, who 31 were males and 51 were females.

The information gathering was made trough the application of 3 instruments to the enquiries: The Forgiveness Scale (Oliveira, J. H. B., 2002); The State of Hope Scale (Snyder et al., 1996; Faria, M.C., 2000) – Portuguese version; “ Inventário Depressivo” (Beck, A. T., 1967), Portuguese version of (Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L., 1973).

The instrument application results allowed imply that there were no influences of gender, age or academic qualifications. It was demonstrated that there were no considerable correlations between the total instruments.

The analysis made demonstrate significant values that permit us to imply that the bigger the pardon, the bigger is the hope and the depression, in contrast, the bigger the depression, the lower is the hope. Therefore, we come to a challenge to Health Psychology: involve yourself in the elderly education and in the formation of the ones that take care.

**Key words:** Positive psychology, health promotion, emotional competence, ageing, values.

## **AGRADECIMENTOS**

A tarefa de agradecer individualmente a todos as pessoas, que contribuíram para tornar possível este trabalho, é bastante difícil, no entanto, gostaria de deixar aqui bem expresso o meu reconhecimento à aqueles que, de uma forma mais directa, me deram o seu apoio indispensável.

À Professora Doutora Maria Cristina Faria, a minha orientadora neste trabalho, que com entusiasmo e amizade comigo sonhou os primeiros passos desta investigação, e contribuiu, ao longo de todo o trabalho que conduziu à presente dissertação, para o aprofundar dos meus conhecimentos nesta área, norteando-me sempre com rigor científico. O seu apoio e disponibilidade foram a trave mestra da realização desta dissertação. Para ela vai o meu maior agradecimento.

Ao Professor Mestre Cesário de Almeida, a minha enorme gratidão, apesar da sua intensa actividade profissional, ter conseguido a tão necessária disponibilidade de tempo, saber e insubstituível apoio na análise estatística dos resultados, tão essencial à coerência e validade deste trabalho.

Ao Professor Doutor Adriano Vaz-Serra, da Universidade de Coimbra, que desde o primeiro momento manifestou todo apoio e interesse em disponibilizar um dos instrumentos da investigação, assim como todos os dados necessários relativamente ao instrumento. Por todo o apoio e incentivo que me deu para a realização do trabalho, fica o meu grande reconhecimento.

Ao meu amigo, Doutor Paulo Kutaya, que muito me ajudou na correcção e na estruturação do trabalho e o apoio que me deu nas horas difíceis, vai o meu profundo agradecimento.

À minha irmã, Doutora Maria Jesus Robalo Semedo, e ao meu irmão Clemente Vieira Robalo por todo apoio moral nas horas de maior desânimo, e pelo apoio financeiro dispensado para a concretização deste projecto, a minha eterna gratidão.

À toda a minha família que me apoiou nesta etapa, fica o meu agradecimento.

Aos meus pais, (embora falecidos) que foram elementos de constante referência de coragem e determinação a cada momento, vai a minha profunda gratidão.

Uma dissertação depende em grande medida da pesquisa bibliográfica que lhe está subjacente. Contei com o apoio da Biblioteca Municipal de Beja, José Saramago, que

me disponibilizou as bibliografias necessárias para a realização do trabalho. Aos técnicos deste Centro, o meu profundo agradecimento pela simpatia no atendimento e disponibilidade no apoio. Conteí também, com o Centro de Estudos da Escola Superior de Educação de Beja: aos funcionários deste Centro, o meu reconhecimento por toda a colaboração.

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a toda a minha família, especialmente a minha irmã Maria Jesus Robalo Semedo e ao meu irmão Clemente Vieira Robalo, cujo apoio de várias ordens se transformaram em alavancas da concretização deste invento.

A todos a minha imensa gratidão....

## **SIGLAS**

AVD – Actividade Básica da Vida diária.

AIVD – Actividade Instrumentais da Vida Diária

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idoso

EUA – Estados Unidos da América

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCV – Psicologia do Ciclo da Vida

SAD – Serviço de Apoio Domiciliado

UTIs – Universidade Sênior da Terceira Idade

V.D.H. – Variação Diurnas da Depressão

CID – Classificação Internacional de Doenças

B.D.I. – Inventário Depressivo de Beck

KMO – Kraiser – Meyer – OLKin

A.T. – Antigo Testamento

APA - “American Psychological Association” (Associação Psicológica Americana)

V.D.H – Variações Diurnas da Depressão

SHS – “State Hope Scale” (Escala de Esperança Estado)

D. P. - Desvio Padrão

“ Um Homem nada faria se, para  
Principiar a fazer as coisas, esperasse  
Até fazê-las com tal perfeição que ninguém lhes acharia defeito”

Cardeal Newman

“ O perdão é uma necessidade absoluta para a continuidade da existência humana”

Desmond Tutu

**ÍNDICE**

**AGRADECIMENTO**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**INTRODUÇÃO** 23

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO** 30

**CAPÍTULO I** 30

**1. ENVELHECIMENTO** 30

1.1. Aspectos Físicos, Psicológicos do Envelhecimento 32

1.2. Estatísticas Demográficas 34

1.3. Causas e Consequências do Envelhecimento 35

1.4. Envelhecimento Activo 36

1.5. Para uma Velhice Bem Sucedida 38

1.6. Teorias sobre o Envelhecimento 39

1.7. Programas e Estruturas de Apoio às Pessoas Idosas 43

**CAPÍTULO II** 51

**2. O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO NA TERCEIRA IDADE** 51

2.1. Perspectiva Histórica sobre a Psicologia (Desenvolvimental do idoso) 51

2.2. Desenvolvimento Cognitivo no Idoso 57

2.3. Padrões de Crescimento e de Declínio 58

2.4. Desenvolvimento do Eu da Personalidade 60

2.5. Tipos de Personalidade 64

2.6. Alterações nos Contactos Sociais	66
2.7. A Psicopatologia do Idoso	67
2.7.1. A Depressão	68
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>78</b>
<b>3. A PSICOLOGIA POSITIVA NO ENVELHECIMENTO</b>	<b>78</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>81</b>
<b>4. A PSICOLOGIA POSITIVA</b>	<b>81</b>
4.1. A Importância do Conceito de Resiliência para a Psicologia Positiva	84
4.2. Noção de Bem-Estar Subjectivo na Psicologia Positiva	87
4.3. Componentes do Bem-Estar Subjectivo	89
4.4. Emoções /Sentimentos	90
4.4.1. Amor	90
4.4.2. Alegria	93
4.4.3. Bem-Estar	94
4.4.4. Contentamento (serenidade/ tranquilidade, alívio	95
4.4.5. Esperança	96
4.4.6. Felicidade	97
4.4.7. Optimismo	102
4.4.8. Perdão	103
4.4.9. Sabedoria	105
4.5. O Sentido da Vida	106
4.6. Forças de Carácter	107
4.7. Organizações Positivas	108

<b>CAPÍTULO V</b>	<b>113</b>
<b>5. PERDÃO, ESPERANÇA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENATL DO SÉNIOR</b>	<b>113</b>
5.1. Perdão	133
5.1.1. Perdão como Atitude Interpessoal Moral e Universal	116
5.1.1.2. Contextos de Injustiças e Diferenças nos Graus de Perdão	116
5.1.1.3. Perspectiva Histórica do Perdão	117
5.1.1.4. O Perdão na Tradição Judaica e na Tradição Cristã	118
5.1.1.5. Perdão na Tradição Judaica	119
5.1.1.5.1. Perdão na Tradição Cristã	120
5.1.1.5.2. Perdão no Islamismo	122
5.1.1.5.3. Perdão e Reconciliação no Contexto Político	124
5.1.1.6. Perdão Versus Justiça Social	125
5.1.1.6.1. Reconciliação enquanto Justiça Reparadora	125
5.1.1.6.2. Perdão e Justiça Social: Dois Caminhos para Curar as Feridas do passado	126
5.1.1.6.3. A Geopolítica do Perdão	127
5.2. O Perdão na Saúde	129
5.2.1. O Perdão na Comunidade	134
5.2.1.1. O Perdão na Comunidade dos AMISH	134
5.2.1.2. O Perdão na Família	135
5.3. A Definição do Perdão	136
5.3.1. As Falsas Concepções de Perdão	139
5.3.2. Perdoar a Si Mesmo	141
5.3.3. Razões para Perdoar	143
5.3.4. O Perdão é um Processo	144
5.3.4.1. Os Factores que Afectam a Vontade de Perdoar	146
5.3.5. O idoso e o Perdão	147
5.4. A Esperança	149
5.4.1. A Esperança e a Perspectiva Histórica	150
5.4.2. A Importância da Esperança	151
5.4.3. Estudos da Esperança em Relação à Saúde	152

5.4.3.1. A Esperança, Coluna Vertebral da Vida	153
5.5. Fundamentação Metafísica da Esperança em Gabriel Marcel	154
5.6. Definição da Esperança	158
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>161</b>
<b>6. PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO</b>	<b>161</b>
6.1. Saúde	161
6.1.1. Promoção da Saúde e do Bem-Estar	164
6.1.2. Promoção da Saúde Mental dos Idosos	167
6.2. Actividade Física	168
6.3. Praticas de Intervenção para a Promoção da Saúde e Bem-Estar do Idoso	170
6.4. Estilos de Vida	171
6.5. Qualidade de Vida na Terceira Idade	173
<b>CAPÍTULO VII</b>	<b>176</b>
<b>7. EMOÇÕES POSITIVAS E VALORES DE ORIENTAÇÃO DE VIDA DOS IDOSOS</b>	<b>176</b>
7.1. Motivação, Emoção e Afecto	176
7.2. O Idoso e a Satisfação com a Vida	179
7.3. O Idoso e a Sabedoria	180
7.3.1. A Sabedoria dos Idosos	180
7.3.2. O Idoso e o Sentido da Vida	182
7.4. Valores de Orientação de Vida nos Idosos	183
7.4.1. Motivação e Pessimismo	183
7.5. Valores dos Idosos na Sociedade Contemporânea	184
7.6. A Ética	187
7.7. O Papel da Inteligência Emocional nos Desafios de um Envelhecimento Adaptado	188
7.8. O Suporte Social	191

<b>PARTE II – ESTUDO EXPLORATÓRIO</b>	<b>195</b>
<b>CAPÍTULO VIII</b>	<b>195</b>
<b>8. OBJECTO DE ESTUDO</b>	<b>195</b>
8.1. Propósito e Delimitação do Problema	195
8.2. Modelo Racional Teórico do Estudo Exploratório	201
8.3. Hipóteses de Investigação	202
<b>CAPÍTULO IX</b>	<b>204</b>
<b>9. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b>	<b>204</b>
9.1. Metodologia	204
9.2. Características da Amostra	204
9.3. Procedimentos	206
9.4. Instrumentos de Investigação	207
9.5. Análise e Tratamentos de Dados	212
9.6. Estudos Psicométricos	214
<b>CAPÍTULO X</b>	<b>216</b>
<b>10. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>216</b>
10.1. Escala do Perdão	216
10.1.1. Dados Psicométricos	216
10.1.2. Escala do Perdão (mínimo, máximo, média e desvio padrão) e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas	218
10.1.3. Estatísticas Descritiva dos Itens da Escala de Perdão e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas	220
10.1.3.1. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Perdoe facilmente”	220
10.1.3.2. Posição dos Idosos face à Afirmação:” Perdoe mesmo a quem muito me ofendeu”	221

10.1.3.3. Posição dos Idosos face à Afirmação:” Às vezes sou capaz de me vingar”	222
10.1.3.4. Posição dos Idosos face à Afirmação: “As minhas convicções levam-me a perdoar”	224
10.1.3.5. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas”	225
10.1.3.6. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Por vezes aplico a lei de talhão”	226
10.1.3.7. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Perdoo mesmo se não me vierem pedir desculpas”	228
10.1.3.8. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perduram”	229
10.1.3.9. Posição dos Idosos face à Afirmação: Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor”	230
10.1.3.10. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como quem me ofendeu por querer”	232
10.1.3.11. Posição dos Idosos face à Afirmação:” Esqueço facilmente as ofensas”	233
10.1.3.12. Posição dos Idosos face à Afirmação:” Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu”	235
10.2. Escala de Esperança Estado	236
10.2.1. Dados Psicométricos	236
10.2.2. Escala de Esperança Estado (mínimo, máximo, média e desvio padrão) e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas	238
10.2.3. Estatísticas Descritivas dos Itens da Escala de Esperança Estado e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas	240
10.2.3.1. Posição dos Idosos face à Afirmação. “ Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas”	240
10.2.3.2. Posição dos Idosos face à Afirmação:”Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos”	241
10.2.3.3. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar”	241
10.2.3.4. Posição dos Idosos face à Afirmação: “ Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida”	244

10.2.3.5. Posição dos idosos face à Afirmação:” Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento”	246
10.2.3.6. Posição dos Idosos face à Afirmação:” Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a) “	247
10.3. Inventário Depressivo de Beck	249
10.3.1. Dados Psicométricos	249
10.3.2. Inventário Depressivo de Beck (mínimo, máximo, média e desvio padrão) em Relação a Idade, Género e Habilitações Académicas	251
10.3.3. Estatísticas Descritivas dos Grupos de Sintomas do Inventário Depressivo de Beck e sua Relação com Género e Habilitações Académicas	253
10.3.3.1. Posição dos Idosos face aos Grupos de Sintomas (B.D.I) e Sua Relação com o Género	253
10.3.3.2. Posição dos Idosos face aos Grupos de Sintomas (B.D.I.) e Sua Relação com as Habilitações Académicas	274
<b>CAPÍTULO XI</b>	<b>296</b>
<b>11. PERDÃO, SAÚDE MENTAL E ESPERANÇA NOS IDOSOS</b>	<b>296</b>
11.1. Perdão e Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos)	296
11.1.1. Média do Total Perdão para (B.D.I.) Depressão	297
11.2. Esperança Estado e Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos)	298
11.2.1. Média do Total Esperança Estado para (B.D.I.) Depressão)	299
11.3. Análise das Médias Totais da Esperança Estado e do Perdão com o grau da Depressão	300
11.4. Relação dos Totais entre Perdão, Esperança Estado e Depressão (Correlação R de Pearson )	301
11.5. Correlação dos Totais dos Instrumentos e dos Grupos de Sintomas	302
<b>CAPÍTULO XII</b>	<b>306</b>

<b>12. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>306</b>
<b>CONCLUSÕES DAS IMPLICAÇÕES</b>	<b>314</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>324</b>
<b>REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS</b>	<b>328</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	
Anexo 4	
Anexo 5	

**INDICES FIGURAS**

Figura 1.....	61
Figura 2.....	63
Figura 3.....	145
Figura 4.....	163
Figura 5.....	166
Figura 6.....	201
Figura 7.....	205
Figura 8.....	219
Figura 9.....	239
Figura 10.....	252
Figura 11.....	300

**INDICES TABELAS**

Tabela 1.....	206
Tabela 2.....	216
Tabela 3.....	217
Tabela 4.....	218
Tabela 5.....	218
Tabela 6.....	220
Tabela 7.....	221
Tabela 8.....	223
Tabela 9.....	224
Tabela 10.....	225
Tabela 11.....	227
Tabela 12.....	228
Tabela 13.....	229
Tabela 14.....	231
Tabela 15.....	232
Tabela 16.....	234
Tabela 17.....	235
Tabela 18.....	236
Tabela 19.....	237
Tabela 20.....	238
Tabela 21.....	238
Tabela 22.....	240
Tabela 23.....	242
Tabela 24.....	243
Tabela 25.....	245
Tabela 26.....	246
Tabela 27.....	248
Tabela 28.....	249
Tabela 29.....	250
Tabela 30.....	251

Tabela 31.....	251
Tabela 32 .....	235
Tabela 33.....	254
Tabela 34.....	255
Tabela 35.....	256
Tabela 36.....	257
Tabela 37.....	258
Tabela 38.....	259
Tabela 39.....	260
Tabela 40.....	261
Tabela 41.....	262
Tabela 42.....	263
Tabela 43.....	264
Tabela 44.....	265
Tabela 45.....	266
Tabela 46.....	267
Tabela 47.....	268
Tabela 48.....	269
Tabela 49.....	270
Tabela 50.....	271
Tabela 51.....	272
Tabela 52.....	273
Tabela 53.....	274
Tabela 54.....	275
Tabela 55.....	276
Tabela 56.....	277
Tabela 57.....	278
Tabela 58.....	279
Tabela 59.....	280
Tabela 60.....	281
Tabela 61.....	282
Tabela 62.....	283
Tabela 63.....	284
Tabela 64.....	285

Tabela 65.....	286
Tabela 66.....	287
Tabela 67.....	288
Tabela 68.....	289
Tabela 69.....	290
Tabela 70.....	291
Tabela 71.....	292
Tabela 72.....	293
Tabela 73.....	294
Tabela 74.....	296
Tabela 75.....	297
Tabela 76.....	298
Tabela 77.....	299
Tabela 78.....	301
Tabela 79.....	302

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países. Este processo interessa a todos, em primeiro lugar aos já idosos, mas a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos. Do modo como a sociedade trata hoje os gerontes pode aferir-se dos seus valores e prever os valores de amanhã. As Nações Unidas, declararam o ano de 1999, ao findar do séc. XX e do 2º milénio, como ano dos idosos, sob o lema “ Construir uma Sociedade para Todas as Idades”. Nesse mesmo ano, e por essa ocasião, o Papa João Paulo II dirigiu uma Carta aos anciãos, “ guardiães de uma memória colectiva”, pedindo que se promova urgentemente uma “ cultura da ancianidade”. Oxalá esse desiderato se expanda no novo milénio e, em particular, neste novo século, devendo os responsáveis implementar, a respeito dos idosos, o princípio da **dignidade** (os cidadãos mais velhos devem gozar de todos os direitos), **o princípio da autonomia** (em todos os sentidos e circunstâncias particularmente na reforma), **o princípio do desenvolvimento pessoal**, (dar-lhes condições para o pleno desenvolvimento), **o princípio do acesso aos cuidados** (de saúde,) **o princípio da participação** (na política e noutras actividades). Para tanto é necessário que os responsáveis políticos e sociais adoptem medidas de verdadeira defesa e promoção da pessoa idosa, como retardar o tempo da reforma, se for o caso, desde que tal medida não traga outras complicações (Nazareth, 1999, pp. 247- 249, cit. in Oliveira, 2005).

A ética não envolve apenas um juízo de valor sobre o comportamento humano, mas determina em si, uma escolha, uma direcção, a obrigatoriedade de agir num determinado sentido em sociedade. O princípio da justiça, que torna obrigatório que se reconheçam as necessidades de outrem sem distinção de idade, raça, classe ou religião é um dos princípios éticos imprescindíveis para a vida humana.

Sendo a psicologia a ciência dos processos cognitivo-afectivos e do comportamento, ou a ciência da personalidade (insistindo mais em uma ou outra dimensão), é natural que também se interesse pela pessoa do idoso, dos seus processos mentais, motivacionais e conativos, observando, interpretando e intervindo no comportamento. É extensa a literatura psicológica neste domínio.

Birren (1999, cit. in Oliveira, 2005) um dos grandes especialistas neste domínio, afirma que nos últimos anos a literatura sobre o envelhecimento tem crescido

exponencialmente podendo considerar-se a época recente como “**época de ouro**” na investigação gerontológica. O envelhecimento pode ser interpretado como uma “**revolução**”, conforme o título dum livro editado por Qualls e Abeles (2000, cit. in Oliveira, 2005).

Até há pouco, a psicologia do desenvolvimento abrangia apenas a infância e adolescente, sendo a velhice considerada uma espécie de **involução ou regressão** à infância, numa visão circular em que os extremos se tocam. Mas é necessário uma visão linear, considerando o processo desenvolvimental ao longo de toda a vida (*Long Life Span*); na expressão anglo-saxónica), embora o desenvolvimento na terceira idade não seja idêntico ao da primeira ou da segunda idade. Todavia, trata-se da evolução contínua de um processo que iniciou com o nascimento e só termina com a morte.

*Um melhor conhecimento do processo de envelhecimento e da psicologia do idoso, facilita aos mais novos uma maior compreensão e respeito pelos gerontes e a estes uma maior qualidade de vida. Isto, só é possível com uma mudança de mentalidade da população em geral, capaz de olhar com olhos mais carinhosos para a pessoa envelhecida e de lhe proporcionar condições de bem-estar a nível pessoal e grupal, além de saber aproveitar as suas qualidades e préstimos.*

Na abordagem da velhice bem-sucedida, é necessário referir-se a velhice mal-sucedida ou patológica, dado que, a maioria das pessoas idosas com 65 ou mais anos de idade sofrem pelo menos de uma doença crónica do foro médico e muitas delas têm problemas coexistentes. Assim sendo, as pessoas idosas são mais afectadas do que as da meia-idade por artrite, problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos e défice auditivo ou visual. Cada uma dessa situação pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida. Respeitante às perturbações mentais as pessoas idosas constituem um subgrupo significativo da população da terceira-idade. Assim, os idosos estão sujeitos a diferentes tipos de perturbações mentais tais como: o défice cognitivo, as perturbações afectivas, perturbações de ansiedade, abuso ou dependência de álcool, perturbações esquizofrénicas, somatização, perturbações de personalidade e outras perturbações mentais.

De acordo com Oliveira (2005) a incidência da depressão nos idosos é maior que noutras idades. Apesar de os estudos epidemiológicos sejam muito diversificados quanto a amostra e quanto à diversidade de graus da depressão, cerca de 10 a 60% de idosos europeus sofrem da depressão ultrapassando os estudos idênticos realizados nos Estados Unidos com 5% de gerontes deprimidos.

Em Portugal, segundo Ana Costa (in Paul e Fonseca, 2005) é limitada a informação sobre doenças mentais. Apesar da ausência de dados que permitam uma caracterização completa do país, estima-se a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30% e a incidência de perturbações psiquiátricas graves aproxima-se de 12% da população. A esquizofrenia e a depressão são responsáveis por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério de Saúde, 2004). Os resultados do 3º censo psiquiátrico realizado em 2001 descobriram nos idosos, uma predominância de casos depressivos na consulta externa e na urgência. Segundo a mesma autora, a Organização Mundial da Saúde alega que quase 66% dos indivíduos com uma perturbação depressiva estão por diagnosticar. E segundo essa mesma fonte, lá pelo 2025, o suicídio constituirá uma segunda causa da morte nos países industrializados.

Segundo Fonseca (2005), ninguém pode envelhecer bem sem se adaptar e sem melhorar a sua capacidade para aceitar o que é inalterável. É esse o ajustamento, essa sabedoria que constitui um grande desafio que se coloca ao desenvolvimento psicológico orientado para seniores dotados de identidade, estabilidade emocional e autonomia.

A psicologia positiva procura contribuir para um *envelhecimento bem sucedido*, isto é, um envelhecimento com autonomia, bem-estar, qualidade de vida e estilos de vida saudável; aumentar os ganhos e diminuir os défices. Procura sempre o lado positivo do envelhecimento dando maior importância às emoções positivas no idoso (esperança, bem-estar, felicidade, alegria, optimismo, perseverança, amor, perdão). A psicologia positiva vem trazer uma mensagem nova de esperança em vez de medo, atente-se nos exemplos: *'a maior parte das pessoas não abusa de bebidas'* e *'a maior parte das pessoas que jogam dinheiro consegue controlar-se'*. Esta mudança da afirmação de não focar no negativo mas sim no positivo apresenta a ideia base da psicologia positiva.

A psicologia positiva procura mudar a centralidade do tratamento para a prevenção. Ajuda-se mais as pessoas se podermos prevenir os problemas antes de acontecerem (*prevenção primária*), intervir antes que piorem (*prevenção secundária*). Finalmente, se as outras estratégias não funcionarem dirige-se para o tratamento (*prevenção terciária*).

A promoção da saúde é o processo que permite a cada indivíduo e à comunidade controlar os factores de risco e estimular os factores protectores. A preocupação dos serviços de saúde deixou de estar centrada só no tratamento da doença, para se organizar no âmbito da prevenção e promoção da saúde.

Segundo (Silva et al., 2003), esta mudança de abordagem da problemática da saúde que se manifestou na década de 70 parece perfeitamente actual em Portugal. Reconhece-se a

importância de desenvolver novos modos de encarar a saúde e as doenças. A par da emergência da preocupação com o aspecto preventivo e promotor da saúde, o indivíduo passa a ser encarado, enquanto ser biológico, psicológico e social, acentuando-se igualmente as preocupações do ponto de vista da saúde mental.

Assim, o presente estudo insere-se no âmbito de Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde e Metodologia de Investigação Científica. Este estudo tem como tema: *perdão e esperança na promoção da saúde mental do sênior*.

A priori, e atendendo às várias dimensões da personalidade humana, pretendia-se a elaboração de um trabalho de investigação que se debruçasse sobre um tema, pouco estudado, e de grande importância para a saúde física e mental do ser humano, assim como para a sua vivência e coexistência pacífica no universo. Face a isto definimos como questão de partida para esta investigação:

*De que forma é que o desenvolvimento das competências emocionais: perdão e esperança são promotores da saúde mental do sênior?*

Embora tenha recebido pouca atenção por parte dos cientistas sociais, até há pouco tempo, o perdão é um tópico central da vida quotidiana. Ao nível pessoal, familiar, comunitário, nacional e internacional, a qualidade das nossas relações com os outros é amplamente determinada pelo modo como conceptualizamos o perdão.

Segundo alguns autores, o tema do perdão é muito actual, dada a longa onda de violência que parece submergir o nosso mundo. O perdão é uma necessidade absoluta para a continuidade da existência humana. O sentimento mais louvável da Humanidade possibilita o processo civilizacional de todos nós, habitantes deste planeta. Sem o perdão a Humanidade pára e estagna.

De acordo com Everett Worthington (1996, cit. in Seligman (2007) afirma: “o perdão é simultaneamente uma decisão e uma mudança da experiência emocional. Essa mudança na experiência emocional está associada a uma maior saúde mental e física.

Relativamente à esperança, E. Fromm (1978, p.91 cit. in Oliveira 2004) afirma:” quando a esperança desaparece, acaba a vida efectiva ou em potência. A esperança é na realidade o grande “*motor*” da acção e do viver (Zavalloni 1991, cit. in Olivera, 2004).

De acordo com Seligman (2008), o optimismo e a esperança provocam uma maior resistência à depressão quando somos atingidos por acontecimentos negativos, oferecem um melhor desempenho no trabalho, e especialmente quando nos deparámos com desafios e uma melhor saúde física.

Este estudo advém, não só da nossa experiência profissional com idosos, mas também da nossa necessidade de reflectir, de questionar, de procurar um ângulo prismático diferente, para olhar e sentir o problema da promoção da saúde mental dos idosos. Assim, esta investigação tem como apoio *uma metodologia empírica, exploratória e transversal e tem como suporte análise de conteúdo e pesquisas bibliográficas.*

Perante a nossa preocupação de conhecer e descobrir algo de novo sobre idosos, estabelecemos o seguinte objectivo:

*Conhecer de que forma é que o desenvolvimento das competências emocionais (perdão e esperança) é promotor da saúde mental do sénior.*

Para que o objectivo anteriormente apresentado, se tornasse uma realidade, estruturamos o nosso estudo, de forma a iniciarmos o enquadramento teórico sobre o tema em análise, baseando-nos em diversos autores. Procurámos iluminar o tema em análise, procurando clarificar alguns conceitos de forma a facilitar o posterior desenvolvimento das ideias.

Numa segunda parte apresentamos a metodologia adoptada, no decurso da investigação. Posteriormente, procedemos à apresentação, discussão e análise dos resultados. O tratamento de dados foi feito com a utilização do programa estatístico SPSS (Program for Social Sciences, versão 16.0). De seguida, apresentamos as conclusões que mais sobressaíram no estudo, e sugerindo algumas pistas para futuros estudos nessa área, assim como a elaboração de um planeamento de um projecto de acção formação para cuidadores de idosos.

Resta-nos referir que a investigação esta dividida em capítulos e sub-capítulos, onde, passaremos a enunciar os conteúdos de cada um dos capítulos.

Assim, o capítulo um fala do envelhecimento; o capítulo dois fala do desenvolvimento psicológico na terceira idade; o capítulo três trata-se da psicologia positiva no envelhecimento; o capítulo quarto fala da psicologia positiva; o capítulo quinto aborda o perdão, a esperança na promoção da saúde mental do sénior; o capítulo sexto aborda a promoção da saúde e envelhecimento; o capítulo septmo aborda emoções positivas e valores de orientação de vida dos idosos; o capítulo oitavo corresponde a parte II – estudo exploratório, aborda o objecto de estudo; o capítulo nono fala dos métodos e procedimentos; o capítulo décimo aborda a apresentação dos resultados; o capítulo décimo primeiro, aborda perdão, saúde mental e esperança nos idosos; o capítulo décimo segundo trata-se da discussão dos resultados, seguida das conclusões das implicações.

Resta-nos dizer que este estudo foi de grande importância, dado que através da revisão das bibliografias, conhece-se as preocupações, os medos, e as diferentes fases por que passa um idoso, além das várias patologias a que estão sujeitos. O idoso é um membro da sociedade que merece todo o respeito, amor e carinho. Precisam de ser amados, reconhecidos e aceitos, a começar pela sua própria família.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I**

#### **1 – O ENVELHECIMENTO**

Todo o organismo multi-celular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multi-celular costuma ser dividida em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e a senescência ou envelhecimento. Esta última fase, a senescência, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo. O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como todo. Esse declínio torna-se perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. Segundo Robert (1994, p. 31, cit. in Oliveira, 2005), o envelhecimento consiste numa “ perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”. Trata-se assim, de um processo complexo, diferencial (específico da cada pessoa), contínuo (embora com movimentos deferentes) e irreversível.

Podemos dizer que não é fácil definir o envelhecimento, embora possamos descrever algumas características que mais frequentemente se imputam aos idosos: crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da auto-estima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como as mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planear o futuro; atitudes infantis ou infantilizadas, como processo de mendigar carinhos; complexos diversos dados, por exemplo, a diminuição da libido e do exercício da sexualidade; tendência à depressão, à hiponcondria ou somatização e mesmo tentações de suicídio; surgimento de novos medos (como o de incomodar, de ser um peso ou estorvo, de sobrecarregar os familiares, medo da solidão, de doenças e da morte); diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória; problemas a nível (da memória, linguagem, solução de problemas), conativo e motivacional, afectivo e personológico. Contudo, muitas destas características atribuídas aos idosos podem ser preconceituosas ou estereótipos sociais (Neto, 1992, 1999, cit. in Oliveira, 2005). Outro

conceito de grande pertinência é a longevidade, ou extensão de vida em cada indivíduo. Neste sentido, calcula-se que a longevidade tenda a aumentar durante as próximas décadas. Teoricamente o homem devia envelhecer através de um processo normal e chegar à senectude e senilidade sem uma patologia exclusiva ou necessariamente agregada. O normal, na vida, é ir percorrendo os diferentes tempos do ciclo vital sem ficar obrigatoriamente doente. Do ponto de vista psicológico, será o equivalente a passagem por cada momento do ciclo vital e encontrar em cada um o seu significado próprio e o sentido total, bem como novos valores e projectos de vida.

Partindo de uma concepção antropológica que reconhece a dimensão biológica, psicológica, sociocultural e espiritual num íntimo entrelaçado pessoal, torna-se impróprio reduzir o processo de envelhecimento humano a um mero processo biológico, exigindo antes que este seja analisado no contexto total em que é produzido: a natureza complexa das sociedades humanas.

Segundo a OMS, sênior é aquele que já completou 65 anos. Porém, nos países em vias de desenvolvimento poderia bem ser os 60 ou ainda menos, devido à média de vida ser mais baixa. Do mesmo modo, nos países mais desenvolvidos, graças ao apoio da medicina, da higiene e de outros factores, em vez dos 65 anos poderia considerar-se os 70 ou 75 anos como passagem a velhice, em relação com a média de esperança de vida. Efectivamente, a definição da velhice baseada unicamente na *idade cronológica* pode ser questionada. Para além desta, há que considerar a *idade biológica* (níveis de maturidade física e estado de saúde), *psicológica* (relacionada com o desenvolvimento cognitivo-emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação), e *social* ('status', papéis e funções a desempenhar).

A avaliação do envelhecimento humano com base na idade tem sido defendida por esta ser um parâmetro fácil de medir, fiável e comum a todos os seres humanos. Geralmente aceita-se a divisão considerada no recenseamento dos Estados Unidos, distinguindo 3 faixas etárias: (1) idosos jovens (elderly) – idade igual ou superior aos 65 anos e inferior aos 74 anos; (2) idosos (aged) – idade igual ou superior a 75 anos e inferior aos 84 anos; (3) Muito idosos (very old) – idade igual ou superior aos 85 anos.

A velhice, como categoria social, ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma. Mas será que a velhice começa com a reforma? Esta definição não tem sido adaptada às transformações sócio-demográficas mais recentes. Ao passar à categoria de “jovem reformado” encontra as condições para adquirir as propriedades que são socialmente

imputadas à velhice. A idade da reforma e a idade da velhice deixaram de ser coincidentes apesar de a reforma, na sua génese, estar indissociavelmente incorporada à velhice enquanto fase da vida onde se manifesta incapacidade para o trabalho.

Rowe e Kahn (1987, cit. in Correia, 2003) consideraram existir três padrões de envelhecimento: (1) *bem sucedidos* (“Successful”) – os parâmetros avaliados são equivalentes aos mais elevados encontrados na população adulta não idosa; (2) *habituais* (“usual”) – os parâmetros são próximos dos valores médios, registados na população adulta não idosa; (3) *mal sucedidos* (“unsuccessful”) – os parâmetros medidos são inferiores aos da faixa etária mais jovem. Estão geralmente associados às doenças.

Os padrões de declínio biológico mensuráveis no ser humano são diferentes nos vários aparelhos e sistemas e resultam do somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de factores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças.

### **1.1 . Aspectos Físicos, Psicológicos e Sociais do Envelhecimento**

Segundo Zimmerman (2000) envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É necessário salientar que essas transformações são gerais, podendo se verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um. Existem alguns factores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo tais como: a alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do stress, o apoio psicológico, a atitude positiva perante a vida e ao envelhecimento. Apresenta-se algumas características mais marcantes do envelhecimento ao nível dos aspectos físicos, psicológicos e sociais.

*Os aspectos físicos:* hoje em dia, com o avanço farmacológico, a melhoria nas condições de vida e uma maior preocupação com a prevenção de doenças, boa alimentação, exercícios físicos, como caminhadas e outras actividades, o envelhecimento está acontecendo em idade mais avançada. Do ponto de vista físico, as principais mudanças do adulto jovem para o sênior são as seguintes:

a) *modificações externas*: as bochechas enrugam-se e embolsam; aparecem manchas escuras na pele (manchas senis) a produção de células novas diminui, a pele perde o vigor, tornando-se flácida; podem surgir verrugas; o nariz alarga-se; os olhos ficam mais húmidos; aumento de quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz; os ombros ficam mais arredondados; as veias destacam-se sob a pele dos membros e enfraquecem; encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral; diminuição de estatura pelo desgaste das vértebras.

b) *Modificações internas*: os ossos endurecem; os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo o seu funcionamento; o cérebro perde neurónios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente; o metabolismo fica mais lento; a digestão é mais difícil; a insónia aumenta, assim como a fadiga durante o dia; a visão de perto piora devido a falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata) que pode provocar a cegueira; as células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se; o endurecimento das artérias e seu entupimento provocam arteriosclerose; o olfacto e o paladar diminuem.

*Aspectos sociais* – à medida que as pessoas vivem mais tempo, a tecnologia avança a passos largos, os meios de comunicação bombardeiam com factos e dados novos, as mudanças acontecem muito rapidamente. As distâncias aumentam a cada dia que passa, a vida é cada vez mais difícil. A nossa sociedade passa por grandes transformações. A introdução de novos conceitos e maneiras diferentes de viver e uma grande flexibilidade e capacidade de adaptação inexistente no sênior constituem dificuldades para os idosos em geral. O aumento de números de idosos provoca uma realidade diferente e traz consigo, a consciência de que a velhice existe, e é uma questão social que pede uma atenção muito especial. O envelhecimento social da população provoca uma modificação no status do idoso e no seu relacionamento com outras pessoas em função de: crise de identidade, devido a falta de papel social o que provoca no idoso a perda de auto-estima; mudanças de papéis na família, no trabalho, e na sociedade, o que impele ao idoso a adaptação à uma nova realidade; aposentadoria; perdas diversas, que vão desde a condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia; diminuição de contactos sociais, que se torna reduzidos em função de suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras.

De acordo com Zimmerman, (2000) é necessário um trabalho para que sejam ajustadas as relações sociais, com os filhos, com os netos, com os colegas e com os amigos.

*Aspectos psicológicos:* além das alterações no corpo, o envelhecimento provoca no ser humano um conjunto de mudanças psicológicas, que podem resultar em: dificuldade de adaptação à novos papéis; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afectivas e sociais; dificuldade de adaptação às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos idosos; alterações psíquicas que exigem tratamento; depressão, hipocondria, somatização, paranóia e suicídios; baixa auto-imagem e baixa auto-estima.

Assim como as características físicas do envelhecimento, as de carácter psicológico também estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo. As pessoas mais saudáveis e optimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações do envelhecimento. Elas estão mais propensas a verem a velhice como um tempo de experiência acumulada, de maturidade, de liberdade para assumir novas ocupações e até mesmo a libertação de certas responsabilidades.

## **1.2. Estatísticas Demográficas**

De acordo com Oliveira (2005), a humanidade atingiu os mil milhões de habitantes no início do século XIX, os dois mil milhões por 1925, o terceiro milhar de milhões em 1959, o quarto em 1974, o quinto em 1986, o sexto pelo ano 2000, podendo prever-se os sete mil milhões por 2010/2012, num crescimento contínuo de mil milhões cada década, devido principalmente à queda vertiginosa da mortalidade infantil e ao aumento da longevidade. Assiste-se à dois movimentos de sentido contrário: enquanto a progressão geométrica da população é devida à alta natalidade dos países pobres, o aumento dos idosos é devido ao crescente índice de média de vida dos países ricos. Os países do terceiro mundo estão a reduzir drasticamente o número de filhos por casal e a prolongar a média de vida.

Existem dois tipos de envelhecimento: *o da base* (diminuição da percentagens de jovens) e *o do topo* (aumento significativo do número de idosos). Nos países desenvolvidos, os jovens passaram de 45% para 15%, enquanto que os idosos com mais de 65 anos passaram de 5% para quase 20%. Prevê-se que no ano 2050 a situação se agrave ainda mais na Europa havendo nessa altura menos de 15% de jovens e mais de 25% de idosos. Em 1975 cerca de 350 milhões de seres humanos tinham mais de 60

anos e no ano 2000 já eram quase 600 milhões, prevendo-se mil milhões em 2010. Segundo a OMS a expectativa de vida a nível mundial era de 66 anos, em 2000 e passará para 73 em 2025.

Em Portugal, mais de um milhão e meio de portugueses já estão para além dos 65 anos. Entre 2020 e 2025 os idosos podem atingir cerca de 18% da população, enquanto a população jovem andará pelos 16%. Prevê-se que entre 2010 a 2015 a população de idosos portugueses ultrapasse a dos jovens (Rosa, 1996, cit. in Oliveira, 2005). Segundo Oliveira (2008), impõe-se uma cultura de “*ancianidade*” a que os psicólogos devem dar o seu contributo para uma melhor compreensão e qualidade de vida dos anciãos a todos os níveis.

### **1.3.Causas e Consequências do Envelhecimento Populacional**

Comprova-se que a população está a envelhecer nos países ocidentais (Europa, América do Norte), bem como nos países em vias de desenvolvimento, como o Brasil, onde o mito dum população jovem está a ceder frente ao envelhecimento da população (Zimmerman, 2000). O mesmo acontece nas duas nações mais populosas da Terra, a China e a Índia, onde o controlo drástico da natalidade contribui para a diminuição das gerações mais novas.

As *causas* do envelhecimento demográfico são as seguintes: a redução drástica da natalidade devido ao uso generalizado de métodos anticonceptivos e as várias condições sociopsíquicas adversas à natalidade, como o trabalho da mulher fora de casa, a falta de habitação condigna, o comodismo, e egoísmo; a diminuição acentuada da doença e da mortalidade, devido aos avanços da medicina em diversos campos, como o da prevenção. De acordo com Nazaré (1994, cit. in Oliveira, 2005), esta redução da mortalidade é mais evidente nas gerações novas. O grande fenómeno do envelhecimento da população provém mais da baixa taxa de natalidade, ainda que de algum modo, nos países desenvolvidos, seja compensada com o vasto fenómeno de imigração. Toda a causa implica uma consequência. Assim, as causas do envelhecimento demográfico implicam as seguintes consequências: *a nível social* – convivência de várias gerações, famílias com um ou vários idosos, mais mulheres do que homens, mais idosos vivendo em instituições; *ao nível de saúde ou médico* – exigência de mais serviços de saúde,

maiores gastos com a medicação e tratamento, maior ocupação de camas hospitalares, aumento de transtornos mentais na população; *ao nível económico* – maior número de pensionistas, menos receitas para cofres de Estado, mais lares para a 3ª idade (Zimmerman, 2000). Há anos, a OMS se propunha como objectivo aumentar a esperança de vida, hoje considera como desafio aumentar a expectativa de vida activa dos idosos, pois nas últimas 4 décadas do século XX a esperança de vida aumentou em mais de 10 anos para os homens e 12 anos para as mulheres, impondo-se agora a dar a todos os idosos uma melhor qualidade de vida que passa por mantê-los activos.

#### **1.4. Envelhecimento Activo**

O conceito de envelhecimento Activo, preconizado pela Organização Mundial de Saúde e defendida na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002), depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

De acordo com a OMS (1980), o envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança. Esta organização definiu como factores determinantes do envelhecimento activo: serviços de saúde e sociais, focados na promoção da saúde e prevenção de doenças; determinantes pessoais e biológicos; determinantes comportamentais, com indicação para adopção de estilos de vida saudáveis, participação activa no auto-cuidado e em actividades físicas, alimentação saudável, não fumar e não fazer uso de bebidas alcoólicas, visando estender a longevidade e melhorar a qualidade de vida; ambiente físico adequado para prevenir acidentes, inclusive nos serviços de saúde pública; determinantes pessoais e determinantes económicos, valorizando a contribuição do trabalho dos idosos no sector informal e nos serviços em casa e na comunidade. Pode destacar-se três áreas principais do envelhecimento activo a saber: promoção da saúde e o ajuste físico e a prevenção da incapacidade; optimização e compensação das funções cognitivas; incrementação do desenvolvimento afectivo e da personalidade; maximização do envolvimento social.

No envelhecimento activo há três dimensões a ter em consideração: o envelhecimento *biológico*, *intelectual*, e *emocional*. O envelhecimento *biológico* pode ser protelado, mas é inevitável. Se desde cedo tivermos cuidados e atenção aos sinais que o nosso corpo nos vai dando, podemos agir atempadamente no sentido de responder de forma eficaz aos “desequilíbrios” orgânicos e esperar ter uma velhice sem grandes complicações físicas. Ao envelhecimento *intelectual*, podemos nunca perder de vista a necessidade absoluta de estimulação constante, com exercícios que sejam verdadeiros “desafios para a mente”. Ao nível do envelhecimento *emocional*, as coisas são mais complicadas. Ninguém duvida da importância da motivação. Sem uma motivação adequada nada acontece. Todos nós percebemos como é importante ter cuidado com a alimentação, com a hidratação do nosso corpo e de fazer exercícios físicos regular.

O envelhecimento activo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas da vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e de saúde. O envelhecimento, para além dos seus determinantes individuais, genéticos e psicológicos, está também relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais, contribuindo para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida.

*A promoção da saúde e os cuidados de prevenção*, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma acção concertada, de todos os actores da sociedade. As prevenções primárias, secundária e terciária da incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando quer a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento, quer a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.

### **1.5. Para uma Velhice Bem Sucedida**

O conceito de envelhecimento bem sucedido adquire actualmente uma importância determinante na vida dos sujeitos. Segundo Rowe e Kahn (1999, cit. in Oliveira, 2008) entende-se por envelhecimento bem sucedido aquele em que os indivíduos continuam a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental. Dessa forma, abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes das mesmas; bom funcionamento físico e mental; empenhamento activo na vida. Baltes e Baltes (1990, cit. in Oliveira, 2008) propuseram o modelo de optimização selectiva por compensação, segundo o qual a velhice bem sucedida procura dois objectivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e evitamento de comportamentos de risco (perdas) (Oliveira (2005).

A velhice bem sucedida situa-se dinamicamente entre três processos: a *selecção* (especialização em certos registos de actividades físicas e intelectuais); *optimização* (estas actividades são optimizadas dada a eficácia pessoal); *compensação* (o idoso tenta compensar com a inteligência cristalizada o que foi perdendo a nível da inteligência fluida). O resultado da coordenação destes três processos é a manutenção de uma velhice feliz e bem sucedida, em que as perdas são compensadas por ganhos

Ao falarmos do envelhecimento bem sucedido urge abordar o envelhecimento mal sucedido ou envelhecimento patológico ficando no meio a velhice normal ou habitual. A gerontologia trata do envelhecimento em geral enquanto que a geriatria se ocupa da velhice patológica procurando intervir terapêuticamente. De qualquer forma, o desafio é fazer que o envelhecimento se processe cada vez com melhor qualidade, em todos os domínios (saúde física e mental, competência social, conservação da autonomia, bem-estar subjectivo) sendo necessário também o contributo psicológico (psicogerontologia). Segundo o programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), o envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação de profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social; uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades

que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva. A questão que se coloca hoje em dia para a pesquisa biomédica não é como conseguir adiar o envelhecimento e aumentar o tempo de vida humana, mas sim, como prolongar a duração da vida com qualidade.

## **1.6. Teorias sobre o Envelhecimento**

São muitas as teorias sobre o envelhecimento, umas de carácter biológico e biomédico, outras de carácter psicológico e sociais. Schroots (1996, cit. in Oliveira, 2005) na tentativa de compreender este complexo processo que é o envelhecer, distingue três períodos sobre as teorias do envelhecimento, numa perspectiva histórica: *período clássico* (dos anos 40 a 70 do século passado), *moderno* (dos anos 70 a 90) e *recente* (iniciando nos anos 80). Em cada um destes períodos inclui e estuda diversas teorias.

Período clássico:

1. **Teoria das tarefas de desenvolvimento** (Havighurst, 1953, cit. in Oliveira, 2005). Segundo esta teoria o desenvolvimento é entendido como realização de sucessivas tarefas que, se bem sucedidas, conduzem a um envelhecimento com sucesso. Estas tarefas têm uma dimensão biológica, psicológica e cultural.

O desenvolvimento é descrito na base da idade em seis estádios, cada um com a sua tarefa própria. Esta teoria influenciou outras, como a de Erikson.

2. **Teoria psicossocial do desenvolvimento da personalidade** (Erikson, 1950, 1982, cit. in Oliveira, 2005) descrita em oito estádios de desenvolvimento, cada um com a sua crise própria resultante do conflito entre tendências opostas. Em cada período é necessário resolver esse conflito integrando as necessidades pessoais com as sociais, como condição de crescimento.

A crítica que se pode fazer ao autor é a de dar mais importância à infância e a adolescência do que à adultez e à velhice, reservando apenas três períodos muitos mais amplo para este grande arco da vida: período *da intimidade vs. Isolamento* (adulto jovem, desde os 18 aos 40 anos, mais ou menos); período *da generatividade vs. estagnação* (até cerca dos 60 anos.); período *da auto-aceitação vs. desespero (3ª idade)*: envelhecendo, a pessoa ou aceita naturalmente o seu declinar e se adapta a essa nova etapa que culminará com a morte, ou então revolta-se interiormente vivendo amargurada e desesperada.

3. **Teoria da ‘reprodução’ (counterpart theory)** (Birren, 1961, cit. in Oliveira, 2005). Pressupõe que o desenvolvimento presente de algum modo reproduz o passado, sendo influenciado por ele. Na velhice assiste-se a uma selecção do que houve de melhor nas fases anteriores.

4. **Teoria do ‘desinvestimento’ (disengagement theory)** (Cumming e Henry, 1961, cit. in Oliveira 2005). O adulto, à medida que envelhece, vai desinvestindo ou afastando-se dos papéis sociais que antes representava, centrando-se mais no ‘eu’ e envolvendo-se menos social e emocionalmente. Porém, outros autores, como Havighurst, não concordam com esta ‘retirada’, supondo que a pessoa investe noutros papéis. Por isso a teoria do desinvestimento recebeu muitas críticas sendo reformulado nos anos 90 com o modelo da gerontranscendência.

5. **Teoria da personalidade, da idade e do envelhecimento** (Neugarten, 1968, 1996, cit. in Oliveira, 2005). Este autor, juntamente com os colaboradores, desenvolve a teoria do envelhecimento baseando-se em dois princípios: **a)** eventos do tempo de transição (*timing of transitional events*) que podem ser normativos, mais ou menos esperados (casamento, maternidade / paternidade, viuvez, etc.) ou não normativos / inesperados (acidentes, falecimento dum filho, viuvez precoce, etc.), podendo estes ter consequências negativas; **b)** tipo de personalidade que prediz e condiciona o envelhecimento, possibilitando uma maior ou menor adaptação e satisfação com a vida, sempre em interacção com outras pessoas representativas e que têm as suas expectativas a respeito do idoso.

6. **Teoria cognitiva da personalidade e do envelhecimento** (Thomae, 1970, cit. in Oliveira, 2005) que tenta integrar os domínios bio-cognitivo-afectivo-social, em interacção constante entre eles, privilegiando a percepção que o sujeito tem da situação e do próprio *self*, sendo estas percepções ou expectativas quanto ao envelhecimento mais importantes do que a realidade em si.

Período moderno:

1. **Teoria do desenvolvimento e do envelhecimento** (Baltes, 1987; Baltes e Baltes, 1990, cit. in Oliveira, 2005). Baltes e colaboradores, inspirando-se em alguns autores anteriores, enquadram o desenvolvimento humano em alguns princípios: **a)** o desenvolvimento processa-se ao longo de todo o curso da vida (todos os períodos são importantes), ocorrendo em todas as fases processos cumulativos (continuidade) e inovadores (descontinuidades); **b)** o desenvolvimento (que pode assumir crescimento e declínio em todas as fases) não é um processo unívoco e unidireccional, mas multidimensional e multidireccional, assumindo diferentes formas e direcções conforme as diversas pessoas e circunstâncias; **c)** o desenvolvimento processa-se através de equilíbrios constantes entre ganhos e perdas, prevalecendo aqueles na idade juvenil e as perdas na última idade; **d)** há plasticidade no desenvolvimento dependente de diversas condições culturais, sendo afectado por estas condições e pelo ritmo das mudanças; **e)** o desenvolvimento depende de diversos contextos, designadamente da idade, do contexto históricos (factores ambientais) e eventos não normativos, mais ou menos inesperados e que podem provocar crises; **f)** sendo complexo o desenvolvimento, deve ter-se em conta outras disciplinas (dimensão multidisciplinar) como a biologia, a sociologia, a antropologia, na compreensão do envelhecer.

Com base nestes princípios, Baltes desenvolve um modelo psicológico de envelhecimento bem sucedido, denominado *optimização selectiva com compensações* (Baltes, 1997, Freund e Baltes, 1998, cit. in Oliveira, 2005), baseado na dinâmica entre ganhos e perdas, num processo de adaptação que resulta de três elementos: *selecção* (progressiva restrição dos domínios de funcionamento na vida de cada pessoa),

*otimização* (valorização do que enriquece a pessoa, maximizando as escolhas realizadas) e *compensação* (capacidade de compensar as perdas sofridas).

Baltes e colaboradores aplicaram estas teorias, predominantemente cognitiva, ao domínio da sabedoria que pressupõe um alto conhecimento, julgamento e discernimento das situações, principalmente das mais difíceis, dando em tudo um alto significado à vida e combinando a cognição com a emoção. A sabedoria constitui a meta ideal do desenvolvimento humano, tendendo para a perfeição.

**2. Teoria dos recursos reduzidos de processamento** (Salthouse, 1988, 1990, cit. in Oliveira, 2005) que pode de algum modo explicar o relativo declínio cognitivo associado ao envelhecimento, através da redução dos recursos, como a capacidade de atenção, da memória de trabalho e de velocidade de processamento.

**3. Teorias da personalidade e do envelhecimento segundo os modelos de estádios** (Erikson, 1982,1986; Levinson et al., 1978, cit. in Oliveira, 2005). Erikson tinha proposto o seu modelo epitético de desenvolvimento nos anos 50 e fundamentalmente mantém-no nos anos 80, mas explorando aí mais a idade adulta e a velhice. Por seu lado, Levinson, influenciado por Erikson e também por Jung, estuda a vida adulta (entre os 20 e os 65 anos), propondo quatro “eras” que têm fases de justaposição ou de transição: a era da *pré-adulterez* (preadultbood) (0-22 anos); *idade adulta jovem* (early ad.) (17-45 anos); *a meia-idade* (middle ad.) (40-65); *a idade adulta tardia* (late adultbood) (a partir dos 60 anos). Levinson estuda estes períodos, particularmente os dois intermédios, a partir de entrevistas, com o sexo masculino e feminino. Sendo difícil de replicar, este modelo é discutível.

**4. Teorias da personalidade e do envelhecimento segundo os traços** (Costa e McCrae, 1988,1992, cit. in Oliveira, 2005). Segundo estes autores assiste-se a uma invariância estrutural fundamental da personalidade ou das suas disposições / traços básicos ao longo do tempo, e mais em particular na segunda metade da vida, atendendo sobretudo aos ‘cinco grandes’ factores da personalidade (neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade, conscienciosidade) outros traços de

personalidade (objectivos de vida, valores, estilos de ‘coping’ ou crenças de controlo dos acontecimentos) podem ser mutáveis.

Período recente:

- 1. A Teoria da gerotranscendência** (Tornstam, 1996, cit. in Oliveira 2005) postula que na velhice a visão materialista da vida vai cedendo lugar a uma visão mais transcendente que traz consigo uma maior satisfação com a vida. O conceito de transcendência insere-se na linha de alguns estudos sobre a cognição onde o pensamento é interpretado mais holisticamente, englobando dimensões subjectivas e emocionais e não apenas objectivas e racionais. O conceito de transcendência comporta três níveis de mudança ontológica: a nível cósmico (mudança em relação ao tempo, espaço, sentido da vida e da morte, comunhão com o espírito do universo); a nível do “eu” (passagem do egocentrismo ao altruísmo, integração dos vários aspectos do eu); a nível das relações interpessoais e sociais (prevalência das relações profundas e não superficiais, apreciação da solidão, aumento da reflexão).
- 2. Teoria gerodinâmica ou teoria da Bifurcação** (Schroots, 1996, cit. in Oliveira, 2005). Inspira-se na teoria geral dos sistemas, em particular na segunda lei da termodinâmica, e na teoria dos sistemas dinâmicos. O envelhecimento dos sistemas vivos é concebido como uma série de transformações não lineares onde vai dominando a desordem sobre a origem, até à morte. A teoria da bifurcação concebe o comportamento ramificado ao nível do funcionamento biológico, psicológico e social. Qualquer um destes níveis pode dirigir-se para estruturas superiores (benéficas) ou inferiores (degenerativas).

Torna-se importante referir que nenhuma das teorias formuladas, incluindo as mais recentes, explica de modo unívoco a questão do envelhecimento, permanecendo a necessidade de procurar-se interpretações mais holísticas e sistémicas.

### **1.7. Programas e Estrutura de Apoio às Pessoas Idosas**

As sociedades modernas são estruturas duplamente envelhecidas, caracterizadas por uma maior longevidade dos seus membros e por uma menor taxa de natalidade, o que torna necessária a conjugação de esforços multidisciplinares para minorar as consequências desta realidade. É imprescindível que se estudem e divulguem, novas conclusões acerca da aceitação do ciclo de vida no impacto físico, psíquico, e social da longevidade. É fundamental a definição de uma política global para a terceira idade, envolvendo a sociedade civil e a administração pública, para a criação de uma verdadeira promoção da saúde e prevenção de doenças (Plataforma – Saúde em diálogo). Envelhecer com *saúde, autonomia, independência*, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva. As políticas que permitem desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadora da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependência, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Em resposta às situações problemáticas das pessoas idosas a *Direcção Geral de Saúde* apresenta um *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (despacho Ministerial de 08 – 06 – 2004)*, que para além de se ter inspirado em recomendações sobre política para a população idosa, emanadas por organizações internacionais, nomeadamente no Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento 2002 e em experiências nacionais com êxito confirmado, como é o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), ouviu também o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade e conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (secção da sociedade das Ciências Médicas de Lisboa).

*O Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas surge como complemento às acções desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, e tem por finalidade contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral obter ganhos em anos de vida com a independência.*

O Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas assenta-se em três pilares: *promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.*

Cabe às Administrações Regionais de Saúde, adequar, através dos seus planos de Acção, as estratégias consignadas no presente Programa, desenvolvendo-as tendo em conta as actividades já existentes, melhorando-as e adequando-as às orientações que oportunamente vierem a ser emitidas pela Direcção Geral da Saúde, numa perspectiva multidisciplinar e integrada em permanente ligação às avaliações que, entretanto, forem sendo efectuadas. A implementação do presente programa requer a participação activa, nos respectivos domínios de acção, não só das instituições centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, como de serviços e instituições dependentes de outros Ministérios, organizações não governamentais, associações de cidadãos e sociedades científicas. Na sequência do Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, várias formas de dar respostas às necessidades dos idosos foram aparecendo no sentido de promover a saúde através de um envelhecimento activo e melhorias de condição de vida.

**Ao nível da cultura e lazer:**

*a) Universidades Sénior* – as Universidades da Terceira Idade (UTIs) são modelo de formação de adultos com mais sucesso em Portugal. Considera-se as Universidades da Terceira Idade (UTIs) como a “ resposta social, que visa criar e dinamizar regularmente as actividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. Para além de um modelo de formação de adultos e de um espaço de cultura e convívio, as UTIs são também um projecto de saúde uma vez que, estudos de investigação comprovam-no, melhoram a qualidade de vida e consequentemente a saúde dos seniores, assim como contribuem para a diminuição dos sintomas de doença depressiva.

UTIs tem por objectivo adquirir conhecimentos em múltiplas áreas, como línguas, ciências sociais, saúde, dança, teatro, entre outras, tendo ainda a oportunidade de participação em actividades como o grupo de teatro, coro, a rádio, e conferências, colóquios, visitas de estudo.

b) *Centros de férias & lazer* – Centros de férias & lazer constituem uma resposta social destinada à satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores. Este programa destina-se a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade. Tem como objectivos proporcionar aos utentes: estadias fora do quadro habitual de vida; contactos com comunidades e espaços diferentes; vivências em grupo, como formas de integração social; promoção do desenvolvimento do espírito de inter ajuda; fomento da capacidade criadora e do espírito de iniciativa.

c) *Programa Turismo Sénior* – o Programa Turismo Sénior é gerido pelo INATEL desde 1995. É o programa de férias destinado a cidadãos portugueses com idade igual ou superior a 60 anos. Este programa tem um elevado cunho de solidariedade, dado que o custo de férias depende do valor da pensão que cada interessado auferir, visa proporcionar sobretudo a oportunidade de conhecer locais de interesse histórico, turístico e cultural em regime de pensão completa.

d) *O voluntariado* – conjunto de acções de interesse social comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidas sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas. O voluntariado é feito por todo o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora. Actuar como voluntariado é um ideal de bem-fazer traduzida em: liberdade, igualdade e pluralismo no exercício de uma cidadania activa; responsabilidade pelas actividades que desenvolve com os destinatários; gratuidade no exercício da actividade; complementaridade com a actividade dos profissionais, sem os substituir; convergência e harmonização com os interesses dos destinatários da acção e com a cultura e valores das organizações promotoras.

e) *O Projecto TIO* (Terceira Idade On Line) surgiu em 1999, no âmbito do Ano Internacional das Pessoas idosas e tem os seguintes objectivos: reforçar a participação activa dos idosos na sociedade da informação; promover a saúde e qualidade de vida dos idosos; fomentar o relacionamento e conhecimento intergeracional.

**Ao nível das respostas sociais ao isolamento:**

f) *Centro de Convívio* – resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação

activa das pessoas idosas de uma comunidade. Destina-se a residentes de uma determinada comunidade, prioritariamente com 65 e mais anos. Tem os seguintes objectivos: prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e potenciar a inclusão social; fomentar as relações interpessoais e intergeracionais; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.

g) *Centro de Dia* – resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar. Destina-se a pessoas que necessitem dos serviços prestados pelo Centro de Dia, prioritariamente pessoas com 65 e mais anos. Tem os seguintes objectivos: proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; prestar apoio social; fomentar relações interpessoais e intergeracionais; favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; retardar ou evitar a institucionalização; contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

h) *Centro de Noite* – é um equipamento de acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. *O centro de noite* tem por objectivo acolher, durante a noite pessoas idosas autónomas, assegurando-lhes bem-estar e segurança, de forma a favorecer a permanência no meio habitual de vida e evitar a sua institucionalização. *O centro de noite* presta acolhimento, e alojamento durante a noite proporcionando condições que permitam a higiene pessoal e assegurem ceia e pequeno-almoço. Este centro funciona todos os dias da semana, com um horário a estabelecer de acordo com as necessidades das pessoas e os contextos locais, sendo indicativo a abertura às 18h00 e o encerramento às 10h00. O funcionamento desta resposta social é co-financiado pela Segurança Social através de acordo de cooperação.

i) *Telealarme* – o sistema Vivago. É um sistema sofisticado de *telealarme*, que proporciona uma elevada segurança a idosos que vivem só ou em lares. O sistema é composto por uma pulseira inteligente com botão de chamada, que detecta a sua remoção do pulso, a perda de consciência em virtude de uma queda, regista as actividades do sono; e por uma base via rádio que cobre um raio rede aproximadamente de 25 m. Existe um software que realiza a recepção das chamadas e regista todos os eventos operados no sistema (horas da chamada, quem chamou, quanto tempo a ajuda

demorou a chegar, quem prestou serviço, etc. O Vivago para além de ser um equipamento de elevada segurança para os utentes, é também uma excelente ferramenta de trabalho para as instituições.

*j) Lares de idosos* – resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada a alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e / ou autonomia. Destina-se a pessoas de 65 e mais anos ou de idade inferior em condições excepcionais, a considerar caso a caso. Os lares têm como objectivos: acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e / ou de saúde, não lhes permite permanecer no seu meio; assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar; encaminhar e acompanhar as pessoas idosas para soluções adequadas à sua situação.

*k) Acolhimento Familiar para pessoas idosas* – resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas com 65 e mais anos quando, por ausência ou falta de condições de familiares e / ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais não possam permanecer no seu domicílio. Esta resposta social tem como objectivo: acolher pessoas idosas (no máximo de três dias), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e em apoio de natureza sócio-familiar e / ou em situação de insegurança; garantir à pessoa acolhida um ambiente sócio-familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade.

*l) Residências* – resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e / ou serviços de utilização comum, para autonomia total ou parcial. Tem por objectivos: proporcionar alojamento (temporário ou permanente); garantir a pessoa idosa uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar serviços adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar.

*m) Apoio a Domicílio* – **O Serviço de Apoio Domiciliado (S.A.D.)** é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro

impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e / ou actividades da vida diária. O apoio domiciliário tem como *objectivos gerais*: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. E como *objectivos específicos*: assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; colaborar na prestação de cuidados de saúde. A SAD (serviço de apoio a domicílio) deve proporcionar os seguintes serviços: prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confecção, transporte e / ou distribuição de refeições; tratamento de roupas.

**n) Apoio Domiciliário Integrado** – Resposta que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana. É uma resposta de intervenção integrada – Segurança Social / saúde, adequar em função da rede de cuidados continuados integrados. Este serviço destina-se a pessoas em situação de dependência e suas famílias, independente da idade.



## **CAPÍTULO II**

### **2 – O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO NA TERCEIRA IDADE**

#### **2.1. Perspectiva Histórica sobre a Psicologia (Desenvolvimental no Idoso)**

Em psicologia, bem como noutras ciências humanas e / ou sociais, a idade adulta e a velhice foram muito menos estudadas do que a infância e a adolescência. No entanto, houve trabalhos dos psicanalistas como Freud, Jung, Charlotte Buehler e Erikson, que faziam referências à pessoa do adulto. Estes trabalhos podem ser considerados como pioneiros no estudo de toda “ a curva da vida “. Jung, (in Oliveira, 2005), um dos primeiros psicólogos a considerar o desenvolvimento psicológico ao longo de toda a vida, publicou em 1930, um artigo em alemão, editado novamente em 1933 (transcrito em inglês em 1976), *onde descreve a vida humana como sol que chega ao seu zénite ao longo da primeira metade da vida, declinando depois a partir do meio da vida, ponto crucial da viragem emocional*. Charlotte Buehler, (cit. in Oliveira, 2005), professora e psicoterapeuta de Viena, publicava em 1933, uma obra em alemão com o título de “ *Der menschliche lebenslauf als psychologisches Problem*” (*o curso da vida humana como problema psicológico*) *onde descrevia a vida humana como um período de expansão seguido de outro de restrição e de declínio* (art. em inglês de 1935, cit. in Oliveira, 2005). Em 1968 surgiu uma nova obra de Buehler e Massarik (cit. in Oliveira, 2005) onde apresentavam mais desenvolvidamente a teoria, (citado no parágrafo anterior) dentro da perspectiva humanista: *a pessoa constrói um projecto de vida, auto-realiza-se e auto-determina-se procurando intencionalmente um sentido para a vida*. A partir da 2ª metade do século passado, Erik Erikson (cit. in Oliveira, 2005) publicou em 1950 “ *Childhood and Society*” (trad. Port. de 1968, cit. in Oliveira, 2005), onde descreveu minuciosamente o desenvolvimento humano desde a infância até à velhice, dando maior importância à infância e à juventude.

Segundo Fonseca (2005), a partir dos anos 60 e designadamente nos EUA e na Alemanha, passou a existir um crescente interesse em torno das questões relativas ao desenvolvimento na idade adulta e velhice, levando mesmo à emergência da

gerontologia como campo de especialização. Birren e Schaie, (1960, cit. in Fonseca, 2005) foram cruciais para a generalização da ideia segundo a qual o desenvolvimento que ocorre para além da infância e da adolescência merece uma atenção científica idêntica ao desenvolvimento nos primeiros anos da vida. Birren e Schroots (2001, cit. in Oliveira, 2005) estabelecem a diferença entre a *psicologia do idoso*, a *psicologia da idade* e a *psicologia do envelhecimento*. A *psicologia do idoso* estudaria particularmente os aspectos patológicos, dentro dum modelo biomédico. A *psicologia da idade* compara transversalmente diferentes grupos etários, funcionando a idade como variável independente, mas não explicando propriamente o processo de envelhecimento. A *psicologia do envelhecimento* coloca-se numa perspectiva desenvolvimental tentando analisar e explicar as mudanças, os ganhos e as perdas, ao longo de todo o percurso de vida, particularmente da velhice, atendendo não apenas à dimensão cronológica, mas também, a biopsicossocial.

Desde os anos 70, vários investigadores, através de estudos empíricos, procuram formular princípios teóricos de orientação no estudo psicológico ao longo de todo o arco da vida, como é o caso de Schaie e Labouvie-Vief (1974, cit. in Oliveira, 2005). Um dos investigadores mais representativos é Baltes e colaboradores. Baltes e Goulet (1970, cit. in Oliveira 2005) definiram a psicologia do desenvolvimento como “ *descrição e explicação das mudanças ontogenéticas ligadas à idade, do nascimento até à morte*” (p.3). Posteriormente, Baltes, Reese e Lipsitt (1980, cit. in Oliveira, 2005) alargaram o campo deste estudo considerando a psicologia do desenvolvimento como “ *a descrição, explicação e optimização dos processos de desenvolvimento ao longo de toda a vida, da concepção até à morte*” (p.66). Segundo estes autores, a evolução psicológica sofreria três tipos de influência: *a*) influências ontogenéticas normativas ligadas à idade (considerando, por exemplo, as expectativas e as tarefas de desenvolvimento); *b*) as influências normativas ligadas à história (contexto histórico em que evoluem as diferentes “coortes” ou grupos coetâneos de pessoas); *c*) acontecimentos significativos da vida, de natureza não normativa (aspectos biológicos e ambientais irregulares e imprevistos, considerados como “crises”). Trata-se de um modelo multicausal e interactivo. Baltes (1987, cit. in Fonseca, 2005) apresenta uma concepção mais completa e rigorosa da psicologia desenvolvimental do ciclo da vida, explicando que o objectivo desta perspectiva é permitir obter conhecimentos acerca dos princípios que regulam o desenvolvimento humano ao longo da existência, acerca das semelhanças e diferenças interindividuais no desenvolvimento, bem como acerca das condições que

regulam a plasticidade intra-individual e a modificação do comportamento. “ A psicologia desenvolvimental do ciclo da vida envolve o estudo da permanência e da mudança no comportamento ao longo do ciclo de vida (ontogénese), da concepção à morte. O objectivo é a obtenção de conhecimentos acerca dos princípios gerais do desenvolvimento ao longo da vida, acerca das diferenças interindividuais e das semelhanças no desenvolvimento, bem como acerca do grau e das condições da plasticidade individual ou possibilidades de modificação desse desenvolvimento”

(Baltes, 1987, p.611, cit. in Fonseca, 2005). Num outro momento da sua evolução conceptual, Baltes e colaboradores definiram a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida do seguinte modo: “ a psicologia desenvolvimental do ciclo da vida ou psicologia do ciclo de vida (PCV) ocupa-se do estudo do desenvolvimento individual (ontogénese) da concepção à velhice. Uma proposição básica da PCV é que o desenvolvimento não está concluído quando se atinge a idade adulta mas estende-se ao longo de todo o ciclo de vida, e que desde a concepção estão envolvidos nesse desenvolvimento mecanismos adaptativos de aquisição, manutenção e transformação de estruturas e processos psicológicos” (Baltes et al., 1999, p. 472, cit. in Fonseca, 2005). Esta definição mostra bem, como a psicologia desenvolvimental do ciclo da vida, a evolução do psiquismo e do comportamento humano devem ser vistos como algo dinâmico e não linear. O envelhecimento, em particular, é visto como um processo biopsicossocial complexo, baseado num desenvolvimento ontogenético e numa organização comportamental de cariz multidimensional e multifuncional, sendo dado especial relevo aos factores contextuais e culturais implicados nos mecanismos adaptativos inerentes a esse mesmo envelhecimento. Baltes (1987, cit. in Fonseca, 2005) começa por afirmar a natureza do desenvolvimento ligando-a a dois aspectos: o desenvolvimento compõe-se de *mudanças quantitativas e qualitativas*, e estende-se ao longo do ciclo da vida, podendo envolver processos de mudanças também em períodos tardios da vida. Segundo o mesmo autor, existem muitas direcções possíveis de mudança ao longo da vida, ou seja, a mudança pode ser multidireccional. Opondo-se a uma compreensão do tipo organicista (em que o desenvolvimento é unidireccional, sequencial, dirigindo para estados finais universais e está dependente da maturação biológica dos organismos cessando quando esta é alcançada e eventualmente declinando a partir dessa altura). A psicologia do desenvolvimento do ciclo da vida encara o desenvolvimento humano como algo que é susceptível de ocorrer em qualquer altura do ciclo da vida dos indivíduos (mas não necessariamente a todos indivíduos ao mesmo tempo) sendo caracterizado por múltiplos

padrões de mudança (em termos de início, direcção, duração e finalidade). A multidireccionalidade do desenvolvimento traduz-se no reconhecimento de que as diferenças interindividuais tendem a aumentar com a passagem dos anos, acabando os indivíduos por se tornarem cada vez mais “divergentes” e “diferenciados” uns dos outros. O outro efeito da multidireccionalidade caracteriza-se pela existência de um considerável pluralismo encontrado nas mudanças que constituem a ontogenia, ou seja, alguns sistemas de comportamento mostram crescimento enquanto outros evidenciam declínio, afectando o funcionamento individual de modo diverso consoante a expressão do balanço entre crescimento e declínio. Por outro lado, se a mudança pode *ser multidireccional*, ela é obrigatoriamente *multidimensional*, ou seja, é um processo contínuo que decorre ao longo de toda a vida e abrange diversas dimensões do funcionamento humano, do plano biológico ao cognitivo, do emocional ao interpessoal, do organizacional ao cultural, contribuindo todos estes planos em conjunto para transmitir direcção, força e substância ao desenvolvimento psicológico (Baltes, 1987, cit. in Fonseca, 2005). O ser humano é um produto da biologia e da cultura, sendo, esta última fundamental para compensar e superar as fragilidades e desajustamentos do tipo biológico que se vão acentuando com o avanço da idade. Através da cultura, os indivíduos tendem a adaptar-se mais eficazmente ao meio social envolvente e dado que ao longo da vida o papel da biologia diminui, o papel da cultura tende a aumentar como variável reguladora do funcionamento psicológico e social do indivíduo. Segundo Baltes e Smith (1999, 2003, cit. in Fonseca, 2005), a psicologia desenvolvimental do ciclo da vida alerta, para o facto de que numa fase muito avançada da vida designada por “Quarta-Idade” – idade cronológica muito acima dos 80 - 85 anos, a eficácia do papel da cultura, enquanto mecanismo facilitador da adaptação tende a reduzir-se e a acompanhar a perda de plasticidade adaptativa que já se verifica sob o ponto de vista biológico. “Dados teóricos e empíricos recentes sugerem que uma melhoria ou até a manutenção do funcionamento podem tornar-se bastante difíceis quando alcançadas idades muito avançadas. Descobertas recentes em indivíduos muito idosos demonstram que a Quarta-Idade incorpora um nível elevado de “incompletude” biocultural, vulnerabilidade, imprevisibilidade, e uma prevalência acentuada de fragilidade e de formas diversas de mortalidade psicológica (por ex. perdas em termos de identidade, de autonomia psicológica e de sentido de controle” (Baltes e Smith 2003, p. 131. cit. in Fonseca, 2005). Para estes autores, a acentuada vulnerabilidade da Quarta-Idade significa, pois, que a arquitectura biocultural da ontogenia funciona de modo imperfeito

na parte terminal do ciclo da vida e que ao invés de reflectir uma espécie de “beleza” misteriosa” constatada nalgumas obras de artes inacabadas pelos seus autores, “reflecte uma incompletude frustrante sentida de modo cada vez mais evidente à medida que cada indivíduo se aproxima de uma idade muito avançada ou seja a Quarta-Idade.” (Baltes e Smith, 2003, p. 131, cit. in Fonseca, 2005). Segundo alguns autores, os argumentos teóricos e empíricos mais recentes confirmam que o processo de optimização do desenvolvimento psicológico na Quarta Idade é mais difícil do que em períodos anteriores da velhice, evidenciando bem as consequências da redução da plasticidade adaptativa. Baltes (1997, cit. in Fonseca, 2005) anos mais tarde, em relação à biologia e à cultura começa por distinguir três princípios reguladores da ontogenia humana: *a) a plasticidade biológica diminui com a idade; b) a necessidade de cultura aumenta com a idade; c) a eficácia da acção da cultura diminui com a idade. A conjugação destes princípios implica quase uma relação de correspondência entre o avanço da idade cronológica e o aumento da vulnerabilidade individual. A consideração dos três princípios reguladores da ontogenia humana implica a existência de três funções gerais de natureza adaptativa implicadas no desenvolvimento humano a saber: crescimento - traduzido em comportamentos cada vez mais complexos e que permitem atingir níveis também cada vez mais elevados de funcionamento psicológico ou de capacidade adaptativa; maturação - traduzida em comportamentos que asseguram a estabilidade funcional perante a ocorrência de acontecimentos de vida ameaçadores, alterações contextuais ou perdas de potencial adaptativo; regulação das perdas - traduzidas em comportamentos que organizam o funcionamento psicológico em “níveis” básicos” de adaptação quando a manutenção ou a retoma de “níveis óptimos” já não se torna possível. Sendo o crescimento uma função particularmente activada nas primeiras décadas de vida, à medida que o ciclo de vida vai decorrendo os indivíduos necessitam de investir mais e mais nos recursos internos e externos no sentido da manutenção (sobretudo na idade adulta) e da regulação das perdas (sobretudo na velhice), por forma a assegurarem que a eficácia adaptativa permaneça elevada. De acordo com Fonseca (2005), a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, ao longo dos últimos 20 anos, foi sendo revista e ampliada pelo Paul Baltes e colaboradores em termos conceptuais e metodológicos. Desta perspectiva, pode assinalar-se como ideias directrizes, as seguintes dez proposições (Baltes, 1983, 1987, 1993, 1997, 1999; Baltes e Baltes, 1990; Baltes, Lindenberger e Staudinger, 1998; Baltes, reese e Lipsitt, 1980; Baltes e Smith, 2003, 2004; Baltes, Staudinger e Lindenberger, 1999; Dixon e Lerner,*

1992; Lerner, 2002, cit. in Fonseca, 2005): (1) o desenvolvimento humano é um processo que se estende ao longo de toda a vida, através da ocorrência de mudanças *desenvolvimentais*. A psicologia desenvolvimental do ciclo da vida preocupa-se com a identificação da forma e do conteúdo das alterações comportamentais que vão ocorrendo durante a vida humana. (2) Tomada como um todo, a noção de desenvolvimento ao longo da vida pode ser apreciada em termos das exigências e das oportunidades com que os indivíduos se defrontam à medida que a vida decorre, não podendo falar-se na existência de períodos mais e menos importantes sob o ponto de vista desenvolvimental. (3) As mudanças ocorrem em vários níveis de desenvolvimento relacionados entre si. A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida reconhece no desenvolvimento humano a expressão de princípios ontogénicos e evolutivos; termos como multidireccionalidade e multidimensionalidade são conceitos frequentes numa abordagem de ciclo de vida e procuram traduzir uma imagem de desenvolvimento que está para além de um simples critério de crescimento em termos de eficácia funcional. (4) A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida dá ênfase à integração histórica e social da vida dos indivíduos e à influência, no desenvolvimento humano, quer de factores ligados à idade cronológica quer de outros factores contextuais não ligados à idade (como os acontecimentos de vida, o género, a classe social de pertença ou a etnia). A psicologia desenvolvimental do ciclo de vida tem em consideração as diferenças interindividuais que se manifestam entre os indivíduos de uma mesma coorte. (5) Na base do desenvolvimento encontra-se a plasticidade. Ao longo da sua vida, as pessoas revelam uma grande variabilidade intra-individual e apresentam capacidade (mesmo na fase avançada da vida) para alterar o curso do seu desenvolvimento, para prevenir a ocorrência de certos comportamentos não desejados. Este potencial de plasticidade de desenvolvimento diminui à medida que os recursos de ordem biológica vão também diminuindo. (6) Dado existir sempre um certo potencial de plasticidade, existe igualmente um potencial de intervenção no desenvolvimento psicológico de cada indivíduo ao longo da sua vida. Contudo, à medida que o organismo se desenvolve, a extensão de estrutura e funções cujo potencial de plasticidade pode ser aproveitado torna-se cada vez menor, devido a constrangimento de ordem biológica e sociocultural. (7) A psicologia desenvolvimental do ciclo da vida dá relevo a um desenvolvimento por oscilações, através de uma alternância permanente e dinâmica entre *crescimento* (revelador de ganhos desenvolvimentais) e *declínio* (revelador de perdas). Esta alternância entre ganhos e perdas sugere que o desenvolvimento deve ser definido como

qualquer mudança na capacidade adaptativa do organismo, seja ela positiva ou negativa. (8) Qualquer progressão desenvolvimental exibe ao mesmo tempo a emergência de novas capacidades adaptativas e a perda de capacidades previamente existentes. O processo de adaptação obedece à um modelo composto por três mecanismos interactivos – “ selecção, optimização e compensação”- que permitem compreender como os seres humanos se adaptam às circunstâncias internas e externas que atravessam ao longo do ciclo da vida. (9) Através da integração de vários níveis do desenvolvimento e da interacção dinâmica organismo-ambiente, os indivíduos participam activamente na modelação do seu próprio ambiente e do seu desenvolvimento individual; dito por outras palavras, os indivíduos são produtores e produtos do seu próprio desenvolvimento. (10) O estudo do desenvolvimento humano deve ser realizado numa perspectiva multidisciplinar. A psicologia do ciclo de vida inspirou-se noutras fontes como o trabalho dos biólogos, o contributo dos sociólogos e a explicação das mudanças desenvolvimentais ligadas aos factos históricos para delimitar os seus princípios básicos.

## **2.2. Desenvolvimento Cognitivo no Idoso**

A abordagem do desenvolvimento físico na velhice tem a ver com o envolvimento em doenças, constituindo a luta pela saúde uma preocupação prioritária. O envelhecimento sensorial e / ou perceptivo passa por cada um dos sentidos e da percepção de equilíbrio. Trata-se de um processo muito diferencial conforme os indivíduos e os sentidos em causa. Alguns dos sentidos como olfacto, são pouco afectados pela idade, enquanto outros, como a audição e a visão são altamente afectados, bem como a percepção de equilíbrio, com consequências incontestáveis a nível psicossocial. Relativamente ao declínio cognitivo, geralmente no idoso mantém-se ou assiste-se um ligeiro declínio na eficiência verbal e na inteligência cristalizada e a um significativo declínio das funções perceptivo-espaciais e da inteligência fluida. Os factores que podem reduzir o risco de um declínio cognitivo precoce são os seguintes: *não sofrer afecções cardiovasculares ou doenças crónicas, ter um alto nível de escolaridade e continuar a participar em actividades intelectuais estimulante, treinar a flexibilidade, considerar-se satisfeito com o passado* (Vandenplas-holper, 2000, p.83, cit. in Oliveira, 2005).

### **2.3. Padrões de Crescimento e de Declínio**

*É indeterminável o crescimento cognitivo? Os scores em testes de capacidade continuam a aumentar indefinidamente?* Os dados disponíveis sugerem que não. Em geral, os diversos estudos confirmam que os idosos mantêm as competências da inteligência cristalizadas (nosso conhecimento armazenado, que é enormemente declarativo como o vocabulário), enquanto que declina a inteligência fluida (as habilidades de processamento cognitivo que nos capacitam a manipular os símbolos abstractos, como na matemática), embora em muitos sujeitos isto não se verifica. Entre as várias hipóteses para explicar *o declínio da inteligência nos idosos*, falou-se da *teoria do desuso* (a maior parte dos idosos não usa as competências cognitivas como usavam em adulto) e a comprovação de que há uma lentidão maior no funcionamento mental devido a problemas neurológicos que também colocam mais problemas à capacidade de atenção e de concentração. Em todo o caso, ainda não é possível atribuir seguramente determinados défices cognitivos ao puro processo de envelhecimento, devendo controlar-se todas as variáveis ( Berger, in Berger e Mailloux-Poirier, 1995, pp.157-197; Marchand, 2001, pp.103 -140; Rybash e tal., 1986; Stuart-Hamilton, 2002, pp. 43-77; Vandenplas-Holper, 2000, pp. 111-117 cit.in Oliveira, 2005). O desenvolvimento cognitivo dos idosos, em particular *o desenvolvimento da inteligência*, relaciona-se com *o desenvolvimento da memória*. Segundo Kasui et al., (2003, cit. in Oliveira, 2005) estudos mais explícitos analisam aspectos particulares de deficiência na *memória* (semântica), como é o caso dos idosos atingidos com a doença de Alzheimer. Muitos dos idosos queixam-se de que a memória começa a falhar, e na verdade, assim acontece na maioria dos casos, embora esta “ queixa mnésica” não se deva tanto a um défice real de memória quanto a certos traços de personalidade. Na realidade, a capacidade mnemónica diminui, acompanhando em grande parte o declínio da inteligência fluida, embora haja áreas que continuam mais ou menos inalteradas, dado que se encontram relacionadas com a inteligência cristalizada. Os autores assinalam-se diversas classes de *memória*, dada à sua complexidade, podendo até falar de memórias múltiplas: (1) *memória a curto prazo* (memória primária e operatória ou de trabalho), (2) *memória a longo prazo* distinguindo-se da *memória episódica* (recordação de acontecimentos pessoais datados e localizados), (3) *memória semântica* (espécie de enciclopédia de símbolos, principalmente linguísticos), (4) *memória procedimental* (que permite rotinas

ou hábitos), (5) *memória explícita* (a episódica e a semântica), (6) *memória implícita* (a procedimental), (7) *memória de recordação e de reconhecimento, memória prospectiva e metamemória*. A memória episódica declina com a idade, enquanto que a memória semântica e procedimental se mostra menos dependente do envelhecimento.

As causas da diminuição da *memória* nos idosos (cada caso é um caso) podem ser várias: *o estado emocional, o nível cultural e de instrução, a situação socio-económica, o stress, e principalmente causas neuronais* (declínio no número e na eficiência dos neurónios), relacionados com *mudanças anatómicas e funcionais, particularmente nos lobos frontais e no hipocampo*. Pinto (1999, cit. in Oliveira, 2005) seleccionou cinco modelos explicativos do declínio da memória nos idosos: *a) modelo estrutural da memória (o declínio será maior na memória episódica seguindo a semântica e a procedimental), b) modelo contextual ou de suporte ambiental (dificuldades em integrar o contexto da codificação com o que desejam recordar), c) modelo neurológico, d) modelo de lentidão cognitiva, e) modelo de memória operatória*. De acordo com Pinto (1999, 285-287, cit. in Oliveira, 2005) existem investigações realizadas no âmbito de reabilitação da memória nos idosos, levando-os a admitir as dificuldades e fornecendo-lhes algumas estratégias compensatórias, como identificação do contexto, formação de imagens, associações verbais, uso de mnemónicas. Cavallini et al. (2002, cit. in Oliveira, 2005) provaram que o uso de boas estratégias compensatórias ajuda a manter e a reabilitar a memória, quer nos mais novos quer nos idosos; resultados confirmam que a melhoria da capacidade mnemónica também através de estratégias metacognitivas (em geral sobre o envelhecimento e a cognição, e ainda sobre a memória e a linguagem do idoso). Como a memória, também *a linguagem* se encontra relacionada com a *inteligência e a cognição*. Quanto às perturbações linguísticas dos idosos, os estudos estão insuficientemente desenvolvidos neste âmbito. Supõe-se que o declínio auditivo e visual só por si dificulta a audição e também a leitura. Quando o idoso apresenta a saúde debilitada *contacta* menos com as pessoas do mundo exterior, perdendo o desempenho na linguagem. As limitações na linguagem oral e escrita podem dever-se igualmente a alterações da inteligência fluida, por sua vez, muito relacionadas com o estado neuronal do sujeito; mas também são devidas a menor motivação.

## **2.4. Desenvolvimento do Eu e da Personalidade**

Para o psicólogo a personalidade é o modo de pensar, de sentir, de agir ou de reagir nas situações quotidianas. Segundo Correia (2003) “ a personalidade é uma estrutura, uma organização, ou ainda um integrador de comportamentos. A palavra integração recorda a existência de um todo organizado, cujas unidades mantém relações coerentes, o que permite a prossecução de uma finalidade comum”. O estudo do envelhecimento da personalidade reconduz-se à questão da estabilidade e das mudanças desta estrutura e deste integrador no decurso da vida. Existem diversos modelos de abordagem de personalidades: *o psicométrico ou factorial, o desenvolvimentista e o sociocognitivo*. A abordagem psicométrica procura determinar os factores, cada um constituído por um conjunto de *traços* fundamentais para a personalidade. *Os traços* são para a personalidade o que as *aptidões mentais primárias* são para a inteligência. Ainda segundo o mesmo autor, parece haver um consenso em torno de cinco factores, constituinte da personalidade: *estabilidade emocional*, (ou nervosismo), *extroversão*, *abertura de espírito* (ou abertura de experiência), *amabilidade* (ou amenidade), *consciência ou carácter consciencioso*. Cada factor define-se como um contínuo, no qual os traços constituem os limites. Vários estudos, utilizando metodologias diferentes, concordam que estes factores existem em todas as idades e que estes são estáveis ao longo da vida. Concluem também que a velhice não tem qualquer efeito sobre a personalidade. A personalidade construída pelo indivíduo durante a infância é o melhor factor de predição da adaptação à velhice. Jung (cit. in Correia, 2003) descreve a evolução da personalidade em dois estádios. O jovem adulto, mais extrovertido e conformista relativamente aos estereótipos sociais e ao sexo. O adulto idoso seria mais introvertido e teria uma tendência, nas suas representações para a androginia. Erikson propôs o modelo mais conhecido e divulgado de evolução da personalidade. Segundo este modelo, a evolução da personalidade processa-se em 8 estádios. O conflito entre a maturação e as pressões ambientais seria o motor que determinaria a passagem dum estádio para o seguinte. Cada crise caracterizar-se-ia por um duplo pólo contraditório. Cada estádio é dominado por um sentimento que determina a orientação geral do comportamento.

**O modelo do desenvolvimento psicossocial da personalidade de Erikson (1959, 1968, 1972, 1982, 1984)**

<b>Primeira infância</b>	
Crise psicossocial	Confiança vs desconfiança
Relações sociais	A mãe
Sentimento	Esperança
Infância	
Crise psicossocial	Autonomia vs. Vergonha e dúvida
Relações sociais	Os pais
Sentimento	Vontade
Idade do jogo	
Crise psicossocial	Iniciativa vs, culpabilidade
Relações sociais	A família
Sentimento	Ambição
Idade escolar	
Crise psicossocial	Produtividade vs. inferioridade
Relações sócias	Os amigos, a escola
Sentimento	Competência
Adolescência	
Crise psicossocial	Identidade vs. confusão de identidade
Relações sociais	Os companheiros, o grupo, o líder
Sentimento	Fidelidade
Jovem adulto	
Crise psicossocial	Intimidade vs. isolamento
Relações sociais	Parceiro na amizade, no sexo, na competição e na cooperação
Sentimento	Amor
Adulto	
Crise psicossocial	Sentimento de geração vs. estagnação
Relações Sociais	Trabalho e participação na vida familiar
Sentimento	Atenção
Velhice	
Crise psicossocial	Integridade vs. desespero
Relações sociais	Humanidade
Sentimento	Sabedoria

(Adaptado in *Correia 2003, p.117*)

**Figura 1 – O modelo do desenvolvimento psicossocial da personalidade de Erikson**

O último estágio, o do idoso, gere a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade, ligada à antecipação da idade avançada, da perda de autonomia e da morte.

O idoso, segundo Erickson, estrutura as suas relações sociais em torno da sabedoria. Segundo Oliveira (2005), o modelo do desenvolvimento psicossocial da personalidade / identidade de Erikson (1959, 1968, 1972, 1982, 1984), apesar de dedicar apenas a última etapa à velhice (integridade-desespero), deu um contributo insubstituível para a compreensão do desenvolvimento humano e mais concretamente nesta idade, insistindo na evolução ao longo de todo o arco da vida, na identificação de crises de desenvolvimento que tem de ser resolvidas e na insistência na interação constante entre o indivíduo e o meio social. Falando mais concretamente *na personalidade* (visão bio-psico-social), o idoso mantém o essencial das disposições ou traços da sua personalidade, podendo enriquecer-se quanto à sabedoria. Esta leva-o a lidar melhor com as limitações e ir renunciando às responsabilidades que tinha na sociedade, sem sofrer demasiado com estas ‘perdas’, sobretudo quando chega a reforma.

Saber envelhecer é uma grande arte que os que rodeiam o idoso também devem favorecer, continuando a dar-lhe importância e mantendo-o em alguns cargos. Em geral *a personalidade* trata-se do modo de ser global de cada pessoa que se reflecte no seu comportamento característico e capacidade de adaptação ao meio.

Segundo Allport, a personalidade é “ a organização dinâmica interna dos sistemas psicológicos do indivíduo, que determina o seu ajustamento próprio ao meio.” O desenvolvimento da personalidade é um processo contínuo, que se explica pela acumulação de experiências do indivíduo e por um melhor domínio das pulsações.

*Haverá mudanças significativas na personalidade devidas à idade ou ela se mantém mais ou menos estável ou muda ao longo do ciclo da vida?*

A resposta depende das diversas abordagens da personalidade: *a desenvolvimentista, centrada-se no conceito de estágio, observa as mudanças estruturais ao longo da idade, sobretudo em determinados períodos ou transições críticas; a psicométrica (factorial) defende uma estabilidade essencial dos traços da personalidade durante o envelhecimento, embora se deva ter em conta a variável sexo; a sociocognitiva acentua a diversidade e as múltiplas variantes no processo de envelhecimento, dependendo em grande parte do funcionamento cognitivo do contexto e da história de vida do idoso.* Esta última abordagem da personalidade do idoso tem como finalidade compreender a forma como o indivíduo integra, na representação que tem de si mesmo, as

modificações que se produzem na sua vida em relação ao ambiente (casamento, divorcio, filhos, viuvez, trabalho, reforma, doença) (Fontaine, 2000, pp. 131 – 145; Ryff, Kwan e Singer, in Birren e Schaie (Eds), 2001, pp. 477- 499, cit. in Oliveira, 2005). Em conclusão, a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida ou a perspectiva do ciclo de vida assume que o desenvolvimento se efectua durante toda a vida, através *de perdas e ganhos*, crescendo o adulto e o idoso cada vez mais em *sabedoria*. Além disso, muitos efeitos ligados à idade têm mais a ver com o efeito de “coorte” ou geracionais. De qualquer modo, assiste-se a uma grande estabilidade dos *traços de personalidade* ao longo da vida, num crescendo que normalmente leva o idoso a atingir *a sabedoria, encarando mais calmamente os acontecimentos, equilibrando os ganhos e as perdas*. Em suma a psicologia do desenvolvimento ao longo do arco da vida assenta no seguinte modelo teórico:

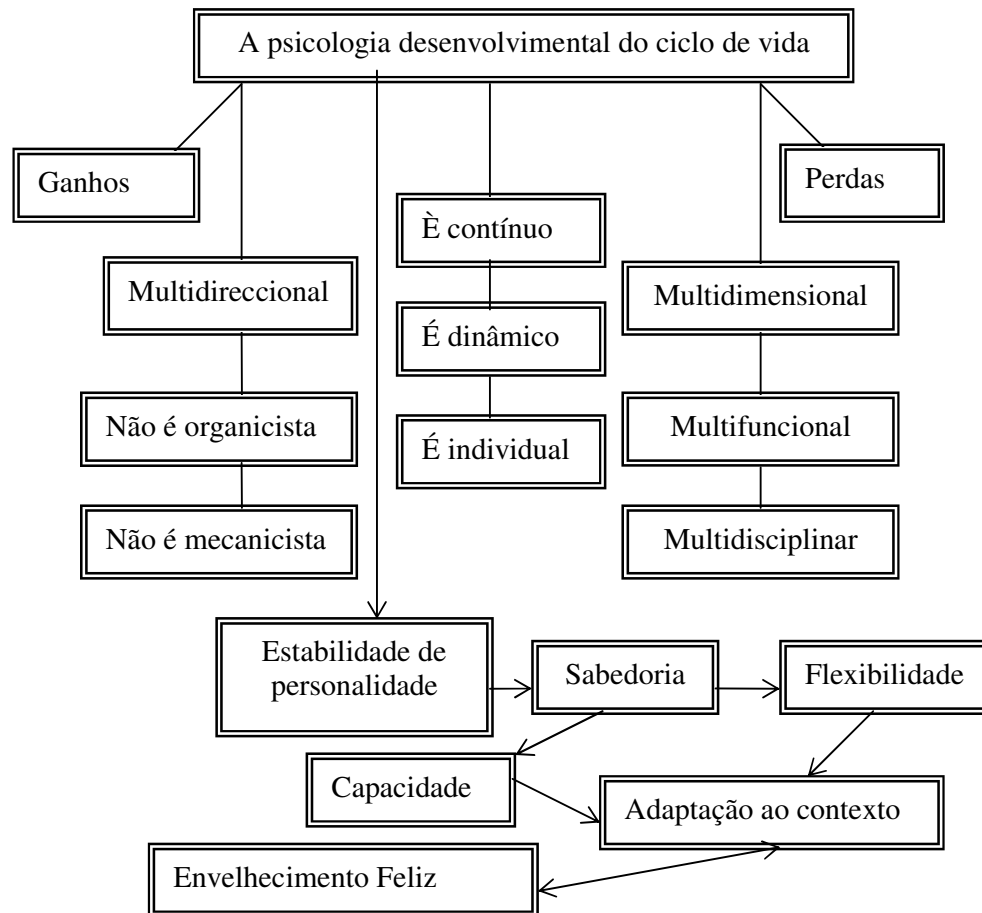


Figura 2 – Modelo teórico da psicologia desenvolvimental

## **2.5. Tipos de Personalidade**

Segundo Berger (1995), a primeira tipologia provém de um estudo de Reichard, Levinson e Perterson que define cinco tipos de personalidades, e entre eles três foram considerados adaptados, visto que, as pessoas que as descrevem são capazes de ultrapassar as frustrações e de resolver os principais conflitos ligados à velhice. Os dois outros tipos de personalidade foram considerados como personalidades mal adaptadas. Assim, temos os seguintes: *os maduros*: as pessoas que fazem parte deste grupo são as que melhor se adaptam à velhice e são mais realizadas. Aproveitam a vida, aceitam-se como são, mantêm-se realistas e integram-se bem no ambiente. São construtivas nas suas interações e nas relações com os outros. Do ponto de vista do comportamento, são espontâneas, sabem controlar-se, mas não impulsivas, são auto-suficientes e parecem manifestar qualquer traço de personalidade neurótica. São amáveis para os outros e revelam tolerância. Não tem saudades do passado mesmo quando sofreram graves crises, e encaram o futuro com optimismo; *os pantufinhas*: as pessoas que fazem parte deste grupo são pouco ambiciosas, passivas, dependentes e satisfeitas por estarem reformadas e não terem responsabilidade, pois obtinham pouca satisfação do seu trabalho são mais dependentes e aceitam de boa vontade a ajuda da família e da sociedade. *Socialmente*, são poucos activos, delegam facilmente as suas responsabilidades nos outros. Envelhecem assim bastante bem, porque podem satisfazer as suas necessidades de dependência. *No plano psicológico*, vivem poucos conflitos, mas desenvolvem frequentemente perturbações somáticas pois não exteriorizam a sua agressividade; *os durões*: as pessoas que fazem parte deste grupo adaptam facilmente à velhice. No entanto recorrem a mecanismos defensivos rígidos para controlar o medo da decadência e dependência. Têm um passado estável, mais centrado no dever que no prazer. São activas pois, agarram-se aos seus hábitos e controlam as suas emoções. Conseguem provar que ainda não são velhas. Habitualmente são orgulhosas no plano financeiro e bastante satisfeitos com o passado. No aspecto psicológico, não gostam da introspecção nem da discussão de natureza pessoal e tornam-se vulneráveis assim que são atingidas por défices físicos ou psicológicos que as obrigam a restringir as actividades; *os zangados*: as pessoas deste grupo têm má adaptação à velhice. São coléricos, hostis e amargas, culpam constantemente os outros dos seus falhanços e acusam-nos mesmo de os impedirem de atingir os objectivos que tinham fixado. No plano *psicológico* têm

pouca introspecção, são agressivas, pessimistas e desconfiadas e o seu nível de tolerância à frustração é muito baixo. Recusam o envelhecer, desprezam os jovens e mostram-se ansiosos face à morte; os *auto-depreciadores*: as pessoas deste grupo adaptam-se muito mal à velhice. São depressivas, amargas, hostis e auto-punitiva. Censuram-se por todas as frustrações e derrotas vividas. Fazem um balanço extremamente negativo da sua vida e tem muitos remorsos. Raramente sentiram satisfeitos com o trabalho. No plano psicológico, têm uma auto-estima muito ténue, sentem-se impotentes, inúteis, vivem a velhice como uma derrota e esperam que a morte ponha fim ao sofrimento de viver.

De acordo com o mesmo autor, um segundo estudo, realizado por Neugarten, Havighurst e Toben permitiu estabelecer uma segunda tipologia de personalidade, dividida em quatro grandes categorias, as quais por sua vez se subdividem em oito subcategorias: *personalidades bem integradas*: são pessoas com um ego forte, funcionam bem, com capacidades cognitivas intactas e que têm uma vida muito satisfatória. Apresenta as seguintes subcategorias: - *os reorganizadores*: são pessoas activas que de boa vontade se implicam em novos projectos; *os reflectidos*: - são pessoas que conservam um número restrito de papéis e dedicam tempo às distrações e à família; *os descomprometidos*: - pessoas que retiram-se voluntariamente dos seus antigos papéis, mantendo-se no entanto satisfeitas com a sua vida.

*Personalidades de carapaça blindada*: são aquelas pessoas que orientam os seus esforços para o sucesso a qualquer preço, mesmo com um custo pessoal elevado. Esta categoria apresenta duas subcategorias: - *os conservadores*: são pessoas que se agarram o mais tempo possível ao seu modo de vida anterior e conservam o seu nível de actividades; - *os reservados*: são pessoas que se defendem contra o envelhecimento limitando as interações sociais e experiências.

*Personalidades dependentes passivas*: as pessoas menos autónomas. Não estão muito satisfeitas com a vida. Este grupo divide-se em duas categorias: - *as pessoas à procura de protecção*: são pessoas que clamam por socorros, têm uma necessidade marcada de dependência e ficam felizes se podem contar com a ajuda de uma ou mais de duas pessoas; - *os apáticos*: são pessoas extremamente passivas, com poucas actividades, e que preferem que outros decidam por elas.

*Personalidades não integradas*: fazem parte deste grupo, as pessoas que estão muito pouco satisfeitas com a sua vida, ou não o estão de todo. Apresenta apenas uma

categoria: - *os desorganizados*: são pessoas com poucas actividades e muitas vezes são vítimas de perturbações ou perda de controlo sobre as suas emoções.

Para concluir, estes dois estudos mostram que a conservação de um certo número de actividades durante a velhice pode ser menos importante do que a motivação ou o desejo de uma velhice bem sucedida. A personalidade ou a impulsão para viver parece ser o elemento chave de uma velhice bem sucedida e inscreve-se como um degrau importante no continuun da vida.

## **2.6. Alterações nos Contactos Sociais**

Embora a noção de envelhecimento, associado à passagem dos anos, seja um fenómeno de constatação universal nas sociedades humanas e o seu reconhecimento consensual, a marcação duma categoria social “ a terceira idade,” resultante da colocação duma marca cronológica ligada à idade da reforma.

Envelhecer é defrontar com novas situações e realidades de vida. Isto significa uma nova reorientação, uma aceitação de novas missões, de novos deveres e uma renúncia a anteriores direitos, deveres e costumes. As novas situações com os quais se defronta o idoso caracterizam-se por alterações nos contactos sociais. O idoso aposentado deixa de ver um amplo círculo de pessoas com o qual se conviveu diariamente no local de trabalho. Por outro lado, cria um certo equilíbrio por meio da intensificação de outros contactos sociais de tipo familiar, amigos e conhecidos. Os idosos que mantêm o contacto com amigos, vizinhos e outros grupos de pessoas nunca estão sós.

Algumas investigações demonstram que a procura dos contactos familiares é uma alternativa em substituição dos contactos extra-familiares. É necessário distinguir a solidão e isolamento. Enquanto que o isolamento representa factos objectivos no âmbito das relações sociais, a solidão refere-se à vivência subjectiva do sistema de interacção social. Para evitar a solidão é necessário intensificar os contactos com novas pessoas, novos grupos. É de grande importância que o poder local ou outros organismos procurem criar organizações desportivas, clubes dos idosos com a finalidade de alargar o horizonte da comunicação e relações interpessoais entre os seniores. Dessa forma, aumentam os contactos sociais, a qualidade de comportamento torna mais ampla, a compreensão de múltiplas situações contribuem para activar as forças psíquicas e

intelectuais. Com a descoberta de novos centros de interesse, a solidão deixa de ter sentido na vida dos idosos. È aconselhável seguir um ritmo regular no decurso dos dias, das semanas e dos meses para fazer face à uma desorganização do tempo, da disponibilidade e de outras situações que podem ser causadores de várias dificuldades a assiduidade e pontualidade.

## **2.7. A Psicopatologia do Idoso**

Na abordagem da velhice bem-sucedida, é necessário referir-se a velhice mal-sucedida ou patológica, dado que, a maioria das pessoas idosas com 65 ou mais anos de idade sofrem pelo menos de uma doença crónica do foro médico e muitas delas têm problemas coexistentes. Assim sendo, as pessoas idosas são mais afectadas do que as da meia-idade por artrite, problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos e défice auditivo ou visual. Cada uma dessa situação pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida. Respeitante às perturbações mentais as pessoas idosas constituem um subgrupo significativo da população da terceira-idade. Assim, os idosos estão sujeitos a diferentes tipos de perturbações mentais tais como: o défice cognitivo, as perturbações afectivas, perturbações de ansiedade, abuso ou dependência de álcool, perturbações esquizofrénicas, somatização, perturbações de personalidade e outras perturbações mentais. Uma das patologias mais comuns hoje em dia é o chamado “ delirium tremens”, uma falência cerebral aguda que precisa de urgente tratamento devido aos elevados riscos de mortalidade. Traduz-se por alterações de consciência, desorientação temporo-espacial, alucinações, pensamentos incoerentes. O défice cognitivo ou demência intelectual, com maior importância, as do foro degenerativo, que além de afectarem o idoso pode torná-lo dependente de terceiros. A doença de Parkinson, Alzheimer e a kreuzfeld-Jakobson (vacas loucas) incluem se neste quadro psiquiátrico. Segundo Martins, a prevalência da demência intelectual pode estar na ordem dos 20% numa amostra de 1000 idosos. O diagnóstico precoce usa-se após o nascimento, e devem ser tomadas as medidas necessárias para evitar o aparecimento de uma sub anormalidade. Mas, as alterações genéticas são as causas mais desconhecidas e podem provocar profundas alterações. A psicose é uma doença do foro psiquiátrico que se traduz numa falência de juízo, e da chamada consciência mórbida. Uma das

perturbações mais graves deste grupo é a esquizofrenia (etimologicamente “ mente cendida”) que evolui originando a deterioração comportamental. Na impossibilidade de aprofundar toda a patologia do idoso, vamos limitar-nos a referir sobre o conceito da depressão no sub-capítulo que se segue.

### **2.7.1. A Depressão**

Segundo Rojas (2007), a depressão é uma doença da tristeza. Coabitam no seu interior um turbilhão de sentimentos negativos que nos angustiam, como a melancolia, a pena, o desencanto, a desilusão, o abatimento, a falta de ânimo e de energias. Tudo isso é acompanhado de uma linguagem própria, com um estilo ao mesmo tempo diverso e único, heterogéneo e homogéneo, amplo e concreto. Este mal apresenta um conjunto de sintomas que alastram os campos da medicina. Por via académica é considerada como uma síndrome caracterizada por uma tristeza profunda e pela inibição de quase todas as funções psíquicas, onde se manifestam cinco tipos de sintomas: *Físico, psicológico, de conduta, cognitivo (intelectuais), assertivo e sociais*. Esta doença deixa-nos sem energia, sem vontade de fazer nada. Os seus variadíssimos sintomas ultrapassam o domínio da psiquiatria para invadir outros terrenos da medicina. A depressão representa algo mais: *uma doença de espírito*.

Quando falamos da depressão estamos a referir a uma perturbação que afecta o que há de mais profundo no ser humano e que se manifesta de muitas maneiras, já que cada pessoa conserva no seu interior um estilo próprio e irrepetível cujas características se reflectem tanto na sua personalidade como nas doenças de que sofre. A depressão constitui a grande epidemia das sociedades modernas e, do ponto de vista da psiquiatria, como um campo de trabalho de grande magnitude. Embora fale da actualidade, a verdade é que as depressões se referem a um problema que desde tempos antiquíssimos tem chamado atenção dos estudiosos. Os primeiros médicos da história como Hipócrates e Galeno, haviam reflectido sobre o tema, seguindo-se-lhes Burton ou Kraepelin. A análise histórica das depressões resume a própria evolução da ciência médica. É preciso ter em conta que as depressões sempre existiram, *(desde os palimpsestos aos chamados livros dos mortos no Egipto, desde a Mesopotâmia aos escritos dos séculos V e VI. Os gregos conheciam cerca de vinte designações diferentes*

*para o que chamamos simplesmente triste. E a tristeza é uma parcela mínima dos sentimentos e disposições que apresentam uma tonalidade de triste, apático ou abatido)* a diferença é que hoje conhecemos melhor os seus mecanismos de funcionamento, assim como também a maneira de as tratar. Como os procedimentos médicos se foram aperfeiçoando e como a informação disponível, a esse respeito, é hoje muito maior, essa doença passou a ser diagnosticada com mais frequência.

As depressões evoluíram-se. Estima-se que cerca de cem milhões de pessoas em todo o mundo sofrem, num dado momento, de perturbações depressivas suficientemente graves para necessitar de tratamento. Apesar da evolução da doença, são notáveis as diferenças de tratamento de há vinte anos e nos dias de hoje. O que agora é considerado fundamental nas depressões era visto como secundário. Esta mudança, identificada na análise clínica, deslocou de tal forma o acento tónico que os psiquiatras ou os psicólogos actuais, para conseguirem fazer um diagnóstico correcto, devem enfrentar o problema em toda a sua complexidade.

Desde há quarenta anos, as terapias físicas e químicas têm-se revelado muito eficazes e os conhecimentos no domínio da fisiologia do cérebro desde há vinte anos desenvolveram a tal ritmo que as suas aplicações ao estudo da depressão evoluíram significativamente.

A depressão atinge crianças, adolescentes e adultos. Contudo é mais frequente no idoso e muitas vezes insuficientemente apoiada. De acordo com Oliveira (2005) a incidência da depressão nos idosos é maior que noutras idades. Apesar de os estudos epidemiológicos sejam muito diversificados quanto a amostra e quanto à diversidade de graus da depressão, cerca de 10 a 60% de idosos europeus sofrem da depressão ultrapassando os estudos idênticos realizados nos Estados Unidos com 5% de gerontes deprimidos.

Em Portugal, segundo Ana Costa (in Paul & Fonseca, 2005) é limitada a informação sobre doenças mentais. Apesar da ausência de dados que permitam uma caracterização completa do país, estima-se a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30% e a incidência de perturbações psiquiátricas graves aproxima-se de 12% da população. A esquizofrenia e a depressão são responsáveis por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério de Saúde, 2004). Os resultados do 3º censo psiquiátrico realizado em 2001 descobriram nos idosos, uma predominância de casos depressivos na consulta externa e na urgência. Segundo a mesma autora, a Organização Mundial da Saúde alega que quase 66% dos indivíduos com uma perturbação

depressiva estão por diagnosticar. E segundo essa mesma fonte, lá pelo 2025, o suicídio constituirá uma segunda causa da morte nos países industrializados.

De acordo com Reynolds e Kupfer (1999, cit. in Spart, 2005), a depressão na terceira-idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas da terceira-idade, o aumento dos custos com cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e doença do foro médico. Dada a gravidade dessas consequências, a depressão geriátrica foi considerada como um dos principais problemas de saúde pública. Apesar da gravidade da doença, a depressão continua a ser subdiagnosticada e subtratada quando acontece em contextos de múltiplos problemas médicos. Respeitante a essa situação vários factores estão na origem de uma resposta inadequada, por parte dos profissionais médicos, tais como: *a)* a crença de que os sintomas da depressão são normais dada a idade do doente; *b)* a tendência dos clínicos para atribuírem os sintomas e sinais neurovegetativos (perda de energia, a falta de apetite e as perturbações do sono) a problemas médicos coexistentes; *c)* recusa de muitos doentes idosos em aceitarem os problemas mentais; *d)* a tendência de muitos idosos para exprimirem o sofrimento psíquico em termos físicos.

Segundo Zimerman (2000), as depressões na velhice são quase sempre ligadas a perdas, doenças, carências e aspecto sociais. A doença depressiva está ligada a aspectos profundos e prolongados, provocando uma modificação geral na pessoa do idoso. Em geral, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso. *Ao nível intelectual*, ocorre a diminuição de capacidades e transtornos de memória que dificultam a aprendizagem. *Na área social*, ocorre o afastamento dos grupos, a perda de *status*, o abandono, o isolamento. *Do ponto de vista somântico* pode ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais. *Mas, o que é realmente a depressão?*

De acordo com Rojas (2007), a doença se manifesta de deferentes formas, dependendo das circunstâncias e das características de cada um. Não há dúvida que estamos perante uma palavra cujo significado pode variar consoante a utilização que lhe queremos dar. Assim, em *linguagem corrente*, a depressão refere-se a uma sensação de mal-estar relacionada com sintomas como tristeza, angústia, contrariedade, mau humor, frustração, em consequência com algo de negativo que tenha sucedido. A frustração, a tristeza ou contrariedade são sentimentos negativos que surgem como reacção perante um facto adverso. No entanto, experimentar tais facto não implica estar deprimido. A verdadeira depressão é um estado de abatimento terrível que, qualitativa e

quantitativamente, é muito superior a qualquer esmorecimento produzido pelas vicissitudes da vida. O sofrimento da depressão pode ser tão profundo que a única saída concebível seja o suicídio.

*Para um especialista*, a depressão é um estado psicológico anormal produzido tanto pelos factores exógenos (adquiridos) como endógenos (bioquímicos, sem motivo, hereditários), entre os quais se encontra um complexo intermédio de possibilidades que se movem entre esses dois pólos. Assim, podemos falar de depressões predominantemente endógenas e as outras preferencialmente reactivas. Por exemplo, em termos teóricos, pode falar-se da personalidade depressiva e pré-depressiva, uma vez que existem pessoas que, devido a factores hereditários e ambientais, parecem predispostas a sofrer desse mal: são *as atípicas* – pessoas pessimistas e tristes, que pensam sempre nos aspectos negativos. Na realidade esse tipo de pessoas, são apenas propensas a sofrer uma depressão, mas a sua maneira de ser não representa a depressão.

*O que significa a palavra depressão? Que conteúdos contém o seu interior? Quais as substâncias que habitam na sua geografia?*

O termo depressão é polissémico, tem usos e significados distintos. É necessário clarificá-los: (1) a expressão utilizada na *linguagem coloquial*, refere-se a um sentimento mal delimitado, difuso, de pesar, como consequência de algo negativo que sucedeu e poderá ter equivalentes nos fenómenos seguintes: a frustração, o desagrado, o desgosto, a contrariedade, o enfado, e outros. (2) *O humor normal, saudável*, que surge como consequência de algo que aconteceu e se apresenta como uma resposta a algum acontecimento penoso, como perda de um bem ou a impossibilidade de conseguir um objectivo concreto que havia sido projectado. No sentido restrito, o mais certo é falar de reacção existencial normal, sempre que a resposta afectiva esteja em consonância com o factor desencadeante. (3) *O humor anormal* originado por um motivo ou causa que serviu de estímulo desencadeante, mas que a resposta é desproporcionada, a curto ou médio prazo. Pode utilizar-se a expressão – *reacção existencial anómala*, cujas características principais são: *a)* produz-se em consequência de uma vivência; *b)* desencadeamento de uma reacção, que não sucederia se não existisse previamente a motivação interna; *c)* o conteúdo deve ser compreensível psicologicamente, ou seja, haver relações de sentido claras e facilmente identificáveis, embora desproporcionadas, excessivas hipertrofiadas; *d)* a evolução dependerá do acontecimento em si mesmo e da estrutura da personalidade sobre a qual recai; *e)* a intensidade e a duração dessa reacção devem ser analisadas tendo em conta a biografia e o momento actual, assim como os

factores físicos, psicológicos, sociais, e culturais. (4) Significa também um tipo de *personalidade*. A personalidade depressiva, com um perfil preciso, como uma maneira de ser dominada pelo pessimismo e pela tristeza, bem como uma forma distorcida de ver a realidade. Trata-se de um indivíduo desde sempre apresenta um tipo de pensamento negativo, apreciando mais o difícil que o fácil, os contras que os prós. Trata-se de uma pessoa depressiva permanente e durável. (6) *A vida depressiva*, conceito que consiste numa maneira de viver dominada pela monotonia excessiva, por um grande isolamento, por uma ausência de expectativas positivas o que vai originando uma progressiva desmotivação. (7) *A depressão como sintoma*: como sinal ou início de diversas doenças genéricas e, inclusivamente, psíquicas (não são depressões em sentido rigoroso). Cancro, doenças degenerativas, infecções, endocrinopatias como o hipotiroidismo, passando por doenças metabólicas ou dores crónicas de origem indeterminada ou de cura difícil. Do ponto de vista psíquico, podem aparecer sintomas depressivos nos estados de ansiedade, nas esquizofrenias, nas fobias e nas diferentes perturbações da personalidade (denominada de distímias). (8) *A depressão como síndrome*: conjunto de sintomas que seguindo o modelo pentadimensional proposto recai em cinco sectores como: esferas somáticas, psicológicas (existencial), de conduta, cognitiva e assertiva (diz respeito às competências sociais. (9) *A depressão como doença*: sentido mais autêntico e genuíno que a permite situar inteiramente no campo da psiquiatria, da psicologia e em menor medida, medicina geral. Trata-se de uma entidade clínica mais precisa e mais bem esboçada que tem uma etiologia, uma patogenia, uma sintomatologia concreta, um prognóstico, uma forma de prevenir as recaídas e, por fim, um tipo de tratamento específico. (10) *A depressão como estado*: conceito anglo-saxónico que aponta para a totalidade de sintomas registados num determinado momento do curso evolutivo. (11) *A depressão como síndrome de burnout*: refere-se a uma experiência singular e que pode ser definida da seguinte maneira: a) *designação popular é estar queimado* ou *síndrome do desgaste laboral*, ou ainda *síndrome do desgaste profissional*, “*estar queimado*” é a expressão utilizada em linguagem coloquial que em espanhol passou a ser de uso comum. As suas manifestações são: cansaço psicológico, perda progressiva de energia para realizar as tarefas profissionais, esgotamento, fadiga crónica, irritabilidade, atitudes negativas face ao ambiente quer laboral quer familiar e que conduzem a reacções frias e desumanas amalgamado num sentimento de escassa ou nula realização pessoal. Mediante esta longa explicação é possível apresentar uma *definição geral*: “as depressões são um conjunto de doenças

*psíquicas, hereditárias ou adquiridas, com uma sintomatologia determinada à qual estão associadas mudanças negativas de tipo somático, psicológico (existencial), comportamental, cognitivo ou assertivo. Trata-se de uma perturbação que dá origem a uma grande dor moral, a uma mistura de infelicidade e de tristeza combinadas com uma dor moral, a uma mistura de expectativas em relação ao futuro” (Rojas, 2007).*

*O quadro sintomático da depressão no idoso é caracterizado por: humor depressiva e/ou uma diminuição clara de interesse ou prazer em quase todas as actividades durante o dia; perda de apetite (sem dieta) ou ganho de peso, diminuição ou aumento de apetite, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia; sentimento de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; menor capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão; pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida recorrente, tentativa de suicídio, ou a existência de um plano específico para cometer o suicídio. *Quais as causas da depressão no idoso?**

*De acordo com Valério (2006), as causas da depressão no idoso resumem-se em: factores físicos como: existência de outras doenças; incapacidade de cumprimento das tarefas diárias; aumento da idade, principalmente no género feminino; factores sociais: falta de suporte social, intensificado pela habitual perda de entes queridos; percepção de falta de suporte social; falta de ocupação dos tempos livres; restrição financeiras; factores psicológicos: baixa auto-estima, interligada com os factores anteriormente apresentados; construção de esquemas cognitivos ao longo da vida – o papel de estereótipos ligados à terceira-idade. *Que tipo de depressão que mais afecta o idoso?**

*Segundo Spar (2005) a depressão major, tal com é definida no DSM-IV-TR, é a forma mais grave de perturbação do humor no idoso. A prevalência da depressão major nos idosos varia nos estudos entre 1% – 2% (Heithoff, 1995) e 3,7% (Steffens et al., 2000, cit. in Spar, 2005) parece que aumenta com a idade. Um estudo realizado por Forsell e Winblad, (1999, cit. in Spar 2005) com sujeitos cuja idade média 85 anos descobriu uma prevalência na comunidade de 4%. A depressão major é responsável por mais de 60% dos internamentos em unidades de psiquiatria geriátrica e sucede em cerca de 30% dos doentes idosos com doenças do foro médico agudas e crónicas (Okimoto et al., 1982, cit. in Spar, 2005) e em cerca de 15% dos que residem em lares (Falck et al., 1999, cit. in Spar, 2005). O diagnóstico de depressão major no idoso inicia-se com uma história pormenorizada da doença actual fixando a atenção em mudanças súbitas de uma ou mais funções.*

A *depressão major* definida segundo os critérios de diagnósticos do DSM-IV-TR e inclui os seguintes sintomas: *humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, ou quase todos os dias; perda de peso, quando não está a fazer dieta ou aumento de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; insónia ou hipersónia quase todos os dias, agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; diminuição da capacidade de pensamento, da concentração e indecisão quase todos os dias; pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos. Uma tentativa de suicídio, ou um plano específico para cometer o suicídio.*

A *depressão psicótica* parece ser um tipo de depressão com maior prevalência em idosos doentes. Estudos provam que cerca de 40% dos idosos doentes admitidos em serviço de internamento psiquiátrico são afectados por esta perturbação mental. A identificação desta síndrome como perturbação do humor é relativamente fácil quando as alterações do humor e neurovegetativas surgem antes do aparecimento de alucinações, ideias delirantes e/ ou comportamentos bizarro. O trabalho do clínico é ainda mais facilitada quando existe *delírios típicos* ou quando o doente tem uma história de perturbação do humor. O diagnóstico correcto pode ser dificultado se os doentes não referem a *alucinações* ou quando não exprimem o conteúdo de delírios. O diagnóstico tem por base o *comportamento bizarro* como por exemplo o *isolamento quase catatónico* e é muitas vezes acompanhado por *rejeição da alimentação e pela recusa de manter os cuidados corporais ou tomar medicamentos.*

*Anorexia* é um modo menos comum da depressão major no idoso. Trata-se uma anorexia profunda que pode ocorrer na ausência de qualquer outros traços da depressão e na presença de humor e afecto normais. Esta forma de depressão tem a possibilidade de acontecer essencialmente em idosos muito velhos e é muitas vezes acompanhada por múltiplas doenças crónicas do foro médico, frequentemente em estado terminal. Apresenta um quadro clínico de um doente visivelmente *senil, deteriorado, disfórico, que desistindo de comer parece estar a cometer o suicídio passivo.*

A *depressão minor*, síndrome reconhecida desde 1980 em estudos realizados com idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Segundo resultados de várias investigações, a prevalência é bastante elevada. Autores confirmaram que esta síndrome

estava unicamente ligada a *doença física em sujeitos idosos*. Os sintomas desta síndrome provocam um mal-estar clinicamente significativo ou deficiência social, laboral e noutras áreas importantes da actividade do indivíduo. Os sintomas não estão dependentes de efeitos fisiológicos directos de outras substâncias e nem de um estado físico geral. Não existe a presença de depressão major e nem preenche os critérios para as perturbações distímica. A depressão minor obedece os critérios do DSM-IV-TR e engloba os seguintes sintomas: *humor depressivo a maior parte do dia; uma acentuada diminuição do interesse ou do prazer por todas ou quase todas as actividades a maior parte do dia; perda significativa de peso na ausência de regime de emagrecimento ou aumento de peso ou diminuição de apetite quase todos os dias; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotoras; fadiga ou falta de energia; sentimentos excessivos ou inapropriados de inutilidade ou de culpa; diminuição da capacidade para pensar ou concentrar-se, ou indecisão quase todos os dias; ideias recorrentes de morte, de suicídio.*

*Como prevenir a depressão nas pessoas idosas?*

Antes de mais, é necessário encarar a prevenção da depressão na terceira idade numa perspectiva que envolva as diversas facetas do ser humano, ou seja encarar o idoso como ele é, ou seja, um indivíduo biopsicossocial. A prevenção deverá passar pela criação de serviços sociais que apostem no acompanhamento desta população, através de actividades coordenadas que promovam o “envelhecimento activo”, ou seja, a promoção da saúde; a continuidade de exercícios físicos; a diminuição das barreiras físicas nas localidades, de forma a permitir uma maior mobilidade; a solidariedade informal entre habitantes, a info-inclusão; a actividade mental; a socialização do idoso e a diminuição das situações de pobreza. *Como tratar a depressão no idoso?*

Para além de outras formas terapêuticas de tratamento da depressão no idoso, Valério (2006) sugere a Terapia Cognitiva de A. Beck como forma de tratar a depressão nas pessoas idosas. Esta terapia inclui duas vertentes: *a) Intervenção Comportamental – construção de uma Escala de Actividades Diárias; b) Intervenção Cognitiva baseada em: identificação, questionamento e teste dos pensamentos automáticos disfuncionais; criação e teste de novos pensamentos funcionais.*

Outras formas de tratamento das depressões são os antidepressivos. O desenvolvimento de vários fármacos nos últimos anos revolucionou o tratamento da depressão. A medicação pode aliviar os sintomas e tornou-se, assim, a primeira linha de tratamento para a maioria dos tipos de depressão. Actualmente, os fármacos mais frequentemente

prescritos pertencem a um grupo conhecido como Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina, que inclui o muito falado na comunicação social o Prozac, em virtude de serem fáceis de tomar e serem relativamente seguros, quando comparados com as gerações anteriores de fármacos, nomeadamente com os *antidepressivos triciclos*. Contudo, o facto de serem mais seguros não quer dizer que se podem tomar indiscriminadamente, pois como qualquer fármaco têm efeitos colaterais (náuseas, perturbações da função sexual, ansiedade), pelo que o tratamento deve ser sempre acompanhado de perto pelo médico. As classes mais antigas de antidepressivos, são os triciclos e os inibidores da monoaminooxidase, continuam a ser utilizados e podem ser muito eficazes. Uma noção muito importante é que o que funciona para uma pessoa não funciona obrigatoriamente para outra. O médico escolhe o antidepressivo indicado para cada caso com base na história e na correlação entre os sintomas e os efeitos secundários. Como regra geral, os estudos indicam que a combinação de medicamentos antidepressivos com a psicoterapia é mais eficaz do que qualquer um deles isolados, pelo que esta combinação é actualmente o tratamento mais recomendado. Nos casos de depressão grave poderá ser necessária, numa primeira fase, melhorar o humor através dos fármacos e só depois iniciar a psicoterapia, que assim será mais eficaz



## **CAPÍTULO III**

### **3 - A PSICOLOGIA POSITIVA NO ENVELHECIMENTO**

É importante conhecer o contributo da psicologia positiva no envelhecimento. Pois o fenómeno do envelhecimento desafia hoje não apenas a sociedade civil e política em geral, mas também as diversas áreas do saber, como a psicologia, a sociologia, a economia e as ciências médicas. Vivemos a geração do “*Play boom*” termo elegante para falar da explosão dos grupos seniores das sociedades ocidentais. Para muitos investigadores tornou-se indispensável compreender o envelhecimento por via das ciências sociais e humanas. Os economicistas ou sociólogos olham para o envelhecimento a propósito dos sistemas de pensões e de saúde. Os psicólogos procuram fazer perguntas científicas sobre o nosso desenvolvimento e o nosso envelhecimento para encontrar fórmulas adequadas que suscitem uma visão positiva do e sobre o idoso. A Psicologia do ciclo de vida permite introduzir a visão possível sobre o envelhecimento e o idoso, prevendo os tipos de mudança, a continuidade e a descontinuidade do desenvolvimento. O autor descreve minuciosamente as teorias do desenvolvimento e as bases da psicologia do ciclo de vida, centrando-se depois no estudo dos processos de adaptação psicológica face ao envelhecimento. É nesse contexto que o autor analisa os “acontecimentos da vida” (lutos, reforma, mudança de residência, aparecimento de doença grave) que fomentam muitas vezes stress negativo e a sua articulação com o desenvolvimento psicológico, sempre numa perspectiva de se descobrir modos de assimilação e adaptação que possam gerar boas emoções e vida de relação de qualidade nos seniores. É o grande desafio do envelhecimento bem sucedido, aprendendo *a transformar as perdas em ganhos, os traumas em ensinamentos de auto-estima, a passagem de tempo vivido com serenidade, controlo pessoal e estilos de vida saudáveis*. Segundo Fonseca (2005), ninguém pode envelhecer bem sem se adaptar e sem melhorar a sua capacidade para aceitar o que é inalterável. É esse o ajustamento, essa sabedoria que constitui um grande desafio que se coloca ao desenvolvimento psicológico orientado para seniores dotados de identidade, estabilidade emocional e autonomia. Em suma, a psicologia positiva procura contribuir para um *envelhecimento bem sucedido*, isto é, um envelhecimento com autonomia, bem-estar, qualidade de vida

e estilos de vida saudável; aumentar os ganhos e diminuir os défices. Procura sempre o lado positivo do envelhecimento dando maior importância às emoções positivas no idoso (esperança, bem-estar, felicidade, alegria, optimismo, perseverança, amor, perdão). A gerontologia está chamando atenção a diversas instâncias internacionais, como a ONU dado que, se assiste recentemente a *estatísticas alarmantes na Europa e no resto do mundo*, com um aumento quase *exponencial* de idosos e diminuição de gente nova.



## **CAPÍTULO IV**

### **4 – A PSICOLOGIA POSITIVA**

A psicologia positiva é descrita como um movimento que nos últimos anos tem ganho terreno dentro das ciências sociais e do comportamento, considerando entre outros, aspectos como a felicidade e outras emoções positivas, os seus benefícios e as formas de os desenvolver. A psicologia positiva pretende ser uma disciplina científica, rigorosa e baseada na evidência, identificando intervenções que promovam o bem-estar e a qualidade de vida.

O movimento da Psicologia Positiva emerge como tentativa de romper o viés negativo sobre o desenvolvimento humano através do estudo dos aspectos positivos presentes nos indivíduos. Nesse sentido, temas como as emoções positivas destacam-se nos actuais estudos científicos da psicologia. Tendo ganho destaque na última década, a psicologia positiva é o estudo dos factores e processos que conduzem à optimização do funcionamento humano, focando a atenção nas forças, em vez de se debruçar sobre as fraquezas; construindo e solidificando o que de melhor a vida oferece, em vez de tentar reparar o pior e preocupando-se em promover na pessoa comum a forma mais proveitosa de viver a vida, em vez de se concentrar num processo de cura de pessoas perturbadas. Assim, desviando-se da tendência clínica, de se concentrar na patologia, este recôndito da psicologia trata os traços positivos que incorporam o nosso repertório humano. Tendo por base o conceito de resiliência, a psicologia positiva pretende explicar como em situações benignas do dia-a-dia as pessoas usufruem do melhor da sua vida e de si mesmas. Este interesse não é, todavia, novo. Em 1902, William James (in Nunes, 2008) escrevia sobre a “determinação da mente em ser saudável”; em 1958, Allport (cit. in Nunes, 2008) manifestava interesse pelas características positivas que compunham o repertório humano; Maslow (1968 cit. in Nunes, 2008) focou o estudo da pessoa saudável e, muito recentemente, refere-se como exemplo a investigação que Cowan (2000, cit. in Nunes, 2008) tem desenvolvido na área da resiliência em crianças e adolescentes. Em termos de intervenção, a psicologia positiva preconiza que tratar, “não é apenas arranjar o que está danificado, é também cuidar de algo ou alguém e fomentar o que temos de melhor” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, cit. in Nunes,

2008). Desta maneira, amplificam-se as forças, em vez de se corrigirem fraquezas, o que tem sido um dos principais objectivos desta disciplina.

A psicologia positiva cuida do estudo das experiências positivas subjectivas, dos traços positivos do ser humano e das instituições que permitem a experiência e a manifestação destes traços positivos. A psicologia positiva procura levar os psicólogos a adoptarem uma postura mais apreciativa dos potenciais, das motivações e das capacidades dos indivíduos, procurando transformar as antigas questões em novas oportunidades de compreensão de inventos psicológicos como optimismo, altruísmo, esperança, alegria, satisfação e outros como a depressão, ansiedade, angústia e agressividade. Exorta-se para o estudo do conceito de resiliência enquanto capacidade profunda para a superação de crises em situações adversas, estando presente em indivíduos, comunidades e instituições. Reflectindo no porquê da psicologia ser ainda tão nova, como corpo teórico, podem mencionar-se três razões: em primeiro lugar, a perturbação e o sofrimento apelam de uma maneira mais comovedor à atenção da ciência do que um estado de saúde e bem-estar que não inspira cuidado. Neste sentido, a psicologia constitui-se como foco de investimento clínico. A segunda razão é de ordem pragmática e histórica: com a Segunda Guerra Mundial e o regresso dos ex-combatentes a casa, onde muitos deles demonstravam enorme sofrimento físico e psíquico, o estudo da psicopatologia vê a sua importância aumentar, sendo que os diagnósticos e os tratamentos tomam o caminho do modelo médico. A terceira razão é o destaque atribuído ao negativo estando relacionado com a nossa própria natureza e com as teorias sobre os processos psicológicos. Assim, a literatura tem documentado que os acontecimentos negativos tem maior impacto que os positivos e que a informação respeitante a eventos negativos é processada de forma mais pormenorizada do que as experiências positivas. O foco na doença e na patologia ajudou a construir uma ciência psicológica que parece ter esquecido uma parte da sua missão e ter negligenciado uma importante fatia do estudo dos seres humanos. Conscientes de que o bom e a excelência existem, alguns autores começaram a defender a necessidade de saber mais sobre o que caracteriza o ser humano no seu melhor. De uma forma mais visível e estruturada, os temas como esperança, optimismo, felicidade, criatividade passaram a afigurar em livros e artigos científicos, levando a uma preocupação crescente de mudar o foco da ciência psicológica para as forças e virtudes, e em assegurar a sua cientificidade.

Martin Seligman, um dos expoentes da psicologia positiva, chama atenção para essa mudança de foco, defendendo que, sem deixar de lado ter como objecto de estudo a

patologia e seu tratamento, a psicologia deve abrir espaço para o estudo das ‘habilidades positivas’ do ser humano, redireccionando o enfoque para a promoção da qualidade de vida.

A psicologia positiva emerge assim na última década como uma área de estudo científico própria, vibrante e multifacetada, que vai para além de uma abordagem centrada nos problemas e nas patologias, para se endereçar teórica e empiricamente à construção das melhores qualidades de vida, no âmbito subjectivo, individual e grupal (Ana, C.; Neto, L.; Marujo, H. & Ri vero, C. 2007).

Segundo Martin Seligman (2000, cit. in Nunes, 2008), a psicologia positiva assenta-se em três pilares: primeiro, *estudo das emoções positivas*; segundo, *estudo dos traços positivos* e por último *estudos das instituições positivas* (democracia, as famílias e a livre informação que sustentam as virtudes, as quais por sua vez, apoiam as emoções positivas. Oliveira (2004) afirma que a psicologia positiva pode construir as suas raízes uns vinte traços de personalidade a saber: a capacidade para amar e ser amado, o altruísmo, a espiritualidade, a criatividade, a coragem, a sabedoria, a felicidade, a alegria, o optimismo, o entusiasmo, a confiança, a esperança, o perdão, a tolerância, a magnanimidade, a fortaleza, a perseverança, a bondade, a misericórdia, a mansidão, ternura, gratidão. Liberdade, riso, sentido de humor, e outras. A psicologia positiva veio abrir novas perspectivas para a investigação e intervenção. Apoia os esforços para minorar os problemas sociais, tais como a toxicodependência, a criminalidade e a doença mental. Incentiva o estudo dos factores protectores e dos factores de risco. Para além disso, mobiliza a compreensão das emoções e dos traços positivos que podem ser mobilizados para a resolução de problemas. A psicologia positiva vem trazer uma mensagem nova de esperança em vez de medo, atente-se nos exemplos: ‘a maior parte das pessoas não abusa de bebidas’ e ‘a maior parte das pessoas que jogam dinheiro consegue controlar-se’. Esta mudança da afirmação de não focar no negativo mas sim no positivo apresenta a ideia base da psicologia positiva. Existe uma aposta na prevenção em vez de tratamento. A psicologia positiva procura mudar a centralidade do tratamento para a prevenção. Ajuda-se mais as pessoas se podermos prevenir os problemas antes de acontecerem (*prevenção primária*), intervir antes que piorem (*prevenção secundária*). Finalmente, se as outras estratégias não funcionarem dirige-se para o tratamento (*prevenção terciária*).

#### **4.1. A Importância do Conceito da Resiliência para a Psicologia Positiva**

A psicologia positiva é apresentada como um movimento de investigação de aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos, em oposição à psicologia tradicional e à sua ênfase nos aspectos psicopatológicos. Entre os indicativos de vida saudável destaca-se a resiliência.

Alguns estudiosos reconhecem a resiliência como um fenómeno comum e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (Masten, 2001, cit. in Nunes, 2008), e outros enfatizam a necessidade de cautela no uso do termo. A noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela física e Engenharia. O cientista inglês Thomas Young, um dos precursores da resiliência, que em 1807, considerando a tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade. Young descrevia experiências sobre tensão e compressão de barras, buscando a relação entre a força que era aplicada a um corpo e a deformação que esta força produzia. Esse cientista foi também o pioneiro na análise de stress trazido pelo impacto, tendo elaborado um método para o cálculo dessas forças (Timosheiro, 1983, cit. in Nunes, 2008). Silva Jr. (1972 cit. in Nunes, 2008) denomina como a resiliência de um material, corresponde a determinada solicitação, a energia de deformação máxima que ele é capaz de armazenar sem sofrer deformações permanentes dita de outra forma refere-se à capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente.

Nos materiais, contudo, o módulo de resiliência pode ser obtido em laboratório através de medições sucessivas ou da utilização de uma fórmula matemática que relacionando a tensão e a deformação fornece com exactidão a resiliência dos materiais. É necessário salientar que diferentes materiais apresentam diferentes módulos de resiliência.

em psicologia, o estudo do fenómeno da resiliência é relativamente recente. Vem sendo investigado há cerca de trinta anos. Apenas nos últimos cinco anos as reuniões internacionais têm trazido este construto para a discussão. A sua definição não clara e precisa como na Física ou na Engenharia, e nem poderia sê-lo dada a complexidade e multiplicidade de factores e variáveis que devem ser tomados em conta no estudo dos fenómenos humanos. Os termos precursores de resiliência na psicologia são as palavras *invencibilidade* ou *invulnerabilidade*, ainda bastantes referidos na literatura. Vários autores (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1992, cit. in Nunes 2008) relatam que “em 1974, o psiquiatra infantil E.J. Anthony introduziu o termo

invulnerabilidade na literatura da psicopatologia do desenvolvimento para descrever crianças que, apesar de prolongados períodos de adversidades e stress psicológico, apresentavam saúde emocional e alta competência” (Werner & Smith, 1992, cit. in Nunes, 2008).

Alguns anos depois, já se debatia a aplicação do termo, que parecia sugerir que as crianças seriam totalmente imunes a qualquer tipo de desordem, independentemente das circunstâncias. Segundo Rutter (1985, 1993 cit. in Nunes, 2008), uns dos pioneiros no estudo da resiliência no campo da psicologia, invulnerabilidade passa por uma ideia de resistência absoluta ao stress, de uma característica imutável, como se fossem intocáveis e sem limites para suportar o sofrimento. Rutter (1993, cit in Nunes, 2008) considera que a invulnerabilidade passa unicamente a ideia de uma característica intrínseca do indivíduo, e as pesquisas mais recentes têm indicado que a resiliência ou resistência ao stress é relativa, que as suas bases são tanto constitucionais como ambientais, e que o grau de resistência não tem uma quantidade fixa, mas sim, varia de acordo com as circunstâncias (Rutter, 1985). Resiliência e invulnerabilidade não são termos equivalentes, afirmam (Zimmerman e Arunkumar, 1994, cit. in Nunes, 2008). Segundo estes autores, resiliência diz respeito a “ habilidade de superar adversidade”. Apesar destas considerações, é esta versão inicial de resiliência como invulnerabilidade ou resistência às adversidades que ainda vem orientando a produção científica de muitos investigadores na área. Tal perspectiva tem dado lugar à construção de um conceito que define *a resiliência como um conjunto de traços e condições que podem ser replicados*, conforme afirma Martineau (1999, cit. in Nunes, 2008) na sua análise crítica sobre o discurso dos *experts*, segundo ela, nos assuntos. A autora descobriu três perspectivas distintas nos discursos vigentes sobre a resiliência. Em primeiro lugar, cita o discurso dos especialistas, resultante de elaborados estudos psicométricos e da análise estatística dos dados obtidos por medidas e em ambientes controlados através de resultados de testes, notas de escola e perfis de personalidade ou temperamento.

Martineau sintetiza que os principais traços vistos como características fixas da resiliência, que formam um consenso na opinião de diversos autores são: sociabilidade, criatividade na resolução de problemas e um senso de autonomia e de proposta. Estas medidas observáveis e de alguma forma mensurável acabam por definir o que os autores (*experts*) chamam de resiliência. Em segundo lugar, a autora analisa o discurso de experiencial, com menor valor e subordinado ao discurso dos especialistas, cuja base são os estudos qualitativos, com dados obtidos a partir de histórias de vida de adultos

relatadas a psicoterapeutas, nas quais “estão embutidas as idiossincrasias de memória, narrativa, identidade, interpretação e subjectividade” (Martineau, 1999, p.73). São histórias de vidas construídas e reconstruídas através das múltiplas interpretações do indivíduo. Em terceiro lugar, Martineau apresenta o discurso de pessoas que trabalham directamente com crianças e adolescentes (psicólogos, educadores, assistentes sociais), uma perspectiva de resiliência ainda em construção, que resume aspectos dos dois discursos, dos *experts* e do experiencial.

Ao posicionar-se, Martineau afirma que reificar / replicar as características de uma determinada criança como “resiliente” (através da mensuração de um conjunto de traços) é negar que resiliência é *contingente, imprevisível e dinâmica* Walsh (1998, cit. in Nunes, 2008) apresenta sumariamente os processos-chaves de resiliência da seguinte forma:

*Sistema de Crenças* (o coração e a alma da resiliência): (1) atribuir sentido à adversidade como: valorização das relações interpessoais; sentido de coerência das crises: desafios administráveis; percepção da situação de crise: crença facilitadoras ou constrangedoras. (2) Olhar positivo: iniciativas (acção) e perseverança; coragem e encorajamento (foco potencial); esperança e optimismo: confiança na superação das adversidades; confrontar o que é possível: aceitar o que não pode ser mudado. (3) Transcendência e espiritualidade: valores, propostas e objectivos; espiritualidade: fé, comunhão e rituais; inspiração: criatividade e visualização de novas possibilidades; transformação: aprender e crescer através das adversidades.

A nível dos *padrões de organização*: (4) flexibilidade como capacidade para mudanças: reformulação, reorganização e adaptação; estabilidade: sentido de continuidade e rotinas. (5) Coesão: apoio mútuo, colaboração e compromisso; respeito das diferenças, necessidades e limites individuais; forte liderança: prover, proteger e guiar crianças e membros vulneráveis; busca de reconciliação e reunião em casos de relacionamentos problemáticos; (6) recursos económicos e sociais: mobilização da família extensa e da rede de apoio social; construção de uma rede de trabalho comunitário; construção de segurança financeira.

Quanto aos *processos de comunicação* apresentamos: (7) Clareza: mensagens claras e consistentes (palavras e acções); esclarecimentos de situações ambíguas; (8) expressões emocionais abertas: sentimentos variados são partilhados (felicidade e dor; esperança e medo); empatia nas relações: tolerar as diferenças; responsabilidade pelos próprios sentimentos e comportamentos, sem a busca do ‘culpado’; interacções

prazerosas e bem-humoradas; (9) colaboração na solução de problemas como: identificação de problemas, opções; “explosão de ideias” com criatividade; tomada de decisões compartilhadas: negociação, reciprocidade e justiça; foco nos objectivos: dar passos concretos; aprender através dos erros; postura proactiva: prevenção de problemas, resolução de crises, preparação para futuros desafios.

#### **4.2. Noção de Bem-Estar Subjectivo na Psicologia Positiva**

O bem-estar subjectivo consiste na reacção avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva), quer em termos de afectividade (reacções emocionais estáveis) (Diener & Diener, 1995, cit. in Nunes, 2008). A propriedade abrangente do conceito coloca-o numa posição de intersecção de vários domínios da psicologia, designadamente, a psicologia social, a psicologia da saúde e a psicologia clínica.

A história do conceito examinada por diferentes investigadores, aponta heranças históricas distintas, relacionadas com a convergência de origens teóricas diversas. Nesse sentido, identifica-se uma primeira herança nos movimentos sociais inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo, que impulsionaram a investigação na área da qualidade de vida. Uma segunda Revolução da Saúde, na década de 70, cujos princípios centrais consistiram em defender o retorno a uma perspectiva ecológica na saúde e mudar o enfoque das questões da doença para as questões da saúde. Há pouco tempo, a psicologia clínica vem abraçar o conceito de Bem-estar subjectivo, no contexto da chamada psicologia positiva. Qualquer das heranças sócio-históricas contribui para o desenvolvimento da investigação na área de bem-estar subjectivo, nas suas diferentes facetas e aplicações. Simultaneamente, o conceito de bem-estar subjectivo evoluiu através de limites difusos, atravessando dois momentos críticos na sua definição: a distinção bem-estar material versus bem-estar global; e a distinção bem-estar psicológico versus bem-estar subjectivo.

O bem-estar subjectivo é definido a partir dos principais investigadores da área. Assim, o bem-estar subjectivo é uma dimensão positiva da saúde. É considerado, ao mesmo tempo, um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afectiva, e um campo de estudo que abrange outros grandes conceitos e domínios de

estudo como a qualidade de vida, o afecto positivo e o afecto negativo. É um conceito recente, que tem originado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados.

A história do conceito de bem-estar subjectivo é recente. Este conceito terá cerca de 45 anos de vida, se considerarmos a tese de Wilson (1960 cit. in Nunes, 2008) como marco do seu nascimento, uma vez que estuda pela primeira vez o termo de bem-estar, como o conhecemos hoje (Diener, Suh, Lucas, & Siht, 1999, cit. in Nunes, 2008). Wilson (1967, cit. in Nunes, 2008) propôs-se estudar duas hipóteses do bem-estar, onde relacionou os conceitos de satisfação e de felicidade numa perspectiva *Base-Topo* (*Bottom Up*), onde a satisfação imediata de necessidade produz felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade. Na perspectiva *Topo-Base* (*Top Down*), o grau de satisfação necessário para produzir felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências do passado, pelas comparações com outros, pelos valores pessoais e por outros factores.

Em 1998, cerca de trinta anos decorridos da Segunda Revolução da Saúde, Martim Seligman, enquanto presidente da ‘American Psychological Association’ (APA), afirma que a prática da psicologia se encontra incompleta. A psicologia clínica continua a trabalhar essencialmente, no sentido de trazer os indivíduos de um estado doente, negativo, para um estado neutral normal; de um estado “menos cinco” da saúde mental para um nível zero. Seligman refere que não basta anular as condições incapacitantes dos indivíduos e chegar ao nível zero (Wallis, 2005, cit. in Nunes, 2008). Definiu como objectivo para a APA, no ano da sua presidência, explorar a região norte do nível zero, procurar o que activamente faz as pessoas sentirem-se preenchidas, envolvidas e significativamente felizes. A saúde mental deveria ser mais do que a ausência de perturbação mental, deveria ser algo próximo de um estado vibrante de tonicidade muscular da mente e do espírito humano. Após uma reunião para promoção da saúde mental, seguiu-se uma verdadeira explosão de investigação sobre a felicidade, o optimismo, as emoções positivas e os traços de personalidade mais saudáveis. Esta manifestação súbita da investigação incluiu um dos conceitos centrais – o bem-estar subjectivo que não só tem mobilizado a comunidade científica, como também, tem despertado a atenção da comunidade em geral. Michalos (1986 cit. in Nunes, 2008) alega que apenas entre 1979 e 1982, a pesquisa para títulos com a palavra satisfação ou felicidade resultou em dois mil quinhentos e quarenta e cinco títulos. Actualmente

encontramos oito mil, seiscentos e oitenta e sete títulos com um destes termos. Em Portugal, a investigação sobre o bem-estar subjectivo é ainda limitada. Contudo destacam-se os trabalhos de revisão sobre o bem-estar subjectivo, de Simões, Ferreira, Lima, Pinheiro, Viera, Matos, e Oliveira (2000), sobre a qualidade de vida, de Pais Ribeiro (1994, 2002, 2004) e sobre a felicidade, de *Oliveira (2000)*.

#### **4.3. Componentes do Bem-Estar Subjectivo**

De acordo com Diener, Suh e Oishi (1997, cit. in Nunes, 2005), o campo de pesquisa sobre o tema felicidade, bem-estar, satisfação com a vida e qualidade de vida tem investigado como as pessoas avaliam as suas vidas e inclui o estudo de variáveis como vida satisfatória, satisfação no casamento, ausência de depressão e ansiedade, emoções e estados de humor positivos e está interessado em sentimentos de bem-estar duradouros, e não em emoções passageiras. O termo felicidade tem sido usado englobando significados distintos, entre os quais se inclui a alegria momentânea, a satisfação com a vida e o prazer a longo prazo, além de ser utilizado pelo senso comum representando o bem-estar subjectivo. Apesar de a felicidade, o bem-estar subjectivo, a satisfação com a vida e o prazer a longo prazo sejam estados interligados, podem ser distintos da seguinte forma: a felicidade como estado subjectivo em que há supremacia dos afectos positivos sobre os afectos negativos; o bem-estar subjectivo como sentimento de conforto e harmonia; satisfação como sentimento experimentado a quando da conquista de um objectivo, através do uso e do alargamento do horizonte; qualidade de vida, segundo a Organização Mundial de Saúde, como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol, 2004, cit. in Nunes, 2008).

Na literatura, usaram alguns termos com o objectivo de fazer referência ao domínio de estudo: felicidade, moral, satisfação com a vida. Pode-se falar de uma multidimensionalidade do termo bem-estar subjectivo: dimensão afectiva e dimensão cognitiva. A dimensão afectiva constitui-se de dois factores: a afectividade positiva e a afectividade negativa. A afectividade positiva traduz-se na tendência a experimentar sentimentos e emoções agradáveis tais como a alegria, o entusiasmo, o orgulho, a felicidade. Altos níveis de afecto positivo representam um estado de alta energia, total

concentração e satisfação, e baixos níveis de afecto positivo são caracterizados por tristeza e letargia. Enquanto que a afectividade negativa manifesta-se pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis, como a culpabilidade ou vergonha, tristeza, ansiedade e depressão. O afecto negativo é uma dimensão geral de angústia e insatisfação que incluem uma variedade de estados de humor aversivos, como raiva, culpa, desgosto medo e antipatia.

A dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo parece ser representado por um único factor: a satisfação com a vida. Alguns estudos demonstraram a distinção dessa dimensão com a afectividade positiva e negativa.

#### **4.4. Emoções / Sentimentos**

Estima-se que emoções positivas podem ser factores de protecção contra as doenças, dado que, de uma forma complexa, fortalecem o sistema imunitário (sistema responsável pela protecção do organismo contra qualquer fenómeno estranho). As pessoas que sentem regularmente emoções positivas vivem numa situação contínua de crescimento e de realização. Elas podem tornar-se cada vez mais úteis aos outros e podem transformar as comunidades em organizações sociais mais coesas e harmoniosas, e de moral mais elevado. As emoções positivas não partilham o facto de expandirem os repertórios momentâneos de pensamento e acção, como também partilham a tarefa de construir os recursos pessoais, desde os recursos físicos e intelectuais, até aos recursos sociais.

##### **4.4.1. Amor**

Amor é um fenómeno complexo, uma emoção essencial, certamente a dimensão mais poderosa e misteriosa da vida humana. É tão antigo como o homem. Desde sempre, o homem conheceu-se com a capacidade para amar e ser amado. Porém, difícil é defini-lo. É uma emoção particular, que não prescinde da cognição e que se expressa numa grande variedade de comportamentos (palavras, expressões não verbais, expressões físicas,

prendas, sacrifícios pelo amado). É com certeza o tema mais versado pelos poetas juntamente com a morte. Segundo Platão, “faz-nos passar do não ser ao ser” (Mina, 1996, p. 9, cit. in Nunes, 2008). Toda a gente fala do amor, os jovens escrevem-no em toda a parte ou então desenham corações. Porém é mais difícil vivê-lo, identificá-lo, senti-lo, do que defini-lo. Há amores que soam falso, que de amor têm pouco ou nada. Se for verdadeiro, trata-se dum sentimento ou duma atitude que se expressa em gestos de bem para com os outros. Pascal diz que o amor é “o conhecimento do coração” Como Afirma Nietzsche, “só do amor surge o conhecimento profundo” (Mina, 1996). O amor penetra todas as coisas e chega à sua essência. A pessoa que ama é intuitiva, advinha as necessidades dos outros, porque não está fechada em si mesma.

Segundo Rojas (1988, cit. in Olivera 2004), o amor é uma realidade complexa e incomensurável”, difícil de definir. O autor propõe quatro significados do termo “amor”: na linguagem comum (pode ter múltiplos sentidos), na linguagem filosófica (desde os gregos que se estudou o amor, havendo filósofos que aproximaram mais da verdade, da vontade, de emoção, da beleza), na linguagem psicológica (como motivação, tendo esta múltiplas interpretações) e na linguagem social (que frequentemente identifica o amor com o sexo. Certamente que o amor não se reduz à expressão sexual, mas também tem a ver com o enamoramento. O amor é um acto de vontade que empenha e exige fidelidade, conduzindo, através de diversas etapas, à união conjugal.

O amor é uma força de unificação e de crescimento. Neste amor há uma dialéctica entre autonomia e intimidade, entre individualização e integração ou quase fusão. O amor é a grande força ou íman de aproximação das pessoas. O amor satisfaz as necessidades fundamentais, porque a necessidade fundamental é de amar. O amor está presente ao longo de todo o desenvolvimento pessoal embora com intensidades e cambiantes diferentes.

Os diversos autores classificam as várias classes de amor das formas mais variadas e mais ou menos exaustivamente, como C. Lewis (1997, cit. in Olivera, 2004) que distingue essencialmente quatro espécies: afecto, amizade, eros, caridade, e fala do amor-dom, do amor-necessidade, do amor-paixão. Contudo, a classificação de Lee (1973, cit. in Oliveira, 2004) é mais exaustiva distinguindo seis” cores” ou estilos de amor, sendo três primários (eros-paixão, ludus-jogo, storgê-amizade) e três secundários (pragma-prático, mania-possessão, agapê-altruismo). Os primários são comparados às três cores principais (vermelho, amarelo, e azul) e os secundários podem identificar-se

com as cores mistas. Podemos descrevê-los num crescendo valorativo: (1) *mania*: amor obsessivo, possessivo, ansioso, dependente, ciumento, incapaz de tolerar a perda do amado, podendo desenvolver doenças. Esta espécie de amor está associada a um baixo auto-conceito e auto-estima. É típico de pessoas num estágio de desenvolvimento do eu impulsivo e autoprotectivo; (2) *ludus*: equivalente ao amante que joga aos amores procurando obter o máximo de lucro com o mínimo custo e abstendo-se de qualquer dependência ou compromisso. Tal amor é mais típico das pessoas num estágio de desenvolvimento autoprotectivo; (3) *pragma*: amor prático, sensível, consciente, realista, provocando ou desfazendo a relação por razões práticas. Tais pessoas denotam um estágio de desenvolvimento do eu autoprotectivo, com aspectos também conformistas, mas em vias de superação; (4) *eros*: amor romântico ou apaixonado que idealiza o amado e procura agradar-lhe. Fixa-se sobretudo nas características de beleza física. Denota um estágio conformista; (5) *Storgê*: amor de ternura, afeição, relação, interdependência, mútua abertura e realização, comprometido a longo prazo, próprio de amigos íntimos ou de casais que atingiram um estágio de desenvolvimento onde prevalece a autonomia; (6) *ágape*: amor puro, oblativo, altruísta, gratuito, desinteressado. O amante quer e procura o melhor para o amado que corresponde da mesma forma desinteressada e incondicional, sem olhar a sacrifícios e recompensas. Pode encontrar-se eventualmente num casal que atingiu a maturidade, e é símbolo sobretudo do amor maternal e mais ainda do amor divino (*Lasswell & Lasswell, 1976; Lee, 1977, cit. in Oliveira, 2004*).

Sternberg (1986, 1987, cit. in Oliveira, 2004) distingue três dimensões fundamentais do amor, propondo um modelo triangular, ou “teoria triangular do amor”. O autor considera em cada vértice do triângulo um dos elementos do amor: *intimidade, paixão e decisão / compromisso*. A *intimidade* equivale a sentimentos de proximidade e de união entre os amantes e que geram alegria e entusiasmo. A *paixão* corresponde aos impulsos que levam à atracção e à união física dos amantes. Finalmente, a *decisão / compromisso* com o objectivo assumir uma relação a longo prazo.

A intimidade é a componente principal do amor, enquanto que a paixão é menos nobre e duradoura, embora na maior parte dos casos, sobretudo entre jovens enamorados, seja a única a estar presente. Se quiséssemos aproximar estas dimensões dos tipos de amor apontados por Lee, poderíamos dizer que a intimidade e o compromisso afecta sobretudo o amor *storgê* e *ágape*, enquanto que a paixão está particularmente presente no amor erótico e de algum modo no maníaco. Cada uma das três componentes pode

expressar-se de diversas maneiras: a intimidade através da comunicação de sentimentos interiores, da promoção do bem-estar do outro, da partilha de bens; a paixão através de diversas expressões físicas (beijar, abraçar e outras manifestações); o compromisso através da fidelidade, mesmo em momentos difíceis.

Sternberg enuncia ainda algumas propriedades do amor (estabilidade, controlabilidade) mais ou menos presente em cada um dos componentes. Por exemplo, quanto à estabilidade, a intimidade e o compromisso desempenham um papel fundamental nas relações a longo prazo, enquanto que a componente passional está mais presente a curto prazo, podendo com o tempo desaparecer.

Sternberg, analisando as três componentes do amor reconheceu oito espécies de amor dependendo da presença e da ausência de cada componente. A sua taxionomia é composta de: não amor, amor de gosto, amor louco, amor vazio, amor romântico, amor companheiro, amor insensato, amor perfeito. Por exemplo, uma relação envolvendo compromisso, mas não a intimidade, nem paixão, é um “amor vazio”; uma relação envolvendo intimidade e compromisso, mas não havendo paixão, é um “amor companheiro”; um relação com as três componentes seria um “amor perfeito” que pode estar presente nos casais e mesmo na relação pais-filhos (Neto, 2000, cit. in Nunes, 2008). Esta classificação e interpretação do amor, segundo Sternberg são passivas de ser criticado dado que carecem de confirmação empírica, como o estudo de Lemieux e Hale (2002, cit. in Oliveira, 2004). Há que ter em conta que as diversas variáveis que dão coloridos ao amor, como a idade, o sexo, a personalidade ou idiosincrasia de cada um, para além de determinantes contextuais e interculturais.

#### **4.4.2. Alegria**

“Alegria” provém do vocábulo latino *alacritas* (fogo, ardor, vivacidade). Trata-se de um sentimento, de contentamento e de satisfação interior proveniente de alguma coisa de positivo que a pessoa provou. Por outro lado, “prazer” deriva do verbo latino *placere* (gozar, sentir deleite) e significa possuir ou sentir algo relacionado com a dimensão física ou corporal. Enquanto que alegria é mais objectiva, mais profunda, mais espiritual, mais duradoura, e mais altruísta, o prazer é mais subjectivo, mais

superficial, mais somático, mais efêmero e mais egoísta. Todavia, também existem prazeres espirituais ou gozos interiores.

Alegria, prazer, júbilo, contentamento ou felicidade representa um *sentimento humano* de bem-estar, euforia, empolgação, paz interna. A alegria surge em contextos considerados como seguros e familiares, por acontecimentos interpretados como realização ou progresso em direcção aos objectivos de uma pessoa. Alegria faz nascer o desejo de brincar, não apenas brincar físico e social, como também o brincar intelectual e artístico. Brincar, especialmente a brincadeira imaginária, é, em grande parte criativo, envolvendo exploração, invenção e brincadeira livre. Dirigido não apenas a um tipo de acção, brincar pode tomar várias formas. O desejo de brincar representa uma tendência bastante genérica e não específica de pensamento-acção. A alegria é uma disposição para realizar. É um estado efêmero, manifestado ruidosamente e sem necessária ligação a valores.

Várias pesquisas têm-se debruçado sobre a alegria em relação a outras expressões emotivas, mais ou menos paralelas (como o contentamento) ou contrárias (como a tristeza. Batson et al. (cit. in Oliveira, 2004), na sequência de outros investigadores, procuraram saber se a atitude empática com quem sofre (e também com quem se alegra) tem uma conotação tendencialmente egotista ou altruísta, inclinando-se os autores para a segunda hipótese, mas não sendo ainda os resultados concludentes. Outros estudos centram-se nas diferenças por sexo, como Brebner (2003, cit. in Nunes, 2008) que constatou um maior índice de alegria nas mulheres. De acordo com Tomás Senise (1950, cit. in Nunes, 2008), a alegria define-se como” um estado de ânimo particular que se forma a partir de um prazer físico, moral, ou intelectual e se exterioriza habitualmente com o riso”

#### **4.4.3. Bem-Estar**

O conceito de Bem-Estar / *Wellness* apresenta-se como uma filosofia “bem-estar”, que tem como base o desejo de uma vida mais sã e serena, permitindo ultrapassar as “batalhas diárias”, fontes de preocupação de tudo o que nos rodeia, relembrando que a “chave da solução” para os problemas pode estar dentro de nós (Albuquerque, 2005, cit. in Nunes, 2008). Actualmente, o bem-estar está associado a vários conceitos,

dependendo a sua definição da área geográfica e social, em que os centros que prestam tais serviços estão inseridos.

O bem-estar (Albuquerque, 2005) é um conceito de prática que engloba todos os aspectos de indivíduo, assim, envolve a manutenção de uma boa nutrição, exercício, boas relações pessoais, familiares e sociais, e o controlo do stress. Este pode ser considerado um tipo de medicina preventiva associada ao estilo de vida de cada um, podendo assim contemplar programas ou benefícios que são introduzidos para encorajar a aptidão física, a prevenção e a detecção precoce de doenças para ajudar a reduzir a utilização e os custos de futuros cuidados de saúde.

Este processo de cuidados de saúde implica uma tomada de consciência e alteração de atitudes em direcção a estilos de vida saudáveis, de modo a que os indivíduos possam fazer escolhas informadas para atingir uma saúde física e mental óptima através de serviços focados na promoção ou manutenção da saúde em vez da correcção da doença. Os programas de bem-estar muitas vezes incluem rastreios da tensão arterial e outros, bem como educação para a saúde. O bem-estar apresenta-se como um estado dinâmico de saúde no qual o indivíduo progride em direcção a um nível elevado de funcionalidade, atingindo um equilíbrio óptimo entre o meio interno e externo.

#### **4.4.4. Contentamento (serenidade / tranquilidade/ alívio)**

O contentamento e as suas emoções relativas (serenidade, tranquilidade, alívio) surgem em situações consideradas como seguras e como tendo um alto grau de certeza e um baixo grau de esforço. Esta emoção prepara o indivíduo para apreciar o momento ou sentir-se “ a si próprio” com os outros ou o mundo à sua volta, e integrar experiências quotidianas recentes no seu próprio auto-conceito e visão do mundo. O contentamento traduz um alargamento da perspectiva sobre si mesmo e o mundo.

O contentamento é uma jóia preciosa, muito mais valiosa do que a posse de bens inestimáveis. Acima de tudo, o contentamento é aquilo que realmente procuramos quando tentamos satisfazer os nossos desejos. É um estado que já conhecemos. Lembre-se de quando se sentiu feliz e sereno no meio de um engarrafamento, ou diante de uma inundação na cozinha. Externamente a situação era aborrecida. Porém, internamente sentia-se bem. Considere agora a situação oposta: em uma festa com pessoas que ama e

não consegue alegrar-se porque uma briga recente com uma pessoa amada ainda o preocupava. O que provam essas experiências? Que condições externas não nos tornam felizes ou infelizes? Elas afectam-nos nas nossas predisposições internas, nos nossos estados subjectivos, sendo estes os determinantes primários das qualidades das nossas experiências. As outras pessoas não podem forçar-nos a ter sentimentos bons ou maus, embora possam-nos agradar ou frustrar. Podemos optar pela indiferença diante de suas atitudes agradáveis, e nos colocar acima de qualquer frustração. Se entendermos e dominarmos as forças responsáveis pelos nossos estados de espírito, podemos assegurar que estaremos sempre de bom humor, sejam quais forem as circunstâncias.

O contentamento não é, apenas, uma manifestação de alegria; é um princípio bíblico. Não depende de circunstâncias externas, mas de uma ampla visão espiritual da realidade. Não encontra-se atrelado a determinado tipo de personalidade, geralmente mais dócil; os mais empedernidos e críticos, também, precisam aquilatar o contentamento. A depender de determinadas situações ninguém ficará absolutamente satisfeito. Aliás o atendimento de necessidades materiais, psicológico, até mesmo morais, não encerra o preenchimento das nossas carências. Há que ser vista a necessidade espiritual. É neste ponto que se estabelece o princípio do contentamento.

#### **4.4.5. Esperança**

Às várias definições da esperança de homem (como animal ou ser racional, ser político, ser religioso) pode acrescentar-se esta: “ ser que espera ou que vive da esperança” (Zavalloni, 1991, cit. in Oliveira, 2004). Trata-se de uma emoção, de uma atitude, de um valor, de uma virtude, ou como lhe quisermos chamar, das mais positivas ou necessárias para o ser humano. Os próprios símbolos ou sinais que a representam indicam essa qualidade: a cor verde a indicar a primavera; o sol nascente, como amanhã radiosa e promissora; a âncora, garantia de não deixar o barco naufragar; o ramo de oliveira que aponta a paz, o farol que indica o porto seguro; enfim a Fénix capaz de renascer das próprias cinzas.

Tillich, (1965, cit. in Oliveira, 2004), afirma: “a esperança é simples para o louco, difícil para o sábio; e qualquer um se pode perder com a esperança louca, mas a esperança

genuína é algo raro e grande”. Sem esperança morre-se. Ela não é uma ilusão, uma alienação ou uma panaceia mas sim uma necessidade. A verdadeira e real esperança.

Uma das coisas mais importantes, senão a mais importante para o homem, é encontrar sentido para a vida e para a morte. Isto significa ter esperança de que com a morte não acaba tudo, mas que, de qualquer forma, a sua pessoa e as acções se repercutem na eternidade. Até mesmo a matéria e o mundo caminham para um ponto Ómega, evoluem para uma plenitude (Theilhard). Além da dimensão antropológica, filosófica e psicológica, a esperança goza da imprescindível dimensão e implicações sociais. Não é possível viver na comunidade humana sem um mínimo de esperança, embora cada corrente tenha a sua interpretação da esperança, como é o caso do marxismo que vê a fundamentalmente a igualdade de classes (Zavalloni, 1991). Snyder (1995, cit. in Oliveira, 2004) define *a esperança* como: “ um processo de pensamento sobre os objectivos da pessoa acompanhado com a motivação de actuar nesse sentido (agency) e de encontrar os meios (pathways) para atingir os respectivos objectivos”. A esperança ainda é definida como” uma energia cognitiva e percursos para os objectivos”. Efectivamente, uma maior esperança reflecte um elevado sentido de energia mental e de meios para atingir os objectivos, trata-se de uma esperança disposicional embora o autor admite que tal disposição possa mudar ao longo do tempo.

A esperança significa uma expectativa quanto ao futuro, mais ou menos justificada, atendendo um acontecimento agradável ou favorável. O optimismo é um parente próximo da esperança, embora esta seja mais ampla e talvez com uma conotação mais afectivo-motivacional, enquanto no optimismo prevalece a dimensão cognitiva.

#### **4.4.6. Felicidade**

Falar de felicidade é tocar o coração do homem, pois todos nós desejamos ser felizes. Durante muito tempo os psicólogos não valorizaram este tema. Todavia, mais recentemente, tal tópico começou também a ser alvo de investigação a partir da perspectiva psicológica e é certamente o mais estudado juntamente com o bem-estar psicológico (subjectivo) e a satisfação com a vida.

Ser ou não ser feliz, entenda-se como se entender, é algo fundamental na vida das pessoas, nas famílias, no emprego, na educação, na política, no desporto e noutras

manifestações socioculturais. A alegria é vida; a tristeza é morte. Pode dizer-se que a busca da felicidade constitui o último objectivo da existência humana. Sempre foi assim e mais actualmente onde há muitos factores promotores do bem-estar (como maior desenvolvimento económico, mais lazeres, melhor medicina) mas também novos perigos ameaçadores da alegria (novas doenças, como a sida ou o cancro, maior fosso entre ricos e pobres, maior poluição atmosférica, mais competitividade, mais terrorismo e guerras) (Buss, 2000, cit. in Nunes, 2008). Neste confronto urge promover a felicidade ou o bem-estar. Por isso, recentemente, os psicólogos, atentos à personalidade e ao comportamento humano, investigam este construto.

Desde os filósofos gregos, ao longo de dois milénios, pouco se progrediu na compreensão teórica da felicidade (Wilson, 1967, cit. in Nunes, 2008). E se é difícil compreender em que consiste a felicidade, mais difícil é ser feliz. Não obstante, este é o objectivo mais profundo e último do ser humano. É, por isso, também um problema de educação das novas gerações. Mas, durante muito tempo, os psicólogos menosprezaram este construto, talvez por ser menos apreensível empiricamente ou porque estavam mais concentrados na terapia do que na profilaxia, no remediar do que no prevenir.

*Mas, o que é a felicidade?* Trata-se de uma emoção positiva fundamental, muito versada na literatura, na filosofia e recentemente também na psicologia (Izard, 1997, cit. in Nunes, 2008). É um construto muito individualizado ou diferenciado, podendo dizer-se que cada pessoa é feliz ou infeliz à sua maneira, baseada nas diversas razões. Assim, para uma pessoa religiosa, a felicidade consiste em viver conforme a sua fé, enquanto que para um hedonista a busca do prazer é o primeiro constituinte da felicidade, para um capitalista é o dinheiro ou para um político o poder ou o prestígio. Para um homossexual, a alegria consiste em encontrar um par à altura.

Para uns, a felicidade depende da eficácia, para outros a integridade ou dos valores; para uns é algo de muito pessoal e íntimo, para outros baseia-se na saúde, nos rendimentos, nos acontecimentos; para uns é algo de duradouro, para outros de efémero. Mas parece que a felicidade deve ser considerada mais como um traço estável do que como um estado emocional e transitório (Veenhoven, 1984, cit. in Nunes, 2008).

Segundo Rojas (1988, cit. in Oliveira, 2004) a tentativa de produzir uma teoria sobre a felicidade é como pretender buscar o sentido da vida, que deve ser comum a todos os homens. E daí a felicidade ser “vocação de todos”, pois “todo o homem é chamado a ser feliz”, embora poucos a atinjam, parecendo que a felicidade não é deste mundo, que se trata de um “impossível necessário”. O autor insiste na tendência universal do

homem à felicidade e procura compreender a sua essência, detendo-se sobre a natureza e o objecto da felicidade, aproximando-a do amor, do trabalho e da cultura, três colunas onde apoia a sua teoria da felicidade. Para Rojas, o objecto da felicidade “ é a plena realização de si mesmo”. O homem feliz é aquele que cumpre paulatinamente o princípio de Píndaro: “ sê aquilo que és, isto é, sê tu mesmo, desenvolve tudo o que há dentro de ti, realizando a tua personalidade e o teu projecto”. Hegel dizia: “ feliz é aquele que goza de si mesmo na própria existência”. S. Agostinho definia a felicidade como” a posse da verdade absoluta, em fim a posse de Deus”.

A cultura leva ao conhecimento, este à verdade e a verdade à liberdade. O mal é que a cultura actual é difusa e, de qualquer modo, está doente, afectando os outros termos. São abordados outros temas que ajudam a compreender melhor, pela positiva ou pela negativa, a natureza da felicidade, como o amor, a esperança, a alegria, a prudência, a liberdade, e também o sofrimento, a inveja, o ressentimento, o desespero. Enfim, o homem constitui um problema e enigma de difícil solução; em todo o caso, para ser verdadeiramente feliz, deve descer às profundidades de si mesmo e não se limitar à superfície (Rojas, 1988, cit. in Nunes, 2008).

Wilson (1967, cit. in Oliveira, 2004) descreveu a pessoa feliz como jovem, saudável, bem-educada, bem paga, extrovertida, optimista, livre de preocupações religiosas, casada, com elevada moral no trabalho, com aspirações modestas e uma boa inteligência. Para Argyle (1987, cit. in Nunes, 2008) a pessoa feliz possui também alta auto-estima, relações bem sucedidas com outras pessoas e satisfação sexual. Mas descrições deste género não são concludentes, faltando-lhes uma teoria sólida de base (Campbell, 1976, cit. in Nunes, 2008).

A felicidade é um conceito intercultural e as variáveis que contribuem para a felicidade ou diversos mediadores em causa, como por exemplo, a situação familiar ou financeira, podem ter pesos diferentes conforme as diversas culturas.

A própria terminologia usada (alegria, contentamento, satisfação, bem-estar) indica as dificuldades em definir e controlar a felicidade, termo que expressa uma grande carga emotiva, mas que tem também uma dimensão cognitiva. A expressão “bem-estar (subjectivo)” pode ser mais abrangente, incluindo a satisfação e pressupondo a felicidade, enquanto vêem a satisfação como factor sobretudo cognitivo do bem-estar.

Segundo Waterman (1993, cit. in Nunes, 2008), deu-se atenção ao funcionamento positivo da personalidade, mas sem se definir claramente os termos, particularmente em relação a quatro construtos mais usados como: *sentido de identidade pessoal* – teoria

analítica do eu (Erikson, 1963, cit. in Nunes, 2008); *auto-realização* – teoria humanista (Maslow, 1968, cit in Nunes, 2008); *locus de controlo interno* – teoria da aprendizagem social (Rotter, 1966, cit. in Nunes 2008); *raciocínio moral* – teoria do desenvolvimento cognitivo (Gilligan, 1982; Kolberg, 1969, cit. in Nunes, 2008). Bradburn (1969, cit. in Nunes, 2008) vê a felicidade como equilíbrio entre afectos positivos e negativos, devendo considerar-se a frequência e a intensidade de ambos, manifestando-se a frequência das emoções mais determinante para a felicidade do que a sua intensidade; esta pode dar um prazer momentâneo, mas a longo prazo pode mostrar-se desgastante. Os psicólogos sociais dão mais importância à satisfação na vida, perspectiva mais cognitiva e que complementa a felicidade, que, por sua vez, se mostra como a dimensão mais afectiva do funcionamento positivo (Ryff e Keyes, 1995, cit. in Nunes, 2008).

Há diversas perspectivas filosóficas sobre a felicidade. Muitos, particularmente no mundo de hoje, atribuem à felicidade um significado predominantemente hedonista, referindo-se a uma experiência subjectiva que se desejam, bem como certos afectos agradáveis que normalmente acompanham esta crença. Este sentido hedonista da felicidade, ou prazer pelo prazer, como única coisa boa, já era defendido por algumas escolas da antiga Grécia, que Aristóteles critica dizendo que se trataria de uma felicidade animal. Ao contrário, para ele, a eudaimonia refere-se essencialmente à virtude, que é melhor coisa, não dividida ao prazer que provoca mas ao seu valor.

Tem-se assim delineado duas concepções da felicidade: uma de ordem mais espiritual (gozo interior ou plenitude pessoal) e outra mais de ordem física (prazer). Todavia estas duas concepções diversas de felicidade não se opõem totalmente, antes se correlacionam positivamente, embora se trate de coisas distintas, sendo a expressividade pessoal ou eudaimónica a que contribui para a auto-realização e não propriamente o prazer hedonístico. Patrício (1993, cit. in Oliveira, 2004), tratando dos valores hedonistas, contrapõe a concepção de prazer em Epicuro e em Aristóteles, procurando este o meio entre os Cínicos que consideravam o prazer como um mal (Barros, 1997, cit. in Nunes, 2008).

Ryff (1989, cit. in Nunes, 2008) apresenta alguns indicadores que são apontados como guia de maturidade e de equilíbrio psíquico: *auto-aceitação* dimensão fundamental de saúde mental na linha da auto-realização de Maslow e da definição de personalidade adulta. Ter uma atitude positiva para consigo mesmo emerge como uma característica central do funcionamento psicológico positivo; *relações positivas com os outros*: a capacidade de relações interpessoais calorosas, de empatia e de intimidade, a

capacidade de amar e de fazer amizades – são componentes essenciais da saúde mental de bem-estar e de maturidade; *autonomia*: sentido de autodeterminação, de liberdade e de independência, de autocontolo do comportamento, não se deixando levar pelo convencional ou pela pressão social; *controlo do ambiente*: capacidade de adaptação mas também de domínio e até mudança dos condicionamentos ambientais; *projecto de vida*: capacidade de ter um sentido ou um projecto para a vida, de ter uma direcção e intencionalidade; *crescimento pessoal*: o funcionamento ideal da personalidade requer não apenas a posse das características anteriores, mas a sua continuação e expansão, numa constante actualização e desenvolvimento.

De acordo com Higgins (1987, cit. in Oliveira, 2004), a felicidade reflecte a congruência entre os diversos “eus”, em particular a congruência entre a representação mental do eu num dado evento e a sua representação ideal. A felicidade depende da consciência de que o eu em presença possui os atributos que a pessoa deseja idealmente possuir. A felicidade reflecte a presença de resultados positivos ou a consecução dos próprios valores e desejos. Mas em concreto, quando o autoconhecimento é congruente com a representação do eu ideal, gera-se uma sensação de satisfação e nasce a felicidade.

Faria (2000), na dialéctica interna da felicidade, considera os facilitadores (realização pessoal, amor harmonioso, congruência interior) e os dificultadores (sentimento de inferioridade, vazio afectivo, sentimento de culpa). No âmbito dos fenómenos vivenciais a felicidade será tanto maior, quanto maior for o número de facilitadores. Se na realidade não se constitui como algo alheio à vontade do indivíduo, os humanos podem contribuir, através de uma orientação da sua conduta, na determinação de acontecimentos que conduzem à felicidade. A condução positiva e responsável da conduta humana é um processo que se aprende a organizar na infância e se desenvolve ao longo do ciclo da vida. Na sua base, podemos encontrar a qualidade das vivências e das relações interpessoais estabelecidas bem como, as competências para escolher o seu sentido pleno e decidir por acontecimentos / experiências promotores de saúde e bem-estar.

#### **4.4.7. Optimismo**

Segundo Peterson (2000, cit. in Oliveira 2004), o optimismo “ promete ser um dos importantes tópicos de interesse para a ciência social positiva”.

O termo “ optimismo” apareceu nos primeiros anos do séc. XVIII numa revista dirigida pelos jesuítas de Trévoux falando da Teodiceia de Leibniz que defendia que o mundo actual é o melhor que podia ser criado onde mesmo o mal contribui para o triunfo do bem (Canova, 1989, cit. in Nunes, 2008).

Uma definição corrente do optimismo é da autoria do antropólogo Tigre (1979, cit. in Oliveira, 2004): “ uma *disposição ou atitude associada a uma expectativa sobre o futuro material ou social que o avaliador olha como socialmente desejável para o seu proveito ou prazer*” (p.101). O optimismo é visto como uma característica cognitiva (um objectivo, uma expectativa, uma crença ou uma atribuição causal) em relação ao futuro desejado e sentido como sucesso. O optimismo não provém unicamente da inteligência ou da cognição mas também tem uma grande componente emocional e motivacional (Carver e Scheier, 1990, cit. in Nunes, 2008). O optimismo é uma característica importante e mais em concreto um estilo cognitivo-afectivo sobre como o sujeito processa a informação quanto ao futuro.

Muitos estudos se têm feito sobre este traço cognitivo da personalidade ou (pré) disposição do sujeito. Normalmente deve entender-se como uma característica ou tendência mais ou menos estável da pessoa, em circunstâncias normais da vida, e que prevalece mesmo em circunstâncias adversas.

Normalmente, os autores distinguem entre o optimismo pessoal (disposicional). Segundo Scheier e Carver, (1985 cit. in Nunes, 2008), entende-se por optimismo pessoal uma expectativa generalizada de um resultado positivo mais directamente referente à pessoa, ao seu comportamento ou saúde. Se essa expectativa diz respeito a questões específica ou ao ambiente social ou ecológico estamos perante o optimismo social. Estas duas classes ou expressões do optimismo podem não andar juntas. Apesar de muitas vezes os acontecimentos político-social tenderem a gerar pessimismo e serem frequentemente dramatizados nos meios de comunicação social, o optimista tende a manter-se confiante a seu respeito e eventualmente a respeito do mundo, defendendo-se do pessimismo, usando os seus mecanismos de defesa (Dchweitzer e Schneider, 1997, cit. in Nunes, 2008).

Está provado que tendemos a ser mais realistas a respeito dos outros e das diversas circunstâncias do que de nós mesmos, podendo o optimismo pessoal ser menos realista do que social.

Peterson (2000, cit. in Oliveira 2004) distingue ainda entre o optimismo “pequeno” e optimismo “grande”. Optimismo pequeno diz respeito às expectativas sobre resultados positivos de relativa importância. Enquanto que o optimismo “grande” tem a ver com expectativas mais amplas e menos específicas. Os autores falam também de um optimismo mais ou menos geral e de um optimismo mais específico.

#### **4.4.8. Perdão**

Trata-se de um tema transversal a quase todas as religiões e espiritualidades, à teologia e à filosofia, o tema foi abordado das mais diversas perspectivas.

O perdão é fina flor do amor-compaixão, libertando quem perdoa e quem é perdoado e renovando a alegria. Sendo tão importante o perdão, não apenas no ponto de vista teológico ou religioso como também do domínio humano e social, não admira que as diversas Ciências do Homem, a começar pela psicologia, se tenham ultimamente debruçado sobre o assunto.

Efectivamente todos os indivíduos e instituições precisam de perdoar e ser perdoados, sob pena de alimentarem contínuas guerras e guerrilhas: o próprio indivíduo deve saber perdoar a si mesmo; no seio da família só no mútuo perdão a pode fazer perdurável e feliz; nas escolas o perdão entre docentes e discentes é necessário para o bom entendimento e para aprendizagem; no mundo do trabalho os empregados têm de perdoar aos patrões e estes aos assalariados, na vida política, a nível nacional e internacional, os governantes têm de ser tolerantes e saber perdoar.

Perdão vem do latim tardio *perdonum* que comporta o prefixo *per* (pode significar perfeição da acção e também afastamento, bem como instrumentalidade: “através de”, (por) e o substantivo *donum* (*dom*). Assim perdoar significa entregar um dom, sem querer nada em troca, distanciando-se, por assim dizer, desse donativo, em sentido local e temporal, ou também um dom entregue através de outro ou servindo-se de alguém (como intermediário). No latim clássico não existe o verbo *perdonare* mais sim *pérdere* (per-dare) com o sentido de “perder” mas também de “dar”. Em todo o caso, está

implícito no perdão um “ dom” ou a capacidade de doar sem reservas, o que não é fácil, mas conforta e pacifica o espírito. Esta base etimológica mantém-se nas línguas anglo-saxónicas e germânicas: Forgive – vergeben (verzeihen). Em vez de forgiveness, Roberts (1995, cit in Olivera, 2004) prefere usar forgivingness (perdoabilidade), neologismo usada também por outros autores. Perdão sinónimo de paz, alegria, libertação. Ao contrário, não perdoar leva consigo orgulho ferido, amargura, ressentimento, cólera, acusação, desejo de vingança, ódio, espiral de violência perda de liberdade. É difícil perdoar à luz humana (à luz da fé cristã pode tornar-se mais fácil, dado que Cristo também perdoou e mandou perdoar), mas o perdão compensa a curto e a longo prazo. O perdão é interpretado como capacidade de ultrapassar a mágoa, o ressentimento ou a vingança que as ofensas mereciam, através da compaixão ou da benevolência (North, 1987, cit. in por Oliveira 2004). Não se confunde o perdão com justiça, a misericórdia, a tolerância, embora se trate de construtos a fins. Segundo Subkoviak et al. (1992, cit. in Oliveira 2004), no perdão está sempre presente a dor de quem foi ofendido e que se pode traduzir em ressentimento; o direito a sentir ressentimento mas a ultrapassá-lo; a resposta ao ofensor através da compaixão; esta resposta é gratuita, pois não existe a obrigação de o fazer.

Com o perdão lucrámos a *nível da saúde física* (os sentimentos de cólera provocam um aumento de pressão sanguínea e prejudicam o coração) e *psíquica* (libertamos o espírito de pensamento negativos, povoando-o de pensamentos positivos e magnânimos), ao nível das *boas relações sociais* (o ressentimento, ódio e vingança azedam as relações comunitárias, enquanto o espírito de tolerância e de perdão constroem a paz e a fraternidade) e sobretudo devemos perdoar por motivos ético-religiosos (é um dever particularmente dos cristãos que, se não se perdoam, não se podem minimamente identificar com a doutrina).

Perdoar implica um processo gradual em quatro fases: reconhecer a cólera: não fechar os olhos à “ofensa” que como o próprio nome indica, fere ou ofende os nossos sentimentos e auto-estima, particularmente se proveniente de pessoas amigas e que nos deviam gratidão; decidir perdoar: apesar de nos sentirmos feridos, deliberadamente preferimos deixar que a compaixão e o amor prevaleçam sobre o ressentimento e a vingança, embora isso não seja fácil, necessitando de reflexão e treino e, para os crentes, de recorrer à fé e à oração; elaborar o perdão, isto é, pôr em marcha acções concretas que realmente o tornem efectivo, como distinguir entre a ofensa e o ofensor, tentando de algum modo compreendê-lo, podendo mesmo fazer-lhe um presente que quebra o poder

que exerce sobre o ofendido e que liberta também a quem o oferece; aprofundar o perdão, que significa crescer psicológica e espiritualmente a partir do sofrimento que nos infligiram, compreender melhor a miséria mas também a grandeza de todo o ser humano, encontrar mais sentido à vida e liberdade interior. Deve ponderar-se a capacidade de pedir perdão. Se o ofendido caminhar em direção ao ofensor, embora por vezes dolorosamente e por etapas sucessivas, também o ofensor deve empreender idêntico caminho, reconhecendo a sua culpa, decidindo-se a pedir perdão, elaborando e aprofundando o sentido de ser perdoado por quem tanto sofreu com a ofensa, libertando-se progressivamente da culpa e do remorso em direção a uma vida mais livre e empenhada no amor.

#### **4.4.9. Sabedoria**

As primeiras referências parecem encontrar-se nos Diálogos de Platão que não tem um conceito unívoco da sabedoria, mas considera-a uma dádiva dada aos filósofos que procuram a contemplação da verdade. A sabedoria é uma grande virtude, envolvendo a pessoa toda em busca do bem, da verdade e da beleza.

Da sabedoria falaram também os teólogos e filósofos desde os primeiros tempos do cristianismo, confrontando a ciência com a sabedoria, considerando esta como forma superior de inteligência.

A sabedoria é um conceito complexo, multidimensional, denotando níveis de desenvolvimento cognitivo-afectivo muito elevados. Os psicólogos do desenvolvimento integram este construto dentro da linha de *life Span ou ciclo* da vida, que começaram a estudar a idade adulta e a velhice, considerando esta como cume da sabedoria, idade mais dada à contemplação, às coisas espirituais, à capacidade de aconselhamento e outras manifestações da sabedoria. De qualquer forma, uns autores insistem mais na dimensão cognitiva, como Baltes (1987, cit. in Nunes, 2008) ou Stenberg (1985, cit. in Nunes, 2008), enquanto outros dão maior ênfase à dimensão afectiva, procurando integrá-la com a cognição e as experiências de vida. Mckee e Barber (1999, cit. in Oliveira, 2004) preferem uma definição a priori ou “real” às definições “empíricas” normalmente usadas pelos autores.

Podem ser identificadas algumas propriedades da sabedoria: nível superior de conhecimento e julgamento, capacidade de dar sentido à vida, sinergia entre a inteligência e a vida. Stenberg (1998, cit. in Oliveira, 2004) conceptualiza a sabedoria como aplicação do conhecimento tácito sobre a realização do bem comum através do equilíbrio entre múltiplos interesses pessoais (intra, inter e extra pessoais) e as condições ambientais. A pessoa sábia tenta ir além das banalidades da vida e pensar nos “mistérios” que a envolvem: a íntima unidade psicossomática do homem, o sentido profundo da vida e da morte, a vida do Além, a existência de Deus.

Há uma grande dificuldade em definir o conceito tão complexo, e para além disso, a sabedoria pode ser interpretada diferentemente por um ocidental ou por um oriental, tratando-se de um conceito multicultural. Daí haver também estudos nesta área feitos em diversas nações e contrastando diversos povos.

Baltes e Staudinger (2000, cit. in Oliveira, 2004) apontam cinco critérios de avaliação da qualidade da sabedoria, dois mais básicos e gerais (factual e processual) e três metacritérios no âmbito da psicologia e da personalidade. Os autores distinguem ainda três categorias de condições que se mostram relevantes para o desenvolvimento da sabedoria, umas mais gerais, outras mais específicas e ainda outras macro-estruturais.

Embora de difícil definição, a sabedoria é absolutamente necessária ao homem, particularmente no momento presente em que tem de tomar decisões difíceis que podem pôr em risco o seu próprio destino.

#### **4.5. O Sentido da Vida**

Embora não se possa considerar o “sentido da vida” uma emoção ou sentimento, este tópico enquadra-se no âmbito da psicologia positiva, e é encarada como meta de convergência do processo de crescimento espiritual do homem. Só procurando o sentido para a vida (e encontrando-o), o homem pode sentir-se feliz e realizado. As emoções e sentimentos já apresentados (alegria, amor, esperança, sabedoria, etc.) contribuem para dar sentido à vida, ao mesmo tempo que ganham plenitude quando esse sentido é encontrado. Na verdade ninguém ama sem sentido, ninguém espera sem sentido, mas antes porque existe uma razão para amar e esperar. Por outro lado, quem ama espera, contribui para a busca e encontro de sentido.

Ter significado na vida é perseguir objectivos de valor, sentindo ao mesmo tempo uma vida em plenitude (Reker & Wong, 1988, cit. in Nunes, 2008). A procura de significado para a vida é uma variável cognitivo-afectivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida psicológica.

A vida apresenta-se pois, como uma morte “adiada”, e é a sensação de impotência diante desse fim inevitável que nos impulsiona a viver e, por meio das realizações e da plenitude desse viver, tentar vencer a morte. Encontrar o sentido para a vida é o único meio de encontrar um sentido para a morte e, por essa via, encarar o fim com maior tranquilidade e menos angústia. Se entendermos o universo como um todo, e a vida dentro dele, como um complexo sistema em constante evolução, é mais fácil aceitar a nossa própria trajectória de vida como um processo que tem por finalidade a evolução, entendida como crescimento e desenvolvimento. O crescimento de uma pessoa ao longo da vida é, fundamentalmente, um processo de crescimento interior, de amadurecimento. Esse processo tem muito a ver com a relação que conseguimos manter com as outras pessoas.

#### **4.6. Forças de Carácter**

Dahlsgaard, Peterson e Seligman examinaram as tradições de muitas culturas para identificar quais as forças de carácter que eram mais valorizadas em todas, ou quase todas, as culturas. Identificaram um total de vinte e quatro forças de carácter que sugerem ser universais.

Os resultados de várias investigações têm sugerido que estas forças de carácter ao serem usadas podem contribuir para um sentimento global de felicidade e de bem-estar nas pessoas. Segundo Peterson e Seligman (2004, cit. in Nunes, 2008), a força de carácter é algo que contribui para realizar uma vida percebida como boa para o próprio e para os outros e, apesar das forças humanas desempenharem um papel importante na forma como a pessoa lida com situações adversas, a psicologia positiva interessa-se antes de mais pelo modo como estas forças promovem a optimização de todo o potencial humano da pessoa. Salienta-se ainda que o exercício das forças humanas resulta no condicionamento de outras pessoas próximas; destaca-se também que estas forças humanas são mensuráveis, através do auto-relato de pensamentos, emoções e /ou

acções, podendo ser avaliadas. A investigação desenvolvida na área documentada, que estas características são estáveis ao longo do tempo e têm um grau significativo de generalização nas várias situações, sendo assim definidas como traço. Podem ser identificadas sete forças centrais: a sabedoria, o conhecimento, a coragem, a humanidade, a justiça, a temperança e a transcendência. É à volta destas forças que se organizam, depois, vinte e quatro traços. Contudo, são necessárias considerações culturais: existe uma enorme variabilidade nas diferentes culturas respeitante às características que cada cultura mais valoriza. Ou seja, algumas das forças vistas, como adequadas ou até mesmo necessárias para uma vida bem vivida, diferem de cultura para cultura.

#### **4.7. Organizações Positivas**

A psicologia, recentemente, tem fornecido um novo enfoque na sua área de actuação. Desde os grandes filósofos da Grécia antiga o estudo do bem-estar, qualidade de vida e felicidade tem sido conduzido, porém ao longo da história, fruto de factores como conflitos das mais diversas ordens, armados ou não, e a crescente industrialização, fez com que o foco de compreensão do indivíduo se alojasse em aspectos negativos que começaram a surgir, como neurose, depressão, stress, entre outros. É natural que este tipo de abordagem orientasse outras áreas do conhecimento e oferece teorias muito diversas. Como resultado, se procurarmos no meio científico as produções que analisam a origem de doenças e patologias mentais teremos um grande número de artigos e estudos, extremamente maior do que aquelas que procuram compreender o que proporciona o bem-estar e a felicidade individual. Isto é incongruente, até mesmo, com a natureza humana, pois temos a necessidade de nos sentirmos bem. A psicologia positiva, movimento criado em 2000 tenta compreender os aspectos positivos do ser humano e o que o leva a sentir-se bem e fornece significado à vida. Como é natural, este conceito chegou às empresas e organizações e ofereceu achados importantes. Em estudos da avaliação, realizados junto a duzentos e setenta e dois funcionários, foram avaliados quanto às suas emoções positivas e o seu desempenho foi acompanhado ao longo de dezoito meses.

O afecto positivo consiste num domínio muito importante na construção de bem-estar e satisfação com a vida, pois, envolvem estados mentais como afeição, amizade, solidariedade, entre outros. Aqueles que apresentaram maior marca desta característica obtiveram melhores avaliações de seus superiores e remunerações diferenciadas.

Pesquisas demonstram claramente a relação entre a percepção existente no ambiente de trabalho e os resultados obtidos pela organização (Harter, Keyes et al., 2003, cit.in Nunes, 2008). A presença de emoções e sentimentos positivos na unidade de negócio está associada com maior satisfação do cliente, maior lucro e menor rotatividade de profissionais. Não há dúvida quanto ao facto de que a busca pela excelência depende dos indivíduos da organização num aspecto sistémico. Indivíduos possuem deferentes virtudes e forças; e por conseguinte, diferenças em percepções.

A excelência é multifacetada e por essa razão devemos compreendê-la a três níveis: indivíduos (comprometimento, adaptabilidade, bem-estar); grupos (contribuição entre os membros, promoção de capacidade, padrão de interacção); organização (qualidade e quantidade de resultados, capacidade do processo de aprendizagem da organização, crescimento individual das pessoas ao longo do tempo).

Os níveis acima indicados interagem e afectam-se mutuamente. Assim, de uma forma geral, excelência é compreender o que desperta “ as pessoas à acção”, o que as motiva colectivamente, direccioná-las e alinhá-las à visão de excelência da organização, reflectindo com a liderança, como podemos despertá-las individual e sistémicamente. Para isso, a empresa deve promover uma “ revolução positiva”, isto é, deixar de atender à metáfora de que a organização é composta de problemas a serem solucionados para ser um centro abrangente de forças e virtudes com grande potencial visionário criador de um futuro altamente promissor. Mas como mudar? Qual o caminho para semear esta nova e promissora cultura? A organização é um ecossistema: muitas das vezes nos deparamos com situações onde este habitat é corrosivo e poluído, deprime talentos e impossibilita o florescimento individual e colectivo.

Instituições positivas, tais como confiança mútua, ética do trabalho, reciprocidade, senso comunitário, valorização social do mérito e do esforço individual, respeito à propriedade, cumprimento fiel dos contratos (mesmo que apenas verbais), entre inúmeras outras, contribuem para a coesão e a interacção harmónica da sociedade. Despertam também a autoconfiança e o espírito empreendedor dos indivíduos, a convicção da viabilidade do esforço individual e colectivo e diversos outros valores que, em conjunto, levam naturalmente ao progresso e à prosperidade. Coragem, esperança,

optimismo, resiliência, cooperação, criatividade, energia, emoções positivas, confiança, cidadania, sabedoria – eis alguns dos ingredientes da nova corrente de estudos científicos designada “ *estudos organizacionais positivos*”. Esta linha procura dar respostas a questões como: *por que tendem as pessoas a dar mais atenção aos acontecimentos negativos do que aos positivos? Como contrariar essa tendência? Ou seja, como abandonar a lógica da “ loja de reparações” daquilo que “ está mal”, a favor da lógica assente nas forças das pessoas e na energia positiva? Por que deve o vocabulário das deficiências ser substituído pelo vocabulário da construção positiva? Como se constrói e destrói a confiança entre pessoas e organizações? O que é a resiliência e que vantagens lhe estão associadas? O que faz de um chefe uma fonte de toxicidade para as suas equipas? Como lidar com chefes tóxicos? Por que são algumas organizações campos de energia positiva, enquanto outras são verdadeiras arenas de negatividade? O que é uma organização “ verdadeiramente saudável”?*

Existe hoje diversa literatura que não se baseia na fé, na experiência individual ou na moda mas no método científico. Diversos trabalhos desta natureza focalizam-se na vida organizacional, preconizando o desenvolvimento de “organizações positivas”. Nas organizações positivas, as pessoas despoletam colectivamente processos que podem ser de apoio social ou de vulnerabilidade psicológica. Podem despertar energia colectiva ou preguiça social. Trabalhar numa organização pode ser um travão às potencialidades individuais ou, pelo contrário, um espaço de superação individual e de desenvolvimento de forças virtuosas como a sabedoria, a coragem, o amor, a justiça e a temperança.

Trabalhar em organizações deflagradoras de experiências negativas não gera apenas custos laborais. Também degrada a vida pessoal e a familiar. Uma pessoa que vive situações laborais intensas de medo ou stress pode não ser capaz de afastar da sua vida privada esses sentimentos. Essas situações podem decorrer da inadaptação à função, da decepção com a carreira, de uma liderança tóxica ou, globalmente, de clima organizacional cínico e “ doentio”. Os efeitos podem ser a fadiga, a preocupação, a irritabilidade e diversas doenças cardiovasculares ou endocrinológicas. Distintamente, uma vida de trabalho saudável promove uma vida integralmente sã.

Nas organizações em que vigora a gestão positiva há equilíbrio entre as necessidades económicas e as práticas de um colectivo social saudável: encorajamento aos mais fracos, recompensa da lealdade, estímulo da competição justa, gestão apropriada do stress. A gestão positiva origina, pois, organizações com dinâmicas sociais saudáveis. Nelas é aplicada um princípio básico do comportamento organizacional positivo: as

forças e as capacidades psicológicas positivas podem ser geridas em prol do desempenho organizacional e da realização pessoal dos colaboradores.

A abordagem positiva poderá, pois ser usada como alavanca para estimular uma forma construtiva de (re) pensar a gestão. Incentivar virtudes, respeitar a dignidade humana, prezar a excelência, velar pela busca de felicidade, promover a cooperação e a confiança – eis os aspectos que poderão gerar consequências desejáveis nos indivíduos e nas organizações. Os efeitos da positividade organizacional podem mesmo transcorrer para o exterior, gerando impacto positivo na satisfação dos clientes e na comunidade circundante.

As empresas portuguesas poderão beneficiar com esta abordagem. Discursos pessimistas e culpabilizadores não serão o modo mais apropriado de elevar o País ao patamar de desenvolvimento desejado. É no quotidiano organizacional que o futuro se constrói, desenvolvendo a tenacidade, a gratidão, o optimismo e a sabedoria realista. Gerir pessoas não é penas reparar o que está errado nelas, mas sobretudo identificar e desenvolver as suas forças.



## **CAPÍTULO V**

### **5 – PERDÃO, ESPERANÇA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DO SÊNIOR**

#### **5.1. Perdão**

Muito embora tenha recebido muita pouca atenção por parte dos cientistas sociais, até há pouco tempo, o perdão é um tópico central da vida quotidiana. Ao nível pessoal, familiar, comunitário, nacional e internacional, a qualidade das nossas relações com os outros é amplamente determinada pelo modo como conceptualizamos o perdão. A nossa atitude em relação ao perdão tem repercussões no modo como nos comportamos na família (e.g., violência familiar), no modo como concebemos o funcionamento das instituições (e.g., o sistema de justiça, amnistias) e no modo como consideramos certos acontecimentos internacionais relevantes (e.g., comissões verdade e reconciliação).

“ As crenças que se tem do perdão abrem ou fecham as nossas possibilidades, determinam a vontade de perdoar e, em resultado disso, influenciam profundamente a tonalidade emocional da nossa vida” (Casarjian, 1992, p.12 cit. in PTDC / PSI / 6633/ 2006). O tema do perdão é muito actual, dada a longa onda de violência que parece submergir o nosso mundo. O perdão é uma necessidade absoluta para a continuidade da existência humana. O sentimento mais louvável da Humanidade possibilita o processo civilizacional de todos nós, habitantes deste planeta. Sem o perdão a Humanidade pára e estagna.

A Humanidade vem sendo dilacerada por numerosas e trágicas guerras. Por vezes, são razões culturais, religiosas e económicas ou filosóficas, entendidas de modo errado, que provocam inimizade, ódio e violência entre pessoas, povos e nações. Na origem das guerras está o desejo de destruir ou diminuir os outros. E a história demonstra que a hostilidade gera uma espiral de violência, e que esta continua a ceifar vítimas enquanto não se resolverem as causas dos rancores. Por outro lado, os valores culturais, religiosos, económicos e filosóficos atestam que o caminho para a paz é o perdão, porque tal atitude interrompe a espiral de violência. Aceitar e conceder o perdão esvazia

o furor da vingança, rompe as cadeias da maldade que escravizam os corações, torna as pessoas mais generosas. O perdão é uma necessidade absoluta para a continuação da existência humana.

“ Todos os indivíduos e instituições precisam de perdoar e ser perdoados, sob pena de alimentarem contínuas guerras e guerrilhas: o próprio indivíduo deve saber perdoar a si mesmo; no seio da família só no mútuo perdão a pode fazer perdurável e feliz; nas escolas o perdão entre docentes e discentes é necessário para o bom entendimento e para aprendizagem; no mundo do trabalho os empregados têm de perdoar aos patrões e estes aos assalariados; os utentes dos meios de comunicação social têm de saber tolerar as agressões de que são vítimas; particularmente na vida política, a nível nacional e internacional, os governantes têm de ser tolerantes e saber perdoar e bem assim os mais fracos e pobres aos mais poderosos e ricos, de contrário haverá sempre guerras e guerrilhas, terrorismo e anti-terrorismo, numa espiral de violência a nunca acabar. A “ lei de Talhão” (“ olho por olho e dente por dente”), buscando um castigo ou resposta proporcional à ofensa e feita pela autoridade ou por quem de direito, já significava um processo, em relação à justiça bruta feita pelas próprias mãos e que podia levar a vingança longe de mais. (Oliveira, 2004, p.128). A proposta do perdão não é de imediata compreensão nem de fácil aceitação; é uma mensagem de certo modo paradoxal. O perdão implica sempre uma aparente perda a curto prazo, mas garante, a longo prazo, um lucro real. Á primeira vista, o perdão poderia parecer uma fraqueza, mas não: tanto para ser concedido quanto para ser aceite, supõe uma força espiritual e uma coragem moral a toda a prova. Em vez de humilhar a pessoa, o perdão leva-a a um humanismo pleno e mais rico.

A importância do perdão não se verifica apenas no ponto de vista teológico ou religioso como também do ponto de vista humano e social. As diversas Ciências do Homem, a começar pela Psicologia, se tenham ultimamente debruçado sobre o assunto, sendo publicados, em finais do século passado e nos primeiros anos deste, centenas de artigos e dissertações sobre o perdão, mesmo em livros que se tratam da psicologia positiva, como o capítulo sobre “ psicologia do perdão” (MacCullough e Witvliet, 2002 no Manual editado por Snyder e Lopez (2002, cit. in Oliveira, 2004). Na psicologia, o estudo do perdão pode ocorrer ao nível das relações entre grupos, por exemplo, entre culturas ou grupos dentro das culturas (Schwartz, 1992; Shriver Jr., 1995; Rokeach, 1973, cit. in Rique, et al., 2007); ao nível das relações interpessoais entre familiares, amigos e colegas de trabalho (Enright e Fitzgibbons, 2000; Enright, Freedman e Rique,

1998) e mesmo internamente nos processos psíquicos que levam uma pessoa a adotar ou evitar o perdão (Holmgren, 2002, cit. in Rique, et al., 2007). O perdão é investigado como uma atitude recomendável para promover avanços na condição humana. Porém, existem autores que relacionam o perdão interpessoal a uma perspectiva cristã (Arendt, 1958 / 1998) da filosofia secular (Aristóteles, 384 – 322 A.C. / 1987, e aos discursos de Sêneca em Nussbaum, 1999, cit. in Rique, et al., 2007), com noções psicológicas de justiça (Enright e Human Development Study Group, 1991; Piaget, 1932; Kohlberg, 1984, cit. in Rique, et al., 2007). Todos estes autores concordam que a capacidade de perdoar requer um entendimento crítico do contexto social, das emoções, dos julgamentos e dos comportamentos relacionados com as situações de ofensas e mágoas, o que torna o perdão difícil de ser executado. Porém, poderiam as culturas influenciar para mais ou para menos as atitudes interpessoais de seus cidadãos com relação a valores como o perdão? A resposta a esta questão, aparentemente, é afirmativa. Uma cultura através de suas ideologias dominantes pode influenciar as atitudes interpessoais e os valores de seus cidadãos.

Kelman (2007, cit. in. Rique et al., 2007) esclarece que o conceito de atitudes na psicologia é eficiente porque demonstra uma combinação intrínseca entre afecto, cognição e comportamento com relação a objectos sociais. E, que essas atitudes são valorizadas geralmente transmitidas ideologicamente, aceites por grupos de pessoas ou colectividades em diferentes graus, tendo ainda como característica básica o facto de serem valores dinâmicos que se constroem ou se alteram com o passar da história. Kelman atribui vicissitude aos valores, ao mesmo tempo, demonstra uma visão coerente com a visão cognitiva desenvolvimentalista e construtivista de Piaget (1965 – 1973, cit. in Rique, et al., 2007). Piaget assume os valores ao nível sociológico como antecedente de valores individuais. Para ele, os valores sociais se tornam valores individuais em um processo de construção bidireccional, que passa pela formação da inteligência e, consequentemente, pelo desenvolvimento social e histórico. Nesse sentido, e segundo esses autores, pode ocorrer diferenças ou semelhanças no grau pelo qual as pessoas dentro de uma cultura ou mesmo através das culturas aderem a valores universais.

### **5.1.1. Perdão como Atitude Interpessoal Moral e Universal**

Nesta abordagem de valores sociais utiliza-se a perspectiva de (Enright e Fitzgibbons, 2000, Enright et al., 1998, sobre o perdão, cit. in Rique, et al., 2007). Enright define o perdão como “ uma atitude moral na qual uma pessoa considera abdicar do direito ao ressentimento, julgamentos negativos, e comportamentos negativos para com uma outra pessoa que a ofendeu injustamente, e, ao mesmo tempo, nutrir a compaixão, a misericórdia, e possivelmente o amor para com o outro que o ofendeu “ (Enright et al., 1998, pp. 46 – 47). É esperado para aqueles que perdoam que os sentimentos negativos (indiferença, agredir o outro verbalmente), e os julgamentos negativos (ela é uma pessoa injusta, má) diminuam. Gradualmente, os sentimentos positivos (ajudar a essa pessoa quando necessário, mostrar cuidado), e julgamentos positivos (ele é uma boa pessoa) para com quem ofendeu comecem a surgir ou a ressurgir restaurando o bem-estar psicológico das vítimas. Consequentemente, as relações sociais também se beneficiam quando duas pessoas abrandam a rivalidade, resolvem o sentimento de injustiça, e superam o elo moral do ressentimento por sentimentos mais positivos.

### **5.1.1.2. Contextos de Injustiças e Diferenças nos Graus de Perdão**

A perspectiva estrutural construtivista pressupõe que contextos sociais normais envolvem conflitos e questões de justiça que são essenciais ao desenvolvimento do pensamento moral (Piaget, 1932 / 1977, Okin, 1996, Turiel, 1996, 1983, cit. in Rique, et al., 2007). Da mesma forma, autores que observam o desenvolvimento de crianças, adolescentes e adultos por uma perspectiva de relações interpessoais também confirmam que discórdias, mágoas e conflitos fazem parte da aprendizagem e maturidade, e se definem pela qualidade de injustiça cometida, tipo e qualidade de relação entre a vítima e o ofensor e, finalmente, pelo grau em que as pessoas percebem as injustiças (Laursen e Collins, 1994, cit. in Rique, et al., 2007). Por exemplo, situações de injustiças cometidas dentro do contexto da família podem ocorrer de uma forma extrema, como é o caso das vítimas do incesto (Freedman e Enright, 1996, cit. in Rique, et al., 2007), assim como em menor grau, é o caso da distribuição de tarefas

domésticas dependendo do género. A modernização social pode provocar mágoa na família. Por exemplo, se adolescentes resolvem abandonar a casa dos pais e partilhar apartamentos com amigos, vivendo na mesma cidade com os pais. Estes lamentam a decisão do filho ou da filha, e provavelmente percebem que foram rejeitados pelos filhos. As injustiças que ocorrem em grupos de amigos. Adolescentes muitas vezes ofendem uns aos outros seriamente. Os conflitos românticos entre jovens também conflituosos assim como as relações entre profissionais dentro do ambiente do trabalho. Finalmente, situações acidentais, como o caso das vítimas do crime cometido em São Paulo, quando uma pessoa atirou dentro de um cinema e matou vários espectadores por puro desequilíbrio emocional, estabelecendo um clima de revolta e de insegurança na comunidade. Portanto, as injustiças e os contextos de injustiças são diversos, mas constantes na vida social. O tipo de injustiça sofrida determina a extensão das consequências. A percepção da ofensa também varia de acordo com os indivíduos: alguns sentem-se bastantes ofendidos por muito pouco, enquanto que outros apresentam uma resistência maior às injustiças que ocorrem em contextos específicos talvez facilite um maior entendimento da prática do perdão nas relações sociais.

De um estudo realizado sobre contextos de injustiça e grau de perdão com amostras americanas e brasileiras conclui-se que: a) o perdão varia de acordo com o contexto de injustiça; b) os familiares e amigos recebem maior grau de perdão do que colegas de trabalho; c) o perdão associa-se à estrutura do contexto de relações familiares, relações entre amigos e relações profissionais, demonstrando a possibilidade de equidade nas decisões para o perdão.

### **5.1.1. 3. Perspectiva Histórica do Perdão**

Embora as pessoas que estão a considerar o perdão tenham inquietações pessoais, os filósofos e os cientistas tentam analisar o perdão de forma objectiva, procurando explicar em que consiste. Os filósofos fazem perguntas do tipo: quando perdoamos, o que estamos a fazer exactamente? Existem alturas em que perdoar é a melhor coisa a fazer? Existem alturas em que perdoar não é a melhor coisa a fazer.

Ao percorrermos os documentos antigos, encontramos histórias de bênçãos de perdão ou tragédias causadas pela recusa do perdão. Por exemplo *na Bíblia* (A.T), José foi

deixado à morte pelos irmãos invejosos, mas subiu ao poder no Egito. Tendo possibilidade de castigar esses mesmos irmãos anos mais tarde, em vez disso, mostrou amor incondicional, abraçando-os e ajudando-os antes que chegassem a arrepender-se. *No Alcorão do Islão* encontramos uma história idêntica utilizando os mesmos nomes. *No Novo Testamento do Cristianismo*, há a história do filho pródigo, que esbanja a herança do pai e depois implora à família que o aceite de volta. Para surpresa, o pai aceita-o e ama-o incondicionalmente apesar das suas falhas. O budismo conta uma história de um eremita que é barbaramente espancado por um rei invejoso e que, mesmo assim, aceita incondicionalmente o rei.

#### **5.1.1. 4. O Perdão na Tradição Judaica e na Tradição Cristã**

Perdoar é uma acção especial, muito séria e de grande compromisso, limitada por regras específicas. É uma acção que pressupõe o amor e a misericórdia, mas que, no entanto, se diferencia destas virtudes. Perdoar não é um sentimento, nem uma boa intenção, mas é um acontecimento que se inscreve na história da salvação.

Para os Judeus e Cristãos, a justiça de Deus é uma coisa bem diferente da justiça humana. É a utopia do Reino, é o seu plano de redenção para toda a criação, é a sua vontade de salvação. É uma justiça que tem na base o dom gratuito e imerecido, ou melhor dizendo, os três dons: *o dom da Criação, o dom da Aliança*, e, para os cristãos *o dom da Encarnação*. Dons que não são impostos, mas postos nas mãos dos homens e das mulheres que continuam livres de utilizá-los, de destruí-los e de recusá-los. O perdão só se encontra espaço e sentido no interior desta justiça de Deus, que quer a salvação da sua criatura no respeito pela sua liberdade.

No latim clássico, fala-se de *condonare* remeter a dívida, na linha da tradição hebraica e do Novo Testamento, “remeter a dívida” a Deus e aos irmãos. O perdão, se pedido é obtido, perdoa a dívida. O perdão é relacional, pressupõe sempre uma relação entre duas pessoas ou dois grupos, dos quais um se torna vítima e o outro o agressor. O perdão não pode ser um acto unilateral. O ofendido pode estar disposto a dar o perdão e a reconciliar-se. O perdão para ser efectivo e se tornar um acontecimento deve ser pedido por aquele que ofendeu. Caso contrário o perdão permanece suspenso, não acontece. O ser humano, por instinto fisiológico, foge ao inimigo ou agride-o, em autodefesa a cada

“ ofensa” o homem ou mulher tende a vingar-se. O perdão não nasce da racionalidade, mas por uma profundidade de amor que o homem não conhece. “... por isso não vem de vós é dom de Deus ...” ( Ef. 2, 8-9) o que é mais fácil dizer “ são te perdoados os teus pecados “ ou levanta-te e anda”? (Mt.9,5). Este milagre do perdão acontece no espírito dos fiéis de todas as religiões.

### **5.1.1. 5. Perdão na Tradição Judaica**

Durante o longo período do exílio na Babilônia, Israel foi constrangido a repensar em toda a sua história: nas promessas de *Adonai* feitas a Abraão, na Aliança dada no Sinai e nas contínuas tentativas da parte de Deus de recomeçar do princípio, de cada vez que a aliança era quebrada (episódio do bezerro de ouro, Exc.32).

A teologia sacerdotal vê, neste repetir-se dos acontecimentos históricos três momentos distintos: no princípio, há um dom gratuito do senhor, que Israel aceita e no caso da aliança, se empenha a viver; no segundo momento, há uma atitude irresponsabilidade de Israel, que se distancia do dador de dons; numa terceira fase, uma situação de sofrimento “ um castigo”, Israel grita por auxílio. Deus responde, liberta Israel e perdoando-lhe (o regresso de exílio babilônico). Esta experiência induz Israel a acreditar na infinita misericórdia de Deus, que, em Ex, 34, 6-7, vem representada as treze tributos de Israel, entre os quais, o de perdoar.

No século V a. C., Israel instituirá o dia do grande perdão, o *dia da Expição*, *You Kippur* (verbo Kiper significa expiar), a festa mais universal observada no Judaísmo. Nos dias ditos “ terríveis” do juízo divino sobre Israel e os povos do mundo, entre o” Rosh ha shanch” (1º dia do ano) e o *Yom Kippur* (durante 10 dias do mês), o judeu põe-se diante do seu Deus em humildade. Publicamente, declara ter rompido a aliança, porque infiel ao compromisso tomado. Situação gravíssima por cada judeu, que sente ter perdido a sua identidade, dado que, se encontra submetido à *Torah* (leis).

Nos dias que precedem o *Yom Kippur*, os judeus empenham-se em contactar com os irmãos com quem tem questões a resolver e em reconciliar-se, pedindo e dando perdão, e mostrando assim de modo concreto, o desejo de iniciar uma vida nova e pode ir ter com o agressor, ou porque este não se sente culpado e não pede perdão, o judeu não se desresponsabiliza pela relação rompida com o irmão. Então, ele deve seguir a norma

“rabínica: “ *no caso em que aquele que ofendeu o outro se recusa a pedir perdão, será o outro (o ofendido) que deverá pedir para ele a misericórdia*” (Bava Kammà 9, 29). Depois de reconciliação com os irmãos, todo o Israel vive o grande jejum, durante 24 horas. Neste dia é lida várias vezes uma extensa lista de pecados (44 tipos por ordem alfabética) evidenciando a grande quantidade de pecados acumulados, que só a infinita misericórdia de Deus pode cancelar. Na Sinagoga, durante a liturgia, fazem uma prece comum ao Deus pedindo-lhe perdão. A confissão é colectiva porque os judeus são solidários no bem e no mal. Da grande liturgia do *Yom Kippur* podem-se destacar alguns aspectos do perdão, tais como: a) o perdão humano e o perdão divino ligados entre si. Cada ofensa feita ao próximo é uma infracção aos ensinamentos vinculativos escritos na *Torah* (lei). Nesta dupla infracção há duas vítimas: Deus e o irmão. Ambos devem dar o seu perdão independentemente; b) só se pode pedir perdão quem faz *teshuvah*. Só ao convertido é dado o perdão; c) perdoar é uma acção que a criatura deve aprender do Criador.

#### **5.1.1.5.1. Perdão na Tradição Cristã**

A tradição cristã do perdão baseia-se na palavra e nos gestos de Jesus, que se insere plenamente na tradição judaica do perdão. Ele disse que, sem o perdão dado ou pedido aos irmãos, não se pode aceder ao perdão de Deus. De facto, os dois perdões, o do irmão e o de Deus, são inseparáveis. “ *Se vós perdoardes de facto aos homens a sua culpa, o vosso Pai Celeste também vos perdoará. Mas se não perdoardes os vossos irmãos, também o vosso Pai não perdoará as vossas culpas*” (Mt 6, 14-15; Mt 18, 21 – 35). “ *Perdoai e sereis perdoados*” (Lc 6,37).

Como na tradição judaica do perdão, Jesus associa o dom do perdão à conversão sincera de quem o pede. “ *Se o teu irmão pecar, repreende-o; mas, se ele se converter, perdoalhe. E, se pecar sete vezes ao dia contra ti e sete vezes vier ter contigo e disser ‘ arrependo-me’ tu lhe perdoarás*” (Lc 17, 3-4).

“ *Não vim, de facto, para julgar o mundo, mas para salvar o mundo*” (Jo12, 47).

Jesus não altera os elementos específicos do perdão judaico, mas abre um horizonte novo. O Messias Salvador veio para oferecer uma vida nova, no seu Espírito. Tanto no Antigo como no Novo Testamento, a vinda do Messias é associado à recuperação da

vista do corpo e do espírito. “ *Eu o Senhor te chamei... para que abras os olhos tornados cegos*” (Is 42,7); “ *enviou-me para anunciar aos cegos a vista*” (Lc 4, 18); “*fecharam os olhos para não verem com os olhos...*” (Mt 13, 15). Desta cegueira o salvador quer libertar a todos. Cegueira que nasce da encruzilhada entre a livre vontade do homem e a inclinação para o mal.

*“ Pai perdoai-lhes porque não sabem o que fazem” (Lc 23, 34)*

Jesus sabe que nenhuma vida nova se pode iniciar sob a recordação de uma culpa. Por isso chegou ao extremo de minimizar ou de anular a responsabilidade da culpa superando a dimensão do pecado das suas criaturas. *Como exemplo*: Jesus salva da lapidação a mulher adúltera apanhada em flagrante (Jo 8, 1-11), superando os mandamentos de “Torah” (Lev 20,10), recusando dar a lei a última palavra; para restituir a vida a Judas, Jesus imperativamente, ordena a Judas que o traía: “ aquilo que deves fazer fá-lo depressa “ (Jo 3, 27). Dessa forma, Jesus sai do papel de vítima e abre um novo modo de ver a sua traição e a responsabilidade de Judas em relação a isso. A traição permanece, mas a responsabilidade de Judas passa a ser diferente e misteriosa, depois da ordem recebida.

O perdão cristão deve moldar-se segundo o exemplo do Pai e do Filho e não se limita em perdoar a dívida dentro dos limites clássicos do perdão. O perdão cristão vive da tensão escatológica do Reino que quer dar uma vida nova e diferente a todos, porque assim quer o Pai misericordioso. O perdão cristão torna-se um processo que deve passar da morte à vida tanto do ofendido como do ofensor. Perdoar torna-se sinónimo de salvar.

O perdão cristão como processo: num primeiro passo há, uma superação da vingança da parte do ofendido e supressão da violência. A este segue-se o longo percurso que leva a distinção da ofensa da responsabilidade de quem ofendeu, através da via estreita do *não julgar de Jesus*, para chegar à *convicção da cegueira* de quem o ofendeu (porque não sabem o que fazem). A esta convicção junta-se a consciência, como criatura pecadora, de ter o mesmo grau de cegueira do agressor e, portanto, a humildade de saber que somos todos igualmente pecadores, perdoados por Deus. A tensão escatológica no sentido da criação do Reino leva o cristão a ver em cada forma de violência dada ou recebida, uma ocasião para um mútuo renascimento a um nível mais profundo de relação. É um abrir-se à uma experiência nova, guiada pelo espírito, que implica a pessoa no processo de dar e receber perdão, criaturas novas (2 cor 5, 17; Gal 6, 15; Ef 4, 24), experimentando aquela reconciliação que é já o Reino de Deus na terra.

Para compreender profundamente o perdão na perspectiva cristã temos como exemplo o horizonte último “o Reino de Deus” presente na parábola do Pai misericordioso (Lc 15, 11-32). *Para os cristãos, o perdão não é baseado nas boas obras ou nas opiniões ou julgamentos dos outros, mas na graça de Deus e na redenção através do sangue de Jesus Cristo (Ef 2,8 - 9; Gal 2,21).*

#### **5.1.1.5.2. Perdão no Islamismo**

Desde a queda do homem no Jardim do Éden, o ser humano tem lutado com um sentimento de culpa, que o leva a procura do perdão para conseguir ter uma consciência tranquila. De que forma os muçulmanos procuram o perdão? Para compreender a perspectiva islâmica do perdão é necessário abordar a Teologia do pecado no Islamismo.

No islamismo, o pecado é um acto para o qual a punição precisa de ter o mesmo peso e a mesma natureza. O islamismo ensina que ninguém nasce com uma natureza pecadora. Eis porque eles não vêem a necessidade da morte de Jesus na cruz. No Alcorão, eles mudaram o nome de Jesus para *Isa* para eliminar o significado hebraico da palavra que quer dizer Salvador.

O islamismo divide o pecado em duas grandes categorias: os pecados maiores e os pecados menores. *Sura* (um capítulo do Alcorão) 42, p.37 diz: “*Os que evitam grandes ofensas e obscenidades*” e *Sura* 53, p.32: “*Os que evitam grandes ofensas e obscenidades, mas não inclinados a fraquezas, a misericórdia do seu Senhor é grande*”.

Os teólogos muçulmanos diferem quanto ao número desses “pecados maiores”. Tradicionalmente, o número é sete, e são os seguintes: (1) comparar qualquer um com Alá (prestar culto a qualquer outra pessoa ou coisa além de Alá ou dizer que alguém é igual a Alá); (2) a magia; (3) o assassinato; (4) o roubo; (5) abusar de órfãos (Maomé foi órfão); (6) fugir da batalha; (7) acusar falsamente uma mulher de adultério.

Cada pecado tem o seu castigo. Alguns pecados, como o adultério, tem vários tipos de punição. O castigo é diferente quando a pessoa que comete o pecado é masculino ou feminino. De acordo com o Islão, as mulheres merecem uma punição mais severa. Porém, em outro *Sura*, o Alcorão equipara a punição do homem e da mulher.

Alguns dos pecados menores são expiados através do ritual da lavagem, no qual os muçulmanos são obrigados por Maomé a lavar certas partes do corpo antes de orar a Alá. Contrariamente, Alá não aceitará as suas orações.

Os teólogos muçulmanos também discordam quanto ao número de diferentes maneiras, que um muçulmano pode receber o perdão para os pecados menores e os pecados maiores. As mais comuns são baseadas nos versos do Alcorão e do *Hadith* (ditos e ensinamentos de Maomé e dos Califas, seguidores de Maomé). São as seguintes: 1) fazer o *bem*: os muçulmanos acreditam que Deus vai julgá-los usando uma balança para comparar o peso das boas obras com o das más obras. Na tentativa de aumentar o peso das boas obras, os muçulmanos acreditam que existem algumas obras cujo peso Deus multiplica por dez. Como exemplo a oração da sexta-feira na mesquita. Cada passo que a pessoa dá ao se aproximar da mesquita, ele acrescenta mais pontos na contagem das boas obras. Alguns versos do Alcorão dizem: “ *Os que impedem o mal com o bem – deles será a Última Morada, jardins do Édem nos quais entrarão; e os que foram bons para os seus pais e esposas e para as suas sementes*” (Sura 13, p. 22 - 23. “ *Pois as coisas boas removem as más*” (Sura 11, p. 114). 2) Jejum: as pessoas podem expiar os pecados através do jejum. “ *Os homens e as mulheres que jejuam, para eles Deus tem preparado o perdão e uma paga poderosa*” (Sura 33, p. 35). 3) Crianças que morrem antes de seus pais terem garantida a entrada no paraíso: o Hadith diz que a criança falecida fica parada na porta do céu, cheia de ira, dizendo: “ *eu não vou entrar no paraíso sem meus pais*”, depois do que está escrito “ *deixe seus pais entrarem com ela*” (cit. in Nisaai e Ibn Hayan, depois de Abi Huraira). 4) A aprovação de uma esposa pelo seu marido assegura a entrada dela no paraíso. Segundo Hadith, Maomé declarou: “ *Toda a mulher que morre e que teve a aprovação do marido, pode entrar no paraíso*” (cit. in Tarmazi). 5) Recitar o Alcorão: segundo Masoud, Maomé disse: “ *aquele que lê o Alcorão e o memoriza, Deus o conduz ao paraíso e lhe garante, pela sua intercessão, a salvação de dez parentes que merecem fogo*” (in Hadith). 6) Confissão de dois credos: os dois credos são os de que não há outro Deus senão Alá e Maomé é o profeta de Deus de Alá. Abi Tur (um dos al Sahaba) disse: “ *Eu vim sobre o profeta de Deus (Maomé) que dormia com uma túnica branca*”. Ele acordou dizendo: “ *todo o que afirmar que não há Deus senão Alá, tem garantida a sua entrada no Paraíso*”. *Eu perguntei: “ mesmo se ele cometer adultério e roubar?”* Ele respondeu: “ *mesmo se cometer adultério e roubar.*” *Perguntei de novo: “ mesmo se cometer adultério e roubar?”* Ele respondeu mais uma vez: “ *mesmo se cometer adultério e roubar*”. 7) A obediência da

esposa ao seu marido ganha o perdão para seu pai. Segundo *Ibn Malik* (al Sahaba), um homem saiu para a jornada e ordenou a mulher que ficasse no seu quarto (andar de cima) e que não fosse para o andar de baixo, onde estava o pai dela, que ficou doente. A mulher mandou pedir a autorização ao profeta para ir visitar o pai. “*Obedeça ao seu marido*” respondeu o profeta. O pai morreu sem a presença da filha. Mais tarde, o profeta informou-a que Deus salvou o seu pai como resultado da obediência dela ao seu marido. 8) Oração: segundo Abou Baker, Maomé disse: “*não há homem que, se pecar e que, depois de lavar-se, sobe para orar (uma oração formal impressa) que Deus não possa perdoar*” (in Hadith). 9) A Peregrinação (Hajj): uma pessoa pode receber o perdão quando vai em peregrinação a Meca, na Arábia Saudita (terra natal de Maomé).” *Todo o homem que faz a Peregrinação à Casa, ou à Visitação não deve ser culpado*” (Sura Al-Baqara, 2º capítulo do Alcorão, p.158).

Apesar dessas “obras” serem os meios através dos quais os muçulmanos acreditem receber o perdão, eles reconhecem que precisam de expiação e a procuram, de acordo com os ministérios *Last Harvest Inc.* (Última Colheita Inc.)” e “*Middle East for Christ* (O Oriente Médio para Cristo)”.

De um estudo realizado com um grupo de muçulmanos, em 1992, concluiu-se que, o perdão dos pecados é a necessidade mais importante e urgente para os muçulmanos.

### **5.1.1.5.3. Perdão e Reconciliação no Complexo Político**

A complexidade dos conflitos nos dias de hoje, e a escala de violência que o mundo testemunhou com grande intensidade na última década revelam que a reconciliação necessita de ser perspectivada de uma forma multidimensional. O seu objectivo é atingir um entendimento compreensivo do conflito no sentido de resolver as causas dos conflitos nos planos individuais, nacionais e internacionais. A dimensão psicológica da reconciliação ilustra as lutas da mente humana quando lida com traumas passados. A dimensão teológica revela as fontes da força interior, o poder do perdão e a capacidade, ou incapacidade, das organizações religiosas contribuírem para os esforços de reconciliação. A dimensão cultural ilustra as diferentes interpretações do perdão, o respeito pelos direitos humanos e as noções tradicionais de compensação e rituais como procedimentos de cura. A reconciliação considera que o perdão pode ocorrer ao nível

político. Possuem os líderes políticos a capacidade colectiva para perdoar? A reconciliação não é um fim em si mesmo, mas sim um processo multidimensional baseado no reatar das relações humanas e no diálogo genuíno sem códigos de conduta estabelecidos, em altos princípios morais e numa visão partilhada do futuro.

Alguns países enveredam pela linha da reconciliação como meio de resolução de questões sociais, políticas, humanitários e outros. No caso de Angola, a abordagem da reconciliação visa uma reparação integral, ou seja, numa perspectiva de reconstrução da Nação e no sentido de reestruturação do bem, através da reparação dos danos humanos, comunitários e sociais na visão holística.

#### **5.1.1.6. Perdão Versus Justiça Social**

##### **5.1.1.6.1. Reconciliação enquanto Justiça Reparadora**

*“ Não há paz sem justiça e não justiça sem perdão ” (J.Paulo II 2002)*

O ex-Secretário da UNITA, Sr.Paulo Lukamba Gato, durante a sua vigência do seu mandato, tinha levantado a questão de a UNITA tornar publica, uma mensagem abrangente e pedir perdão a nível nacional, pelos males que esta terá provocado aos inocentes, durante a guerra. Afinal que tipo de reconciliação procuramos?

A resposta a esta questão abrange duas dimensões operativas e dinâmicas da mesma: a primeira diz respeito a criação de uma base comum ou seja, tudo quanto se relaciona com a tolerância, respeito, conhecimento, solidariedade, e convivência numa sociedade heterogénea, entra nesta categoria; a segunda tem a ver com a dimensão reparadora e restauradora que consiste em a pessoa ajudada a vários níveis, recupera-se na dimensão de necessidades imediatas materiais e na sua dignidade, auto-estima, cultura e capacidade de lutar por um futuro melhor.

Esta segunda dimensão comporta várias implicações, de ordem social, político, económico, filosófico, cultural, em suma antropológico e holístico. Como encarar o processo: Recordar ou esquecer? Esquecemos, temos medo de que correntes tão fortes se desencadeiem e ponham em causa certa estabilidade política e social, ou então optamos por integrar, na nossa história e no nosso processo. Existem casos de feridas

muito mais profundas, como exemplo de pessoas que participaram nas eliminações físicas, há bens extorquidos, onde se destacam gado bovino, móveis, e outros. Os donos vivem e sabem da sua localização. Existem aqueles que perdendo tudo, não têm o chamado dividendo ou a contra partida da paz. Que opções existem e quem são os envolvidos? Como enquadrar as viúvas e órfãos de guerra? O que fazer com as crianças, algumas das quais tiveram que combater? Se a sociedade não encontrar espaço, o futuro estará seriamente ameaçado.

#### **5.1.1.6.2. Perdão e Justiça Social: Dois Caminhos para Curar as Feridas do Passado**

A palavra “perdão” significa dar prova de uma extrema generosidade. Neste sentido, o perdão não se confunde com impunidade, nem com esquecimento. Perdoar implica reconhecer o mal, e na medida do possível, repará-lo. O perdão social supõe a correcção dos erros do passado e a construção de uma nova história, no sentido de justiça reparadora e restauradora. Implica da parte do ofensor e do ofendido, abertura extraordinária, para o reencontro com a história e com a verdade.

De acordo com o que se passou no Chile, depois da ditadura militar de Pinochet, caracterizada por uma extensa violação de direitos humanos, as pessoas achavam que o medo era ‘um fenómeno produzido pela existência da repressão política. Numa sociedade em que predomina o medo, os sujeitos sociais deixam de sê-lo para se transformarem em objectos passivos das decisões dos outros. ‘ Para o país não paralisar, o perdão e a justiça deverão ter em conta uma perspectiva restauradora de dimensão nacional com medidas eminentemente sociais, económicas, culturais e espirituais. Para isso é preciso uma orientação colectiva e como objectivo a reconstrução da nação e a reconciliação. O perdão na perspectiva reparadora, significa justiça e esta é necessária para serem curadas as grandes feridas sociais. Não se trata de desenterrar simplesmente o passado, mas sim, de repor a verdade e a justiça.

### **5.1.1.6.3. A Geopolítica do Perdão**

No mundo, cresce uma geopolítica do perdão, na sua dimensão eminentemente social e na perspectiva de justiça reparadora. Eis alguns exemplos:

- na África do sul, desde 1995, a Comissão Verdade e Reconciliação investiga os crimes do antigo regime, não simplesmente para castigá-los, mas para indemnizar as vítimas e oferecer aos algozes um perdão baseado na confissão de seus crimes e no reconhecimento da verdade para evitar que tais crimes algum dia se repitam. Neste momento, este processo desencadeou medidas sociais, onde se destacam as indemnizações às vítimas do apartheid.

O secretário da ONU, o papa e alguns governantes têm estado a pedir perdão por erros que são “ crimes contra a humanidade”.

- Europa: Igrejas da Alemanha e Áustria pedem desculpas às vítimas do Nazismo. A 25 de Agosto de 2005, os Líderes de Igrejas Adventistas do Sétimo Dia na Alemanha e Áustria, 60 anos depois do final da Segunda Guerra Mundial declararam que: *lamentam em profundo pesar pela participação ou apoio a actividades Nazistas. A declaração indica que a igreja adventista de hoje “ confessa honestamente que, por nossa falha, ficamos culpados perante o povo judeu, para com todas as pessoas perseguidas e todos que sofreram durante a guerra e também perante os Adventistas em outros países. Para isto, nós humildemente perguntamos a Deus e aos sobreviventes se podem nos perdoar” (Brauns, 2005). Ainda segundo a declaração: “ Creio que durante aqueles tempos a liderança oficial da nossa Igreja teve medo de perder o controle sobre a Igreja e perder a Igreja porque as autoridades políticas já haviam confundido a nossa Igreja com o movimento de Reforma”*. E acrescentou: *“foi algo mais político do que teológico tenho a certeza” (Brugger, cit. in Brauns, 2005).*

Europa – um espaço de Paz (o perdão na reconstrução da Europa). A Europa mudou nos últimos anos: “há vinte anos separava-nos a Cortina de Ferro bem simbolizada pelo Muro de Berlim que dividia a própria Alemanha. A União Europeia pretende assentar no respeito pelos direitos humanos, a liberdade, a democracia, a igualdade e o Estado de Direito” (*Ascenso, 2008*). A reconstrução da sociedade de hoje passa pela capacidade de perdoar.

O primeiro-ministro do Canadá, num discurso dramático ao Parlamento, pediu desculpas aos povos autóctones do seu país, pelas injustiças que sucessivos governos

canadianos cometeram, ao longo de muitas gerações. Assim o Canadá branco tenta fazer a paz com os povos nativos, cujas terras os primeiros brancos lá chegados, conquistaram e cuja cultura os legados recém-chegados tentaram varrer do continente americano.

Pedir desculpas por erros passados tornou-se parte da cultura política moderna. Pedir desculpas não é fácil. É um acto que carrega uma significação profunda. Os seres humanos, e mais ainda as nações, sofrem muito antes de admitirem as atrocidades que cometem. Pedir desculpas obriga a reescrever a narrativa histórica que é a base da coesão nacional.

Há 43 anos, o governo canadiano deu um passo extraordinário para a paz entre a maioria falante de inglês e a minoria falante de francês, no Canadá. Este relacionamento conflituoso permanecia, no Canadá, como chaga aberta, desde a conquista pelos ingleses do Canadá francês, há cerca de 250 anos. Há 43 anos a bandeira do Canadá, até então inspirada na “ Union Jack” britânica, foi substituída por outra, com a folha de plátano. Naquela ocasião, o presidente do senado disse: “ esta bandeira é símbolo da unidade nacional, dado que ela, sem dúvida, representa todos os cidadãos do Canadá, sem distinção de raça, de língua, de fé ou de opinião” (*in Averny, 2008*).

O presidente da França pediu desculpas, em nome dos franceses, pelos erros do regime de Vichy, que entregou judeus aos exterminadores nazis. O governo checo pediu desculpas aos alemães pela expulsão em massa da população alemã no final da II Guerra Mundial. A Alemanha pediu desculpas aos judeus pelos crimes inomináveis do Holocausto. Recentemente, o governo australiano pediu desculpas aos povos aborígenes. Israel, numa pálida tentativa de curar uma chaga doméstica, quando Ehud Barak pediu desculpa aos judeus orientais pela discriminação de que foram vítimas durante muitos anos. O problema de Israel é muito mais difícil e complexo. Pedir desculpas tem a ver com as raízes da existência de Israel como nação, na parte do mundo onde se encontra hoje. A paz entre Israel e o povo palestino – uma paz verdadeira, baseada numa autêntica reconciliação que começa por um pedido de desculpas.

Em nome de Portugal, Santana-Maia pede perdão: “... Nós pedimos desculpas pelas crueldades que fizemos no passado a povos que ainda hoje continuam a praticar essas crueldades, quer a eles próprios, quer aos outros. Temo, por isso, que este arrependimento colectivo do homem branco seja visto e possa ser, usado, pelos outros povos e civilizações, mais como testemunho público da nossa falta de razão do que como um gesto nobre” (*in Os Valores, Traição e Descolonização*).

A história dos povos está cheia de guerras, ocupações territoriais, destruições, violações, violência e assimilações. E se hoje se procura inverter este estado de coisas, criando condições para a convivência pacífica entre os diferentes povos e as diferentes culturas, colocando-se a tônica no respeito pela diferença e pelos direitos humanos, tal deve-se exclusivamente ao peso, à influência e à intervenção dos países que partilham os valores das sociedades ocidentais.

## **5.2. Perdão na Saúde**

Ao consultarmos vários artigos sobre os benefícios do perdão para a saúde física e mental, concluímos que o perdão tem na sua essência um grande poder transformador, libertador e curativo. Este tópico tem como princípio orientador: *a misericórdia e não a vingança*. Segundo Seligman (2008), o perdão representa um conjunto de alterações benéficas que ocorrem dentro de um indivíduo que foi ofendido ou magoado por outro. Quando as pessoas perdoam, as suas motivações básicas ou tendenciais de acção em relação ao transgressor tornam-se mais positivas (benevolentes, bondosas, e generosas) e menos negativas (vingativas ou que perdoam).

De acordo com Everett Worthington (1996, cit. in Seligman, 2008), o perdão é simultaneamente uma decisão e uma mudança da experiência emocional. Essa mudança na experiência emocional está associada a uma maior saúde mental e física. Desta forma, porque o perdão é um exercício de auto-zelo, vivê-lo implica a escolha de deixarmos de ser meras vítimas e assumirmos a responsabilidade pelo nosso bem-estar.

Maltby, Macaskill & Liza, D. (2001, cit. in Oliveira, 2004) analisam a falta de perdão a si mesmo e aos outros, relacionando-o com a personalidade, desajabilidade social e a saúde. Segundo estes autores, quem não perdoa a si mesmo apresenta tendências para o neuroticismo, a depressão e a ansiedade. A falta de perdoar aos outros reflecte uma introversão social e outras disfunções sociais. A (im)perdoabilidade relaciona-se com a psicopatologias individual e social.

Diversas investigações demonstram que perdoar e ser perdoado reduz a ansiedade, a depressão e a pressão arterial, promovendo também a auto-estima (Hebl & Enright, 1993, cit. in Oliveira, 2002). Segundo Berry e Worthington (2001, cit. in Oliveira,

2004) o perdão é benéfico para a saúde psíquica e física. O perdão usado correctamente, beneficia mais a quem perdoa do que a quem é perdoado.

Segundo Oliveira (2002; 2004), com o *perdão* ganhamos *a saúde física* (os sentimentos de cólera provocam um aumento da pressão sanguínea e prejudicam o coração) e *psíquica* (libertamos o espírito de pensamentos negativos, povoando-o de pensamentos positivos e magnânimos), ganhamos *boas relações sociais* (o ressentimento, ódio e vingança azedam as relações comunitárias, enquanto o espírito de tolerância e de perdão constroem a paz e a fraternidade).

De acordo com Seligman (2008), no estudo mais vasto e mais bem feito até à data, um consórcio de investigadores de Stanford, liderados por Carl Thoresen, seleccionou aleatoriamente duzentos e cinquenta e nove adultos para um Workshop de perdão de 9 horas (seis sessões de noventa minutos) ou para um grupo de controlo apenas de avaliação. Os dados foram cuidadosamente registados e comparados com os dados fornecidos acima, com ênfase no facto de se sentir menos ofensa e de a história da dor ser revista segundo uma perspectiva objectiva. Menos raiva, menos stress, mais optimismo, melhor saúde e mais perdão foi o resultado e os efeitos foram consideráveis. Enright (2008), na sua obra “ o Poder do Perdão” apresenta-nos algumas observações dos terapeutas e dos cientistas que trabalham com pessoas na tarefa de perdoar os outros. Os terapeutas encontram-se na óptima posição para observar o processo do perdão. Eles fornecem relatórios, provas documentais acerca dos benefícios do perdão. Ao trabalhar com um cliente que deseja perdoar, o terapeuta consegue observar alterações de humor, bem-estar físico e postura na vida, relacionamentos e hábitos de trabalho do cliente.

O Dr. R.C.Hunter, um psiquiatra canadiano, foi um dos primeiros terapeutas a relatar os benefícios do perdão. Referiu que as pessoas que apresentam uma grande variedade de sintomas psicológicos podem sentir-se curadas através do perdão. Quem sofre de depressão, ou de raiva intensa, ou mesmo de paranóia, demonstrou uma redução significativa dos seus sintomas. Segundo Dr. Hunter, há uma melhoria significativa nos clientes que perdoaram. Os seus sentimentos de amargura e ressentimento para com aqueles que os magoaram diminuíram. Ele apresentou um exemplo do seu estudo:

- *Harriet, uma mulher de 25 anos, com fortes distúrbios emocionais, excessivamente exigente e com tendência para ser verbalmente agressiva quando ficava com raiva. Parecia criar barreiras entre ela e os outros que aprisionava numa espécie de solidão inquietante. Harriet, tendo crescido no meio da condenação vinda da mãe, aprendeu a*

*condenar. A sua raiva para a sua própria mãe tornou-a numa pessoa extremamente crítica e cáustica, e com sintomas de ansiedade e depressão. Com ajuda do Dr. Hunter, Harriet conseguiu compreender como tinha reagido à sua vitimação fazendo outras vítimas. Quando ela estava pronta para perdoar os pais pelas suas falhas e segundo o psiquiatra, fê-lo com” ternura e algum pesar”. Depois de ter perdoado os pais, sentiu uma maior auto-aceitação e foi capaz de estabelecer amizades significativas. Aprendeu a dar e a receber amor. Pouco tempo depois casou.*

Dr. Morton Kaufman, um psiquiatra israelita, descobriu que os verdadeiros actos de perdoar levam a uma melhoria geral da maturidade emocional de uma pessoa. O Dr. Kaufman acredita que a pessoa que perdoa cresce como alguém dotado de coragem, capaz de cuidar de outros e de sentir amor. Ele apresentou um dos casos estudados como exemplo:

*- Uri, um oficial do exército na casa dos 40 anos, recorreu à terapia devido à sua incapacidade de estabelecer relacionamentos positivos com as mulheres. Através da terapia, Uri apercebeu-se do ódio que sentia pelo pai, que morrera quando ele ainda era novo, e pela mãe aquém culpava pela pobreza da família. A raiva era a causa da sua intensa ansiedade e dos fracos relacionamentos com as mulheres. Uri tinha envelhecido, mas não tinha crescido. Perdia-se em comportamentos imaturos mais próprios de um adolescente rebelde do que de um oficial do exército na casa dos 40. Perdoar o pai por ter morrido permitiu a Uri enterra-lo simbolicamente. Perdoar a mãe por não lhe ter proporcionado um padrão de vida mais elevado permitiu a Uri deixar para trás a debilitante ansiedade que o tinha contaminado desde a infância. Como resultado, Uri cresceu em coragem e foi capaz de aceitar as responsabilidades de adulto. Casou e foi também capaz de amar e sustentar a mãe, chegando a sentir pesar pela sua morte.*

O Dr. Richard Fitzgibbons, um psiquiatra da Pensilvânia, E. U. A., fez um trabalho pioneiro usando o perdão como terapia. Observou que, quando a pessoa perdoa, o medo diminui, e atribui a esta diminuição do medo a uma diminuição de culpa. As pessoas que sentem raiva por um ente querido que as magoou sentem culpa pelos seus impulsos violentos inconscientes. O perdão põe fim aos impulsos. Ainda, segundo o Dr. Fitzgibbons, à medida que um cliente perdoa, começa a expressar a raiva de forma mais apropriadas. Esta conclusão está de acordo com a teoria do Dr. Kaufman de que a pessoa que perdoa ganha em maturidade emocional. O Dr. Fitzgibbons especula que a raiva pode causar sintomas físicos e que o perdão pode melhorar a saúde e talvez até

mesmo baixar a tensão arterial. Esta especulação é apoiada por vários estudos que descobriram que a hipertensão pode ser afectada pela raiva.

Os cientistas têm como meta testar cientificamente os efeitos do perdão. As suas observações diferem da dos terapeutas da seguinte forma: o cientista recolhe os dados de tal forma que as suas próprias impressões na produção de conclusões são minimizadas. Contrariamente, as impressões do terapeuta fazem parte do processo terapêutico e não podem ser postas de lado em nome da objectividade.

Para testar uma tese cientificamente, os investigadores têm de estabelecer uma situação controlada. Os cientistas afirmam: “ organizamos testes em que recrutamos pessoas que sentiam determinados tipos de raiva e dividimo-las em dois grupos. Apenas um dos grupos foi orientado para o perdão. Testamos estes grupos antes e depois do estudo e comparámos os resultados... para confirmar os resultados, orientamos o grupo de controlo para o perdão e voltamos a testá-los” (Enrigh, 2008, p. 32). Os resultados foram convincentes. Os cientistas conseguiram demonstrar que a àqueles que se dedicam ao processo do perdão se tornam psicologicamente mais saudáveis. Eles apresentam dois exemplos das suas investigações: (1) - *Estudo sobre o perdão e os sobreviventes do Incesto:*

*Dr. Enright, cientista e académico norte-americano e, Dra Suzanne freedman realizaram um estudo com 12 mulheres com idades entre os 24 e 54 anos. Todas sofriam de ansiedade, depressão e baixa auto-estima. Nenhuma delas tinha perdoado o perpetrador. Seis das mulheres foram orientadas para o processo de perdão no sentido de perdoar o perpetrador. As seis restantes formaram um grupo que não recebia orientação para o perdão. O grupo do perdão era dirigido por um orientador treinado no processo do perdão. Cada participante recebia um manual que descreviam o processo envolvido no perdão e tinham encontros individuais com o orientador. Todas as participantes foram sujeitas a um conjunto de testes psicológicos antes e depois do programa. As do grupo do perdão melhoraram significativamente. Antes da terapia, em média, elas apresentavam-se moderadamente deprimidas psicologicamente. Depois da terapia do perdão, em média, elas não apresentavam qualquer sinal de depressão. A ansiedade diminuiu e o sentimento de esperança em relação ao futuro aumentou. Todas as seis conseguiram perdoar o perpetrador.*

*Durante o primeiro ano, o grupo de controlo não apresentou qualquer melhoria psicológica mensurável. Este foi submetido ao processo do perdão. Após 14 meses de orientação individual para o perdão, estas mulheres também apresentaram provas de*

*melhoria significativa na sua saúde psicológica. Um ano depois, o grupo inicial do perdão voltou a ser avaliado. Elas mantinham uma boa saúde psicológica. Como conclusão: todas as 12 mulheres apresentavam melhorias psicológicas significativas.*

*(2) - O estudo sobre o perdão, os homens e o aborto:*

*Dr. Cathy Coyle, docente de psicologia, realizou um estudo sobre o perdão, os homens e o aborto. Escolheu 10 homens com idades entre os 21 e 43 anos. Esses homens afirmavam terem sido injustamente magoados pela decisão de aborto das suas companheiras. Eles foram inscritos no programa de orientação individual no processo de perdão. Ambos os grupos foram testados antes e depois do programa. Tal como no estudo das sobreviventes do incesto, os cinco homens que receberam orientação para o perdão apresentavam provas de diminuição da raiva e ansiedade, assim como uma melhoria na auto-estima e esperança em comparação com o grupo de controlo. Os homens do grupo de controlo receberam também a orientação para o perdão e conseguiram perdoar, apresentando provas de restabelecimento psicológico significativo.*

O perdão é uma forma de nos libertarmos de prisão emocional. Muitas pessoas pensam que o ressentimento era uma forma de manterem a pessoa que a tinha magoado numa espécie de prisão emocional. Ao longo do tempo, começaram a dar-se conta de que eram elas próprias que estavam aprisionadas pelo ódio e não a outra pessoa. O nosso ódio afecta-nos mais a nós emocionalmente do que a pessoa que nos magoou. O perdão é uma das chaves para abrir a nossa prisão emocional quando decidimos perdoar.

Talvez o perdão seja a nossa melhor perspectiva de paz genuína entre os indivíduos, dentro das famílias, entre os povos. “ Sem perdão não há futuro” (*Desmond Tutu, in Enright, 2008, p. 35*).

*Exemplo de uma família que decidiu perdoar:*

*Mary Anne: “ os filhos, agora adultos, são saudáveis e maduros. Eles são ótimos. Gostaria de dizer perfeitos, mais isso seria aos meus olhos de mãe. Podiam ter tido cicatrizes terríveis, mas entramos no programa de perdão a tempo de recuperarmos todas as nossas vidas. Dizer que o perdão dá vida é totalmente verdade. A nossa família é uma prova viva disso” (in Enright, 2008, p.36).*

## **5.2.1. O Perdão na Comunidade**

### **5.2.1.1 O Perdão na Comunidade dos Amish**

Segundo Filipe d’Avillez, os Amish, originários da Europa protestante subsistem, ainda hoje, apenas em comunidades fechadas na América do Norte. Para os americanos, os Amish são vistos como extraterrestres, e para nós, os atlânticos, são vistos como estranhos. Este grupo tem pouca convivência com a tecnologia e cultivam um distanciamento da restante sociedade. Os Amish têm uma teologia própria e fazem o culto do perdão no seio das comunidades.

Recentemente, os Amish (em particular a grande comunidade que vive na Pensilvânia) viram-se confrontados com dois grandes pesadelos: o massacre de 5 meninas numa escola, às mãos de um louco, Charles Roberts (que se suicidou logo de seguida); o facto de subitamente se virem tornados o centro das atenções não só da América como de todo o planeta. Quando a trágica notícia chegou aos médias os responsáveis da comunidade começaram a receber ofertas para ajudar as famílias atingidas pelo massacre, e em particular as sobreviventes que ficaram feridas e cujas as contas hospitalares se arriscam a serem pesadas para as comunidades que vivem na maior simplicidade e que recusam apoios extra-comunitários.

Uma das famílias enlutadas fez questão de convidar a viúva do assassino para o funeral da sua filha, num gesto de reconciliação. Apesar dos Amish evitarem falar com a imprensa, algumas comunidades que têm raízes e uma teologia muito comum, tentaram explicar aquilo que meio mundo não conseguia compreender. Johann Cristoph Arnold, das comunidades Bruderhoff disse com simplicidade: “ Se mantivermos ressentimentos, eles vivem no nosso coração até levar à violência de algum tipo. Se não perdoarmos não poderemos ser curados. O perdão tem a capacidade de curar quem perdoa e quem é perdoado. É isto que os Amish acreditam. Levará o seu tempo, mas é isto que eles agora têm que pôr em prática para todo o mundo ver” (*in Avillez*).

Os Amish cultivam o culto comunitário do perdão. É essa verdade que leva a que, confrontados por uma tragédia, a reacção da comunidade seja a de perdoar para poder curar as terríveis feridas deixadas em aberto. O exemplo dos Amish mostra que é possível perdoar em comunidade e como comunidade. Mas como fazer? Não será

certamente através de imposições. Começemos por cultivar o perdão a nível familiar, na educação dos filhos. O perdão traz sempre mais paz que o conflito. Tornemos esta ideia tão forte e tão enraizada, vivamo-la com tal intensidade que, se um dia, a nossa família, acontecer uma tragédia, possamos ter a força de perdoar (*Filipe d'Avillz*).

#### **5.2.1.2. O Perdão na Família**

O denominador comum de todos os membros da família é o amor. É ele o princípio, o meio e a finalidade da família. Sem o amor, a família torna-se um lugar mesquinho, conflituoso e interesseiro. A família é um lugar privilegiado onde aprendemos a viver o verdadeiro amor. Ela é um espaço onde se constrói e experimenta a felicidade. Há momentos que desejamos que a nossa família fosse outra diferente, sobretudo se estivermos a passar por momentos de incompreensão e de conflito. Uma vez aclaradas e resolvidas as dúvidas deve surgir em nós o desejo de aceitar e valorizar a nossa família. Viver juntos implica necessariamente conflitos e incompreensões que por vezes trazem sofrimentos. Torna-se então necessário afirmar e praticar o valor do perdão: *saber perdoar e ser perdoado*. O perdão é a única forma de ultrapassar os erros e as ofensas sofridas ou exercidas no seio de uma família. Só o perdão permite voltar a construir um ambiente de paz e serenidade, tão necessário hoje (Dias, 2007).

Falando da configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes, conclui-se que o diálogo é muito importante na convivência familiar. Segundo (Gunther, 1996) o bem-estar dos adolescentes é afectado pela incompreensão e problemas de comunicação com os pais. A procura do equilíbrio na família é algo fundamental na construção da saúde emocional de seus membros, tendo como função base a protecção de seus filhos. Estudos sugerem que os relacionamentos seguros e estáveis com os pais são importantes para a saúde mental do adolescente. Quanto mais confortável (Atwater, 1988), o jovem sentir-se no núcleo familiar, mais tempo se dedicará à família e procurará a estabilidade emocional que internamente ainda não alcançou.

É importante salientar que uma família facilitadora do crescimento emocional e promotora de saúde, não é aquela que não vivência os conflitos. Segundo (Feres-Carneiro, 1992), o potencial da saúde centra-se na possibilidade que o sistema familiar tem de encontrar alternativas para a solução dos seus problemas e conseguir conter os

efeitos destrutivos destes. Bons níveis de saúde familiar encontram-se associados a núcleos que favorecem tanto a expressão de agressividade, de raiva e hostilidade, quanto de carinho, ternura e afecto. Nesta perspectiva, os aspectos relacionados com o bem-estar psicológico do adolescente sofrem de forma preponderante, influências das diversas situações que o indivíduo vivência na sua família.

### **5.3. Definição do Perdão**

Perdoar é uma acção especial, muito séria e de grande compromisso, limitadas por regras específicas. É uma acção que pressupõe o amor e a misericórdia. Mas no entanto, se deferência destas virtudes. Perdoar não é um sentimento, nem uma boa intenção, mas é um acontecimento.

A etimologia do termo “perdoar” vem do latim tardio *perdonum* que comporta o prefixo *per* (*pode* significar perfeição da acção e também afastamento, bem como instrumentalidade: “através de,” “por”) e o substantivo *donum* (dom). Dessa forma perdoar significa entregar um dom, sem querer nada em troca, distanciando-se, por assim dizer desse donativo, em sentido local e temporal, ou também um dom entregue através de outro ou servindo-se de alguém (como intermediário). No latim clássico não existe o verbo *perdonare* mais sim *pérdere* (per-dare) com o sentido de “perder” mas também de “dar”.

Na filosofia moderna, e de acordo com a filósofa britânica Dra. Joanna North *o perdão* é definido assim: quando somos injustamente ofendidos por outra pessoa, perdoamos quando ultrapassamos o ressentimento em relação a ela, não por negarmos o nosso direito ao ressentimento, mas sim por tentarmos transmitir à pessoa que errou compaixão, benevolência e amor; ao transmitirmos estas dádivas, nós, perdoadores, apercebemo-nos de que ela não tem necessariamente direito a elas. Esta definição do perdão torna evidente que perdoar começa pela dor e que temos direito aos nossos sentimentos. *Em primeiro lugar*, estamos a reconhecer que a ofensa foi injusta e que continuará sempre a ser injusta. *Em segundo lugar*, temos o direito moral à raiva; é justo agarramo-nos à ideia de que as pessoas não têm o direito de nos ofender. Temos direito ao respeito. *Em terceiro lugar*, perdoar implica abdicarmos de algo a que temos direito nomeadamente a raiva e ou o ressentimento. Perdoar é um acto de misericórdia em

relação a um ofensor, alguém que não merece necessariamente a nossa misericórdia. É uma dádiva para com essa pessoa com o objectivo de mudar a nossa relação com aqueles que nos ofenderam. Mesmo que o ofensor seja uma pessoa estranha, mudamos o nosso relacionamento porque deixamos de ser controlados pelo sentimento de raiva em relação a ela. Apesar de tudo o que ela nos fez, estamos dispostos a tratá-la como um membro da comunidade humana. Essa pessoa é digna do respeito que é devido a todo o ser que partilha da nossa comunidade humana. Do ponto de vista filosófico, nem todos concordam que perdoar requer oferecer ao ofensor uma dádiva não merecida. O Dr. Howard MacGary, filósofo da Universidade de Rutgers, E.U.A., acredita que a intenção de abandonar o ressentimento é tudo o que o perdão requer. Segundo o Dr. McGary, isto não pode ser feito por razões egoístas, mas sim, por razões pessoais. Por outras palavras, embora o perdão deva ser dado desinteressadamente, o perdoador pode reconhecer que será beneficiado ao perdoar.

O Dr. MacGary não acredita que oferecer compaixão, benevolência e amor a uma pessoa ofensiva seja parte do processo de perdão. Outros filósofos acreditam que o processo de perdão pode e deve ser mais do que isso. Pois, acreditam que, quando o ressentimento abandona a pessoa, esse espaço não deve ser deixado vazio, devendo antes ser preenchido com sentimentos positivos.

*O perdão é moralmente inadequado se o ofensor não se desculpar?* Os filósofos modernos não estão de acordo acerca desta questão. O Dr. Joram Haber defende que perdoar incondicionalmente é uma falta de respeito por nós mesmo. Ele acredita que precisamos de estar ressentidos durante algum tempo e que o nosso interesse pelo ofensor é mais profundo quando esperamos por um pedido de desculpa. Segundo o Dr. Haber, a espera ajuda o outro a ver onde errou no seu comportamento. Outros filósofos discordaram com este ponto de vista, ao argumentar que isto só dá demasiado poder ao ofensor e tira a liberdade à vítima.

Margaret Holmgren, filósofa da Universidade Estadual do Iowa, E.U.A., acredita que aquele que perdoa mostra respeito por si mesmo, porque se recusa a ser controlado pela amargura dessa injustiça por mais tempo. Para a Dra. Holmgren, a pessoa que perdoa mostra respeito sendo honesta para com o ofensor, mesmo que este não se arrependa. Se o perdoador deixar o ofensor conhecer a extensão da sua ofensa, o ofensor tem uma oportunidade de mudar. O ofensor é livre de recusar-se a aproveitar essa oportunidade, mas a pessoa que perdoa fica livre do peso da raiva e do ressentimento. Além disso, o

perdoador está a deixar claro que, o que foi feito foi errado, não deveria ter sido feito e não será tolerado no futuro (Enright, 2008).

Em psicologia, podem ser dadas muitas definições do perdão, onde consta sempre alguns elementos essenciais: o reconhecimento de que a ofensa foi injusta, direito de estar ferido, desistência de algo a que se tinha direito (cólera, ressentimento), em favor do perdão. De acordo com Subkoviak et al. (1992, cit. in Mullet, Azar, Vinsonneau & Girard, 1998), “ o perdão é o ultrapassar o ressentimento em relação a um ofensor, não por nos negarmos a nós próprios o direito a esses sentimentos, mas esforçando-se por ver o ofensor com benevolência, compaixão e até amor, enquanto se reconhece que o (a) próprio (a) abandonou o direito a eles. Os pontos importantes desta definição são os seguintes: *a*) aquele que perdoa sofreu uma dor profunda, mostrando assim ressentimento, *b*) a pessoa ofendida tem o direito moral ao ressentimento, mas ultrapassa-o completamente, *c*) uma nova resposta ao outro aumenta, incluindo a compaixão e o amor, *d*) esta resposta amorosa ocorre apesar da consciência de que não existe a obrigação de amar o ofensor” (p.3). Com base nesta definição, o perdão não pode ser confundido ou igualado a outros construtos como justiça, desculpa, misericórdia legal, clemência, reconciliação, indulto ou justificação (Enright, 1991, cit. in Mullet, Azar, Vinsonneau e Girard, 1998).

O perdão é essencialmente um presente de uma pessoa para outra. Em geral, um presente é oferecido para aumentar a vinculação, harmonia, amor entre pessoas. O mesmo se aplica ao caso do perdão. A pessoa ofendida desiste do direito à vingança e ao ressentimento causado pelo acto que lhe causou mal. Ela oferece ao ofensor o reestabelecimento da relação inicial, sem condições ou compensações para o ofensor. Tal como os outros tipos de presentes, o perdão é oferecido para aumentar o sentimento de comunidade entre pessoas (Mullet et al., 1998).

Ainda, em psicologia, o perdão é interpretado como capacidade de ultrapassar a mágoa, o ressentimento ou a vingança que o ofensor merecia, através da compaixão ou da benevolência (North, 1987, cit. in Oliveira, 2004).

A nível científico, Enright, na sua obra científica: “*A força do perdão*” apresenta-nos o perdão como sendo uma moeda de três faces: *o perdão como opção, como processo e como acto de profundidade*. Apesar dessas três dimensões do perdão, Enright debruça-se sobre o segundo aspecto, por ser a espinha dorsal da concretização do perdão.

Enright defende que o perdão é um processo, e que nesse processo-viagem se começa pelo reconhecimento da raiva e da zanga que nos consome. No caminho, passa-se em

seguida à aceitação de que o perdão não trará de bandeja a mudança do outro, mas que se associa à transformação pessoal. Pára-se na importante estação que nos diz perdoar não é sinónimo de permitir abusos, e olha-se a paisagem: aceitar que o processo do perdão possa ser o ponto de ruptura de uma relação que pode ou não vir mais tarde a ser sarada. No percurso, ainda se visita a necessidade de viver para além do ressentimento, e aquém da posição de vítima. Até que chegamos ao destino: a estação final da escolha pelo perdão. Com base nesta definição científica, o perdão não é apresentado como se fosse um milagre repentino, ou uma transformação mágica. Enright faz-nos compreender que se trata de um processo exigente, concreto, activo, interveniente, muito para além das palavras “ Eu perdoar”. “ Receber o perdão é uma arte, tal como é uma glória oferecê-lo e conquistá-lo” (Enright, 2008, p.16). O perdão é um processo. As pessoas precisam de passar por um processo para compreenderem os seus sentimentos. Precisam igualmente de tomar atitudes concretas. Por vezes, o perdão implica ter de enfrentar não apenas um incidente mas uma longa série de ofensas. Às vezes perdoamos uma pessoa para, em seguida, descobrir que existem outras a quem temos de perdoar.

### **5.3.1. As Falsas Concepções de Perdoar**

*Perdoar não é esquecer.* Se perdoar é esquecer então perdoamos o quê? O processo de perdão exige uma boa memória e uma consciência clara da ofensa. O perdão ajuda a memória a curar-se, mas não a esquecer. Com o perdão a ferida perde o seu poder destrutivo. O acontecimento doloroso vai perdendo a sua força negativa e vai-se tornando menos obsessivo. A ferida vai cicatrizando até que a recordação da ofensa deixa de ser dolorosa. Então a memória está curada. Quem afirma “ eu perdoar mas não esqueço” demonstra uma boa saúde mental, pois, o perdão não exige amnésia.

*Perdoar não significa negar.* Quando se sofre um duro golpe, uma das nossas reacções mais frequentes é resistir ao sofrimento, evitando as emoções. Este mecanismo defensivo converte-se, em frequência na negação da ofensa e da dor. Se esse mecanismo persistir, a reacção pode mesmo tornar-se patológica: provoca um nível de stress mais intenso ou uma frieza gélida que não permite saber o que se passa. Com frequência não se experimenta o desejo de curar a ferida e, menos ainda, de perdoar. Para poder curar-se é preciso reconhecer a ferida e sentir a sua dor para depois curar-se.

*Perdoar requer mais do que vontade.* Perdoar não é uma fórmula mágica capaz de resolver conflitos sem ter em conta os sentimentos. Este equívoco pode ter origem na educação que recebemos em criança quando nos pediam que perdoássemos como se se tratasse apenas de um acto de vontade e não do resultado de um longo processo que supõe pedagogia e sabedoria. O processo é lento e depende: da ferida provocada, das reacções do ofensor, dos recursos do ofendido. Para que o perdão seja autêntico devem ser mobilizadas todas as faculdades: sensibilidade, coração, inteligência e vontade.

*Perdoar não pode ser obrigação.* O perdão ou é livre ou não é perdão. Este tópico é mais do que uma obrigação moral, pois carece do seu carácter gratuito e livre. Trata-se de uma exortação ao exercício de misericórdia. Consciente de que também nós já fomos perdoados e, porque fomos perdoados, podemos perdoar.

*Perdoar não significa sentir-se como antes da ofensa.* É um equívoco muito comum crer que perdoar é restaurar a relação tal como estava. Perdoar não é sinónimo de reconciliação no sentido em que não retoma a relação no ponto em que estava. Na verdade, não se pode voltar ao passado, no entanto, o conflito pode servir para fazer uma avaliação de qualidade de relação que pode vir a ser criada sobre novas bases, mais sólidas.

*Perdoar não significa renunciar os nossos direitos.* Perdoar não significa que não se condene o agressor. Perdoar não é renunciar à justiça. O perdão é um acto de benevolência gratuita e não significa renunciar aos direitos e à aplicação da justiça. O perdão que não procura a justiça, longe de ser um sinal de força e nobreza, traduz sobretudo a debilidade e falsa tolerância e incita indirectamente à perpetuação do delito.

*Perdoar não significa desculpar o ofensor.* Perdoar não é retirar ao outro a sua responsabilidade moral. Isso pode ser uma forma camuflada de minorar a própria dor. Dói menos não considerar o outro responsável do que saber que o outro nos magoou conscientemente. Compreender as razões do outro não significa desculpá-lo.

*Perdoar não é uma demonstração de superioridade.* Alguns tipos de perdão humilham mais do que libertam. O perdão pode ser um gesto subtil de superioridade moral, de arrogância. Perdoar para impressionar. O verdadeiro perdão do coração tem lugar na humildade e abre caminho à reconciliação. O falso perdão permite manter uma relação de dominador-dominado, é um gesto de poder sobre o outro e não um gesto de força interior.

*Perdoar não é responsabilizar a Deus. O perdão a Deus pertence*”. É uma máxima que transfere para Deus a responsabilidade do perdão, como se tratasse de uma atitude com a qual nós, seres humanos, nada tivéssemos a ver.

O perdão é um acto totalmente humano para o qual Deus não nos substitui. Deus não faz esse trabalho por nós. Outro aspecto totalmente diferente é o facto de que, ainda que nós não saibamos ou sejamos capazes de perdoar, tenhamos a certeza de que ele perdoa sempre, mas isso não obsta a que tenhamos de fazer esforço de curar o nosso coração com o perdão.

*A quem se dirige o perdão?*“ Os homens não podem viver juntos se não se perdoam uns aos outros vivendo verdadeiramente a sua condição humana” (Francois Vallion).

Neste capítulo o autor apresenta o perdão como indispensável nas relações sociais, pois destina-se a todas as pessoas: a si mesmo, aos membros da família, aos mais chegados, aos amigos, a colegas, a estranhos, às instituições, a inimigos e, inclusivamente a Deus. O perdão aos familiares é o mais importante já que as relações muito próximas podem, frequentemente gerar conflitos.

O perdão fundamental para todos nós é o que concedemos a nós próprios. Perdoar o outro sem antes nos termos perdoado a nós próprios, compassivamente e com esperança, e aceite a nossa pobreza e debilidade, é um perdão artificial. Por vezes, precisamos de nos perdoar por nos termos colocado numa situação em que permitimos que nos ferissem. Outras vezes, porque não soubemos o que fazer ou o que dizer. Ou porque nos envolvemos irreflectidamente. Por termos permitido que nos humilhassem com palavras insultuosas.

### **5.3.2. Perdoar a Si Mesmo**

Perdoar-se a si mesmo é um dos momentos mais importantes do processo de perdoar. É muito difícil perdoar os outros e receber o perdão se não perdoamos a nós próprios. Quando alguém nos fere profundamente, desencadeiam-se dentro de nós sentimentos desencontrados, antagónicos, que não queremos sentir e, inclusivamente, pode parecer-nos impossível sermos capazes de perdoar ao agressor. No entanto, se não nos abrimos ao perdão a nós mesmos, não conseguiremos estabelecer a paz interior nem perdoar.

É muito frequente, que perante uma grande decepção ou ferida, a pessoa se culpe a si mesma. Como se não se conseguisse perdoar por se ter exposto àquela desgraça, ter permitido que lhe tenham feito tanto mal, ter se deixado humilhar. Há uma espécie de desprezo por si próprio que tem a sua origem: na decepção por não ter estado a altura das circunstâncias. Esta decepção provém de uma procura pela perfeição absoluta, da dificuldade em assumir os sentimentos de culpa por não ser um ser perfeito. A humildade, que é a verdade, ajuda-nos a cairmos na conta das nossas limitações, dos nossos desejos narcisistas de onipotência e perfeccionismo; nas mensagens negativas recebidas dos pais e das pessoas significativas da infância. A acumulação de gestos ou mensagens desrespeitosas, desagradáveis, ridicularizantes, de comparações com os outros criam nas pessoas complexos de inferioridade. Decepcionada consigo própria e sempre perdedora, a pessoa é dominada por pensamentos negativos e afunda-se em estados depressivos periódicos que podem levá-la ao suicídio; os ataques da sua sombra. A sombra é formada por todo o material reprimido ao longo da vida. Todos os aspectos que não pôde ou não souberam desenvolver por os ter sentido como inaceitáveis no meio em que viveu. O emergir da sombra provoca medo à pessoa que não sabe o que fazer com essas partes de si própria e que, por isso, novamente os reprime pois, considera-as como inimigas. Isto faz com que a sombra ataque de novo e com mais força na forma de auto-acusação.

O fenómeno da “Identificação com o agressor”. A psicologia define esse fenómeno como: mecanismo de sobrevivência através do qual se procura escapar a situação de vítima colocando-se no lugar do agressor. Ao revestir-se da força do ofensor, a vítima tem a ilusão de salvaguardar alguma dignidade ou uma aparência de autonomia.

Quando desaparece o agressor, a vítima se converte no seu próprio perseguidor. Volta-se contra si própria tiranicamente e sem piedade, criando dentro de si um contínuo descontentamento. Esta amargura é exprimida através de alcunhas degradantes e insultos dirigidos a si própria. Vive-se numa profunda luta interior, em que uma parte de si tende a tyrannizar a outra, com exigências difíceis de satisfazer, enquanto a segunda sofre todas as acusações e é propensa a desvalorizar-se perante as suas ínfimas realizações ou, em certas ocasiões, tenderá a revoltar-se. Esta guerra interior gera culpa, vingança, angústia, estados depressivos. De cada vez que uma pessoa é vítima de uma agressão, uma parte de si própria deixa-se contaminar pela acção degradante do agressor e faz-se cúmplice do ofensor perseguindo a si própria. No processo de auto-perdão, a pessoa tem de se perdoar a si própria por se ter identificado com o agressor.

Aceitar o amor a si próprio. O preço que se paga pela falta de auto-aceitação e de auto-estima é muito elevado. No livro “ O homem descobrindo a sua alma”, Jung defende que a neurose provoca a falta de auto-aceitação e de auto-estima: “ A neurose é um estado de guerra consigo próprio. Tudo o que acentua a divisão que existe dentro de si piora o estado do paciente e tudo quanto reduz essa divisão contribui para a sua realização”. É de uma importância vital perdoar-se a si mesmo, pois isso condicionará o êxito do perdão ao outro. Um sábio Sufi dizia:” se alguém é cruel consigo mesmo, como pode esperar que tenha compaixão pelos outros”? (in Ocaña, 2007, p. 17)

### **5.3. 3. Razões para Perdoar**

O que é que faz com que o perdão seja um boa coisa de se praticar? Esta pergunta aqui colocada é profunda e irá aumentar a nossa compreensão sobre a razão que nos poderá levar a ter o perdão em consideração. Segundo Enright (2008), as respostas a esta pergunta estão divididas em oito categorias: perdoar para acalmar o seu sentimento de raiva; o perdão transforma pensamentos destrutivos em pensamentos mais calmos e saudáveis; enquanto perdoar, vai querendo agir com maior delicadeza em relação à pessoa que o magoou; perdoar uma pessoa ajuda-o a interagir melhor com outras pessoas. Talvez a raiva que sente pelo seu chefe tenha transbordado para a relação com os seus filhos. Perdoar o seu chefe seria uma dádiva para seus filhos; o perdão pode melhorar o seu relacionamento com a pessoa que o magoou; o seu perdão pode efectivamente ajudar a pessoa que o magoou a ver a injustiça cometida e a dispor-se a pôr-lhe fim. O seu perdão pode elevar o carácter da pessoa que o magoou; Perdoar porque Deus lhe pede que o faça. Perdoar num acto de amor para com Deus; o perdão, enquanto acto de bondade e amor para com a pessoa que o magoou, é um bom princípio moral, independentemente da reacção que essa pessoa possa ter para consigo. Amar os outros, e ao mesmo tempo preservar-se, é uma atitude moralmente positiva a adoptar.

Segundo Oliveira (2004), devemos perdoar por motivos ético-religioso. É um dever particularmente dos cristãos que, se não se perdoam, não se podem minimamente identificar com a doutrina e o exemplo do Mestre.

“O perdão é uma habilidade. Quanto mais perdoar, mais fácil se tornará (...) o perdão é mais que uma habilidade – é uma atitude de boa vontade e uma virtude moral que se desenvolve” (*Enright, 2008, p. 86*).

#### **5.3. 4. O Perdão é um Processo**

O perdão pode ser um antídoto para a raiva disfuncional e os ressentimentos debilitantes. O perdão é visto como um processo a ser usado quando se lida com determinados tipos de raiva e ressentimento. O processo do perdão está dividido em fases. A mudança acontece de forma gradual. Este processo não é um acontecimento único. Muitas vezes, mal se termina o perdão em relação a um ofensor, pode descobrir-se outras áreas em que o perdão é necessário. O modelo do perdão apresentado por Enright encontra-se dividido em 4 fases. No âmbito dessas 4 fases, identifica-se 20 linhas de orientação do processo. As fases e as linhas de orientação do processo não têm de ser sempre seguidos por ordem e algumas não se aplicarão à situação de determinadas pessoas. As primeiras 8 linhas de orientação funcionam mais como uma lista de verificação. As pessoas que estão em vias de perdoar precisam de se perguntar: será que isto é um problema para mim? Será que tenho andado a fazer isto?

As 4 fases do perdão foram testadas cientificamente com mulheres mais velhas que sofreram injustiças, adolescentes privados do amor de pelo menos uns dos pais, sobreviventes do incesto, homens magoados pela decisão de aborto das suas companheiras e alunos do 5º ano deparando com dificuldades de pobreza suburbanas.

<i>As fases do perdão (Enright, 2008)</i>	<i>Linhas de Orientação para o Perdão</i>
Fase 1 – Descobrir a sua raiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como evitou lidar com a raiva?</li> <li>- Enfrentou a sua raiva?</li> <li>- Tem medo de expor a sua vergonha?</li> <li>- A raiva afectou a sua saúde?</li> <li>- Tornou-se obsessivo em relação à ofensa ou ao ofensor?</li> <li>- Compara a sua situação com a do ofensor?</li> <li>- A ofensa causou uma mudança permanente na sua vida?</li> <li>- A ofensa mudou a sua visão do mundo?</li> </ul>
Fase 2 – Decidir perdoar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decida que o que tem feito não resultou.</li> <li>- Esteja disposto a iniciar o processo de perdão.</li> <li>- Decida perdoar</li> </ul>
Fase 3 – Trabalhar o Perdão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalhe no sentido da compreensão.</li> <li>- Trabalhe no sentido da compaixão.</li> <li>- Aceite a dor.</li> <li>- Ofereça uma dádiva ao ofensor</li> </ul>
Fase 4 – Descobrir e libertar-se da prisão emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descubra o significado do sofrimento.</li> <li>- Descubra a sua necessidade de perdão.</li> <li>- Descubra que não está só.</li> <li>- Descubra o propósito da sua vida.</li> <li>- Descubra a liberdade do perdão.</li> </ul>

**Figura 3 – As fases do perdão**

*Fase 1 – Descobrir a sua raiva.* Para perdoar, a pessoa deve examinar quanta raiva sente como resultado de uma injustiça cometida por outra pessoa em relação a si. Tomar

consciência da dor pode ser muito doloroso, mas o perdão não consiste em fingir que nada aconteceu ou esconder-se da dor.

*Fase 2 – Decidir perdoar.* O perdão requer uma decisão e um compromisso. Esta decisão é uma parte importantíssima para o processo, e subdivide em três partes: deixar o passado para trás; olhar em direcção ao futuro; escolher o caminho do perdão.

*Fase 3 – Trabalhar o perdão. Tomar simplesmente a decisão de perdoar não é suficiente. É preciso tomar atitudes concretas para tornar o seu perdão real.*

*Fase 4 – Descobrir e libertar-se da prisão emocional.* A ausência de perdão, a amargura, o ressentimento e a raiva são como as quatro paredes de uma prisão. O perdão é a chave que abre a porta e o deixa sair da prisão.

Segundo Enright (2008), a grande maioria das pessoas que perdoam sentem-se mais felizes fora da sua prisão de ressentimento. Estar de fora requer uma nova maneira de pensar e de viver. O perdão ajuda a amadurecer. Pode adquirir novos “insights” sobre o significado do sofrimento. A pessoa pode descobrir que tem a capacidade de se tornar a pessoa que sempre quis ser.

### **5. 3.4. 1. Os Factores que Afectam a Vontade de Perdoar**

Quais os factores (condições, circunstâncias) que afectam a vontade de perdoar? Normalmente, estes factores são de ordem pessoal (internos) ou sociais (externos). Podemos também distinguí-los conforme as diversas perspectivas em que nos colocamos: a *idade*: os idosos perdoam mais, seguidos dos adultos e dos adolescentes. Um estudo de Girard e Mullet (1997, cit. in Oliveira, 2002), na sequência de outros, provou *que as pessoas idosas perdoam mais facilmente que os adultos e os adolescentes*, assistindo-se uma subida da capacidade de perdoar seguindo a idade; o *sexo*: em geral não são significativas as diferenças entre o homem e a mulher; *Religiosidade*: as pessoas religiosas perdoam mais; *filosofia da vida*: há pessoas mais propensas ao perdão.

*Por parte do ofensor*: parentesco: é mais fácil de perdoar quando o ofensor é da família. *Proximidade religiosa*: não parece ser significativa. *Considerando a ofensa*: é mais fácil perdoar ofensas ligeiras. *Intenção*: é mais fácil perdoar quando o ofensor não é mal-intencionado; *negligência*: é mais difícil perdoar quando a ofensa é fruto da negligência;

*Pós – ofensa: vingança:* alguns só perdoam depois de o ofensor ter sido punido pela lei; *cessação de consequências:* há quem perdoe só quando os direitos foram repostos; *pedido de desculpas:* é mais fácil perdoar quando o ofendido pede desculpa; *pressão dos outros:* é mais fácil perdoar quando há pressão, sobretudo de pessoas representativas, perdoa-se mais; *pressão das autoridades:* se as autoridades (religiosas) pedirem, as pessoas religiosas podem perdoar mais facilmente; *terapia:* as pessoas podem ser ensinadas a perdoar e também curadas do ressentimento.

Mullet et al. (1998, cit. in Oliveira, 2002) estudaram um questionário sobre o perdão, concluíram a através da análise factorial, que ele possuía 4 factores:

vingança vs. perdão, diversas circunstâncias presente no perdão, bloqueio do perdão e obstáculos ao perdão. Teoricamente o terceiro factor podia incluir-se no primeiro e o quarto no segundo. No fundo, todos se poderiam reduzir-se no primeiro factor, pois a pessoa perdoa ou, guarda ressentimento e quer-se vingar. Deve ser a teoria a comandar a estatística e não vice-versa. A priori há fundamentalmente um único factor: a maior ou menor disponibilidade para o perdão, apesar das diversas circunstâncias atenuantes da ofensa. Perdoar com reticências ou com muitas condições não é perdoar.

### **5. 3. 5. O Idoso e o Perdão**

O perdão é uma dimensão da personalidade, até há pouco estudado no domínio da teologia e da filosofia. Recentemente, os psicólogos o têm abordado quer do ponto de vista desenvolvimental (descrevendo a evolução e a concepção do perdão ao longo da vida) quer quanto à sua natureza ou diversos modelos de interpretação. O assunto mais versado é o perdão interpessoal, o perdão teologal, o perdão entre diversos grupos, etnias ou nações e o perdão pessoal ou auto-perdão. O perdão interpessoal diz respeito ao perdão que a pessoa ofendida outorga ao ofensor, concedendo-lhe a compaixão e o amor em vez da ira, do ressentimento, do ódio ou da vingança, desistindo de o condenar e de passar ao contra-ataque, podendo ensaiar a tentativa de aproximação e reconciliação com o ofensor. Ao nível afectivo, cognitivo e comportamental, o perdão é um dom mais ou menos incondicional, proporcionando a paz interior a quem perdoa e a quem é perdoado.

O ponto de vista desenvolvimental foi estudado por Enright, Santos e Al-Mabur (1989, cit. in Oliveira, 2005), numa amostra etária entre os 10 e os 36 anos, onde prevaleciam os adolescentes, aproveitando-se de dilemas inspirados em Kohlberg e ainda em outros instrumentos. Os resultados mostraram que a noção de perdão anda muito ligada a da justiça, segundo Kohlberg. Nos dois primeiros estádios o sujeito confunde a justiça com o perdão. No primeiro estádio identificamos uma justiça retributiva (uma ofensa é retribuída com outra) e no 2º uma justiça restitutiva (uma ofensa é compensada com uma acção positiva). No 3º estádio, o sujeito sente-se dependente da influência exercida pelo outro, alcançando uma visão mais sistémica, no 4º, vai tornar sensível a outras instâncias, como a religião. No 5º estádio, impera-se uma perspectiva social, dispondo-se o sujeito a perdoar para que reine a paz social. Por fim, o 6º estádio, onde prevalecem princípios gerais independentes das circunstâncias, tornando-se o perdão incondicional. Conclui-se que a concepção de perdão está significativamente correlacionado com o juízo moral e a noção de justiça e que a disposição para perdoar aumenta significativamente com a idade (Oliveira, 2005).

Comparando outras idades com a velhice, conclui-se que, em geral, os idosos manifestam maior disposição em perdoar que os adultos e os adolescentes. Assistindo assim um aumento de capacidade de perdoar segundo a idade (Oliveira, 2004). Isto não quer dizer que lhes seja fácil perdoar, sobretudo quando foram vítimas de graves ofensas. Talvez uma maior sabedoria, uma maior fé, os torne mais disponíveis e abertos ao perdão.

Segundo Hermógenes (2007), na terceira idade, é necessário praticar o perdão sem restrição por seis motivos: (1) por ser agora mais fácil que na juventude, graças à experiência acumulada durante tantos anos; (2) porque com isto, ficaremos mais sadios, tranquilos e felizes; (3) porque a nossa expectativa de duração é modesta, portanto, convém perdoar agora quando ainda podemos; (4) porque quem nos fere, ignorante que é, não sabe o que faz; (5) porque é impossível que não tenhamos dado motivo de queixa a alguém, pois não somos perfeitos; (6) porque é-nos imprescindível que Deus nos perdoe.

Segundo Seligman (2008), a maneira como nos sentimos acerca do nosso passado – contentamento ou orgulho versus amargura ou vergonha – depende inteiramente das nossas recordações. Não há outra fonte. A razão pela qual a gratidão aumenta a satisfação na vida prende-se com o facto de amplificar as boas recordações sobre o passado: a sua intensidade, a sua frequência e as conotações que essas recordações têm.

Pensamentos negativos frequentes e intensos sobre o passado são a matéria bruta que bloqueia as emoções de contentamento e satisfação, e estes pensamentos tornam impossível a serenidade e a paz. O único caminho de saída deste deserto emocional é mudar os nossos pensamentos através da reformulação do nosso passado: perdoar, esquecer ou suprimir as más recordações.

*“ O perdão transforma a amargura em neutralidade e até em recordações tingidas de positividade e por isso torna possível uma maior satisfação na vida: não podes magoar o criminoso através do não-perdão, mas podes libertar-te a através do perdão” (Seligman, 2008, p. 105).*

#### **5.4. A Esperança**

Às várias definições de homem (como animal, ou ser racional, ser político, ser religioso, etc.) se pode acrescentar-se esta: “ ser que espera” ou “ser que vive de esperança” (Zavalloni, 1991, p.153, cit. in Oliveira, 2004). E. Fromm (1978, p.91 cit. in Oliveira 2004) afirma:” quando a esperança desaparece, acaba a vida efectiva ou em potência.

A esperança é um elemento intrínseco da estrutura da vida, da dinâmica do espírito humano”. Kant (in Canova, 1989, p.31, cit. in Oliveira, 2004), afirma” para compensar a miséria humana, o Céu providenciou em dar ao homem três dons: *o sono, o sorriso, a esperança*”. O sono garante ao homem o necessário repouso, o sorriso facilita-lhe a comunicação e a esperança ajuda-lhe a vencer a inércia e a superar as dificuldades. Trata-se de uma atitude, de *uma emoção, de um valor, de uma virtude* das mais positivas ou necessárias para o ser humano.

*A esperança como futuro radioso* provém do desejo. E quanto mais forte é este desejo maior é a capacidade da esperança para transfigurar o futuro e de o apresentar radioso e desejável. “Ela tem o poder *de acalmar o nosso coração, de sossegar as nossas ânsias, de tornar suportável o presente e de reforçar a nossa vontade para lutar afim de concretizar aquilo que desejamos*” (Alberoni, 2000, p. 21.) O filósofo Ernst Bloch (cit. in Alberoni, 2001, p.19), no seu livro, *O Princípio da Esperança*, analisou vários aspectos da esperança como projecções para o futuro, como intuições das possibilidades que estão a nascer e que devemos cultivar e levar a cabo. Impelidos por esta convicção, *as grandes personalidades da política, da ciência, da arte têm muitas vezes, o sentido*

*profundo de uma vocação, de um chamamento, de um dever, de um destino. É por isto que elas se movem com segurança, não se deixam desviar ou distrair das dificuldades e sabem resistir às incompreensões e perseguições que arrasariam as pessoas menos fortes. A esperança como visão aparece-nos como uma força que se dirige para o futuro, uma meta, uma visão daquilo que poderá ser, daquilo que poderemos realizar, daquilo que está em incubação e que devemos prosseguir com a nossa vontade, assumindo os riscos (Alberoni, 2001, p.19).*

#### **5.4.1. A Esperança e a Perspectiva Histórica**

Segundo Oliveira (2004, p. 112), o mito de Pandora foi uma tentativa de os gregos elaborarem *o conceito e a importância da esperança*. Segundo reza o mito, Zeus irado por Prometeu ter roubado o fogo aos deuses, enviou Pandora à terra com uma caixa cheia de males como sinal de vingança. No entanto, não recebeu ordens para abrir a semelhante caixa. Levado pela curiosidade, Pandora levantou a tampa e de lá saíram males que continuam a atormentar os humanos quer *no corpo* (cólicas, reumatismo) quer *no espírito* (inveja, vingança) e só permaneceu na caixa *a esperança* quando a Pandora a fechou novamente, o que vai tornar a vida mais suportável através de contínuos planos e objectivos. O mito exalta a esperança não apenas como uma bênção mas também como uma maldição. Tillich, (1965, p.17, cit. in Oliveira, 2004, p.112), afirma: “a esperança é simples para o louco, difícil para o sábio; e qualquer um se pode perder com a esperança louca, mas *a esperança genuína é algo raro e grande*”. Sem esperança morre-se. Ela não é uma ilusão, uma alienação ou uma panaceia mas sim uma necessidade. Alberoni, (2001), no seu livro intitulado *a Esperança* afirma: “ de todas as virtudes a esperança é aquela que mais importante é para a vida. Porque sem ela quem se atreveria a começar uma qualquer actividade, iniciar um qualquer empreendimento? Quem teria a coragem de enfrentar o futuro obscuro, incerto, impossível?” (p.13). “A vida é construída sobre a possibilidade de acção no futuro e, por conseguinte, sobre a esperança. A vida na sua natureza profunda é acesso à esperança. A esperança destrói a certeza do inevitável, e da morte, reabre o horizonte, o possível com as suas incertezas existências. E é desta abertura que nos restitui a alegria, o ímpeto, os interesses, o entusiasmo” (p.17). Canova (1989, cit. in Oliveira, 2004, p.113), no seu livro, *As*

Chaves da Esperança, cita uma passagem de Lutero que afirma: “ A esperança está presente em toda a parte e tudo o que se faz no mundo é feito em nome da esperança: nenhum agricultor semearia um grão de trigo sem a esperança de abundante colheita” (p.7). Segundo o mesmo autor, Platão considerava a esperança como algo de divino; o Cristianismo ergueu-a como virtude teologal. Para além da abordagem teologal a esperança também foi estudada no ponto de vista psicológico e existencial. Kante, na crítica da razão pura formulou a seguinte questão:” Que podemos esperar? (questão transcendental da existência humana). *Os filósofos marxistas* abordaram a esperança com significado intramundano. *Os filósofos existencialistas* dedicaram uma particular atenção a esta realidade fundamental para a existência humana., sob pena de cair *no pessimismo e no desespero*. Os clássicos gregos procuravam a esperança sob forma de não caírem no desespero.

#### **5.4. 2. A Importância da Esperança**

A esperança é na realidade o grande “ *motor*” da *acção e do viver* ( Zavalloni 1991, cit. in Oliveira, 2004).

Apesar de grande e acelerado desenvolvimento científico-tecnológico do nosso tempo, o homem parece tornar-se cada vez mais pessimista, desacreditando em parte no progresso, face a novos problemas que surgem como o ecológico, as novas doenças, o terrorismo em grande escala, ao medo de novas guerras com armas de destruição maciça, crise económica, etc. Face a esta situação é urgente acender a chama do optimismo, expressão e manifestação *da esperança*.

Além da dimensão antropológica, filosófica e psicológica, a esperança goza da imprescindível dimensão e implicações sociais, versadas por diversos autores, como o Garaudy, (cit. in Oliveira, 2004). Não é possível viver na comunidade humana sem um mínimo de esperança. Sem esperança o mundo pararia e não haveria mais homens, pois cada criança que vem ao mundo, e a própria maternidade, são gritos de esperança e se não houvesse a esperança o mundo acabaria ao menos por falta de nascimento. Os médicos perderiam toda a vontade de curar ou tentar curar as pessoas; os investigadores de novos remédios contra o cancro ou sida perderiam a vontade de continuar a lutar; os

que vivem teriam a tentação do suicídio individual ou colectivo. Em fim, é a esperança que faz viver o homem na sociedade.

A interpretação da esperança depende de cada corrente do pensamento. Para o *marxismo* a *esperança* é fundamental na igualdade (utópica) de classes (Zavalloni, 1991, pp.162 -168, cit. in Oliveira, 2004). Para *os psicólogos*, a *esperança* é necessária para que o homem possa viver com dignidade ou ao menos sobreviver. E.Erikson (autor neo- psicanalista) considera a *esperança* como a primeira e a mais indispensável virtude inerente à condição humana (Zavalloni, 1991. cit. in Oliveira, 2004).

### **5.4. 3. Estudos da Esperança em Relação à Saúde**

Vários autores estudaram a esperança do ponto de vista psicológico com pendore terapêutico, como é o caso Stotland (1969, cit. in Oliveira 2004), que intitula o seu livro *A psicologia de Esperança* relacionando-a com a ansiedade e com outros neuroses e Psicoses. Kaplan e Schwartz (1993, cit. in Oliveira, 2004), no seu livro intitulado *a Psicologia da Esperança*, consideram a esperança como o melhor antídoto contra o suicídio. Segundo Oliveira (2004), a esperança também é estudada na tentativa de recuperação de toxicod dependentes, alcoólicos, fumadores. Polivy e Herman (2000, cit in Oliveira, 2004) falam de “ síndrome de falsa esperança”, dado que os viciados persistem em esforços no sentido de vencer a dependência, caindo de novo nela, mas nem por isso deixando de tentar outra vez. Segundo Polivy e Herman (2002, cit. in Oliveira, 2004), talvez seja preferível viver de falsas esperanças ou de expectativas irrealistas do que não ter esperança alguma. O optimismo, manifestação da esperança, é muito estudado em psicologia, particularmente nas suas implicações terapêuticas e educativas.

Nos últimos anos cresceu o interesse dos psicólogos por este tópico. Apareceram inúmeros artigos, capítulos de livros e dissertações sobre a esperança, aplicada sobretudo à *psicologia clínica e da saúde* (esperança em gente com cancro, com sida e com outras doenças graves) mas também na *psicologia pedagógica* (p. ex. Chang, 1998; Worrell & Hale, 2001, cit. in Oliveira, 2004) existindo mesmo “ Escolas de Esperanças” para desenvolver nos jovens a “ excelência humana”, promovendo valores como a *honestidade, a compaixão, a integridade* (Heath, 1994, cit. in Oliveira, 2004)

De um estudo realizado com pais de crianças com cancro e a sua percepção de interacções com profissionais de saúde teve como resultado duas categorias: “significações de esperança” e “importância das relações”. Estas categorias permitiram aceder a uma maior compreensão da vivência da esperança nos pais e identificar factores promotores e inibidores de esperança na sua relação com os profissionais de saúde (Magão et. al., 2001, cit. in Olivreira, 2004).

Segundo Seligman (2008), as emoções positivas relativas ao futuro, incluem a fé, a confiança e o optimismo. O optimismo e a esperança são bastante compreendidos, têm sido objecto de milhares de estudos empíricos e podem ser construídos. O optimismo e a esperança provocam uma maior resistência à *depressão* quando somos atingidos por acontecimentos negativos, oferecem um melhor desempenho no trabalho, e especialmente quando nos deparámos com desafios e uma melhor saúde física.

#### **5.4.3.1. A Esperança, Coluna Vertebral da Vida**

De acordo com Rojas (2007), a esperança é o verdadeiro sustentáculo da existência. É a vontade de realizar novos projectos, é a expectativa de um futuro sempre enriquecedor e a crença na superação das próprias limitações. A esperança é o produto da confiança que possuímos em nós próprios e nos outros. O laço que une, numa sucessão produtiva e satisfatória, o presente, o passado e o futuro. A esperança é uma autêntica coluna vertebral da vida, e a felicidade, que constitui esse fim abstracto que tanto perseguimos, não é um estado ideal, mas sim a capacidade de compreender esta realidade: a existência é uma soma de projectos. Nem sempre teremos êxito, mas a esperança dar-nos-á forças para superar as adversidades e os fracassos.

No doente depressivo, a esperança perde-se num oceano de ideias confusas e com ela quebra-se a ponte que une as diferentes etapas da vida. Assim sendo, o psiquiatra deve ser algo mais do que um médico: é uma pessoa capaz de compreender os sentimentos dos seus pacientes. A pessoa com depressão sente que a vida não merece a pena, que o esforço de viver é extenuante e não tem sentido. Estes sentimentos são tanto mais intensos quanto mais profunda for a depressão, chegando-se ao ponto, como vimos, de surgirem tendências suicidas. O tempo para o doente depressivo é um fardo, não uma continuidade de projectos vitais. O passado está cheio de culpa e de negatividade, o

presente parece estar congelado e o futuro é apenas uma sucessão negra de potências catástrofes.

O tratamento dos pacientes depressivos deve ter em conta estas questões. Cada escola psiquiátrica e psicológica possui a sua própria teoria e modo de actuar, mas nenhuma deve passar ao lado do mundo interior do doente, dos seus sentimentos, das alterações psicossomáticas, da sua sintomatologia geral e de como ela é percebida pelo próprio afectado. Em muitos casos a depressão pode ser resultado de um desajuste da química orgânica, embora não seja por isso que soframos menos.

O trabalho da psiquiatria, neste sentido, está para lá do simples diagnóstico e do tratamento receitado: deve ser um verdadeiro médico da alma e mostrar ao seu paciente um caminho para seguir em frente. Podemos chamar-lhe esperança ou utilizar qualquer outro nome. A sua essência, porém, será sempre a mesma.

### **5.5. Fundamentação Metafísica da Esperança em Gabriel Marcel**

*O pensamento marceliano* da esperança, entendida, esta como uma resposta credível para chamar atenção dos graves problemas que atormenta o homem do nosso tempo, que, não rara, mergulha nas profundezas da descrença, que é o caminho mais curto que conduz o homem ao desespero. Apesar de a esperança ser um tema pouco tratado em filosofia ela é evocado por todos nós. Se tudo nos corre bem diremos: ” tínhamos a esperança de que assim seria”. Se as coisas não vão pelo melhor não desistimos: “ temos a esperança de que da próxima vez é que é!”. Gabriel ao falar nos destas questões, procura esclarecer o sentido da esperança, em que fundamenta e qual a sua eficácia.

*A metodologia marceliana* consiste, por conseguinte, em irmos ao encontro “do nosso próprio eu” e aprender o que há de original e pessoal em nós, no sentido de compreendermos o ser que somos enquanto estamos em situação, enquanto vivemos cada situação. É este percurso reflexivo que permite descobrir o sentido e o valor filosófico da vida. A experiência pessoal e concreta, aquela que mais preocupações nos traz, podemos, assim, traduzi-la pelas situações de cativo por que passa o ser humano, como são as doenças, a perda de um familiar, da liberdade ou de outras contrariedades da vida. Por tudo isto, o homem encontra-se susceptível de cair no

desespero. No entanto, e apesar de todos os obstáculos, o homem tem uma enorme capacidade de renovação da esperança.

Com efeito, esta é, ao mesmo tempo, uma atitude espiritual perante o conhecimento das situações dramáticas e uma resposta a essas mesmas situações. É uma atitude espiritual, na medida em que o homem de esperança vive em estado de disponibilidade e de crença na possibilidade da superação daquelas situações. É uma resposta, porque não se deixa inebriar pelo quadro desesperante em que está envolvido. É esta crença na esperança que faz com que o homem seja capaz de restaurar a integridade que, não raro, julga perdida. No contexto *da filosofia marceliana*, esta crença relaciona-se com a ideia de salvação, ao acreditarmos que a nossa existência pode ser salva do sofrimento que nos tortura no momento. Mas esta salvação não depende de nós. Quando sobrevêm as situações-limite como que nos entregamos não a algo que está ali diante de nós, que vemos e tocamos, mas a algo que transcende o nosso próprio ser, e no qual acreditamos. Deste modo, conscientes das nossas limitações, e acreditando que nem tudo está perdido, somos capazes de superar dificuldades e, até, de nos libertar do sentimento de que estamos num impasse. Tanto assim é, que mesmo nas situações mais dramáticas não desistimos de acreditar na possibilidade de um milagre. Para tanto, basta que saibamos esperar. Mas «que esperamos nós?» Naturalmente que esperamos a cura para a dor que nos atormenta, o conforto para o mal-estar que nos degrada, a paz espiritual para o nosso desassossego e desânimo. Esta é a realidade que nós esperamos. No entanto, como nem sempre assim acontece, o desespero assoma. A este propósito, é oportuno salientar que esperar não significa esperar que algo aconteça. O simples acto de esperar é aberto à novidade, é nele que se faz sentir a luz velada da esperança e se define o essencial da transcendência; enquanto que esperar enquadra-se mais no âmbito do simples desejo, e desejar é sempre desejar qualquer coisa, e se aquele não se efectiva consoma-se a degradação da esperança. É por isso que Marcel insiste em dizer que é necessário distinguir entre o desejo e a esperança, uma vez que estas dimensões da vida humana se situam em planos distintos da vida espiritual: aquele está ligado a uma expectativa, enquanto que esta não é expectante, mas sim é uma virtude, tal como a fé ou a caridade.

A esperança também é diferente do temor. Este liga-se directamente ao sentimento de incapacidade de realizar objectivos e a perdas materiais ou da própria vida. Por conseguinte, enquanto que o desejo e o temor se situam no mesmo plano, a saber, no plano do ter, a esperança manifesta-se noutra, o plano do ser. Naturalmente o homem

não pode deixar de ter. Para além do seu corpo, ele tem os bens de que necessita, tem vícios e virtudes. Ter com medida, abrindo-nos ao desconhecido e ao mistério, que, pela sua natureza, escapam à objectivação do ter e aproximando-nos do ser. Na perspectiva do filósofo, abrir-se ao mistério significa a necessidade de abrir-se aos outros, à comunhão, disponibilizando-se, uma vez que se observa no tempo hodierno fortes sinais de indisponibilidade. Situação que se traduz de várias formas: *desprezo pelos valores humanos, incapacidade para ouvir os outros (falta de comunicação), desagregação familiar*. Esta abertura espiritual leva o homem a compreender que a provação faz parte integrante do ser humano, e que é no amor, na inter-subjectividade, na participação e na transcendência que ele pode encontrar remédio e alívio para a sua dor e, ao mesmo tempo, o caminho da verdade. É esta pré-disposição que faz com que o homem vivo em situação de esperança, mesmo que os escolhos dificulte a caminhada.

O afastamento de vida do mistério é, talvez, a causa principal de uma certa indisponibilidade e de um certo fechamento do homem sobre si mesmo. Esta atitude, isoladora do homem, tem produzido os piores exemplos de desumanidade, traduzidos por guerras, deportações, massacres, miséria, terrorismo, desagregação das famílias, mortes e destruição. Ainda assim, é nesta situação que persiste em emergir a relação humana que se expressa pelo simples acto de esperar, significando este a firme disposição interior de não capitular e de retomar constantemente o esforço que há-de levar o homem, para além de todos os obstáculos, ao termo do seu itinerário. Neste sentido, a afirmação da esperança corresponde à faculdade de se poder retomar um novo percurso, de se poder reiniciar uma nova partida.

Com efeito, afirmar a esperança é afirmar que há no ser, independentemente de tudo o que é dado, de tudo quanto pode ser calculado, um princípio misterioso que Marcel denomina o *mistério ontológico*. Esta afirmação ocorre quando nós acreditamos plenamente que esperar, em qualquer situação do cativo, é sentir que não estamos sós e que a situação se resolverá, mesmo que no decorrer do nosso percurso subsistam contrariedades que possam conduzir-nos ao desespero. Desesperar parece ser, aliás, uma condição da situação humana. Porquanto, só tem sentido falar de esperança se admitirmos a possibilidade de estar sujeitos a estados de desespero. Tanto aquela como este têm um lugar permanente na nossa vida. No entanto, a esperança é como uma força interior clarificadora que se manifesta nas horas mais difíceis, enquanto que o desespero obscurece a nossa capacidade de discernimento.

Apesar da esperança não se deixar submeter à objectivação, não quer dizer que ela seja, apenas, uma disposição subjectiva, isto é, uma energia estimuladora da vida, capaz de possibilitar a realização do ser. A esperança não é, pois, um simples estímulo subjectivo, mas sim um elemento do processo criador, pelo qual a criação humana se realiza. Sem esta vitalidade interna nada de grandioso seria feito. Se o homem cria é porque acredita no valor da sua criação, ao criar ele não está a pensar em si, ele está a abrir-se ao exterior, está a descentrar-se e a subtrair-se à solidão.

Aliás, o acto de esperar exclui o sentimento de solidão e veicula a afirmação de um “eu solidário”, inter-subjectivo e comunitário, isto é, de um nós. A esperança exclui todo o isolamento. Por conseguinte, onde há o nós, há amor, e onde há amor há esperança, e, desta maneira, as condições de desespero tendem a atenuar-se. O registo próprio da meditação marceliana é, aliás, o registo espiritual, veículo próprio para a restauração da integridade interior, cujo meio visível é precisamente a comunhão. Neste sentido, a esperança é apresentada como forma superior de participação. Sendo certo que esta só se realiza na comunhão espiritual. É nesta comunhão que esperar ganha o seu verdadeiro sentido. A reflexão sobre a experiência humana, isto é, sobre o homem em situação, mostra-nos que o homem só se dá conta desta confiança abrindo-se à transcendência numa relação pessoal. É por isso que se pode dizer que a esperança está para além de toda a vida particular e imediata, que é inseparável de uma fé e que transcende todas as nossas possibilidades de realização.

Por conseguinte, a relação da provação com a esperança tem um sentido específico: o caminho de Deus como Tu supremo e transcendente que eu conheço pela fé, cuja invocação, a oração, permite a recuperação do nosso ser, quando nos encontramos em situação de perdição, prestes a desesperar. Enfim, não podemos deixar de concordar que a esperança só se pode fundamentar em termos metafísicos, porque não é no “eu,” mas no “tu” e, particularmente, no “Tu Absoluto” que encontramos o alimento para a esperança.

As considerações de Gabriel Marcel acerca da esperança metafísica convertem-se, em última análise, numa apologia do cristianismo, e não podem ser desprezadas em nossos dias, de tal modo elas correspondem às necessidades espirituais em que vivemos. Com efeito, o filósofo dá-se conta de que o homem contemporâneo está a deixar-se encaminhar para as fronteiras do desespero. Porém, afirma que mesmo nas horas mais dramáticas da vida humana cintilam chamas de esperança capazes de iluminar e revitalizar os corações.

## **5.6. Definição da Esperança**

Os autores das décadas de 60 e 70 descreveram *a esperança* como uma herança de uma percepção global das metas que se podem alcançar na vida das pessoas (Beck, Weinsman, Lester, Trexler, 1974; Erickson, Post e Paige, 1975; Farber, 1968; Franckl, 1992; French, 1952, Gottschalk, 1959; Stotland, 1969; cit. Snyder et al, 1996, in Faria, 2000). Nos últimos tempos, os estudos conceptualizam *a esperança* de uma forma mais dinâmica salientando a importância das cognições para a concretização dos objectivos (Lee, Locke, e Latham, 1989; Pervin, 1989; cit Snyder et al, 1996 in Faria, 2000), considerando que um pensamento direccionado para alcançar uma meta está assente em duas componentes (*agency e pathwais*) que se encontram interrelacionadas: a) acção – determinação em alcançar as metas; b) direcção – plano estratégico para alcançar o objectivo. Neste sentido a *esperança* pode ser definida como uma configuração cognitiva interactiva baseada na percepção recíproca do êxito da acção (determinação cognitiva em alcançar uma meta ou objectivo identificado conscientemente) e a direcção (implementação de um plano de estratégias para alcançar o objectivo predeterminado) (Faria, 2000). Snyder (1995, cit. in Oliveira, 2004) define *a esperança* como: “ um processo de pensamento sobre os objectivos da pessoa acompanhado com a motivação de actuar nesse sentido (*agency*) e de encontrar os meios (*pathways*) para atingir os respectivos objectivos”. A esperança ainda é definida como “ uma energia cognitiva e percursos para os objectivos” (p.355).

*Os filósofos e teólogos cristão*, a partir da Bíblia definem *a esperança* como “ garante das coisas esperadas” (Heb.11.1). Descarte considerava-a uma perspectiva de conquistar um bem com probabilidade de obtê-lo. Devoto (cit. in Alberroni, 2001, p.13) define *a esperança* “ como expectativa confiante, mais ou menos justificada de um acontecimento favorável”.

Alberoni (2001, p.19) define *a esperança como visão* “ uma intuição que provém de um impulso interior e nos põe de novo numa relação de confiança com o mundo, reinserindo-nos no impulso vital do qual tínhamos sido expulsos. A esperança é uma revelação da nossa continuidade vital com o cosmos, uma afirmação da nossa substância enquanto ser. Segundo o mesmo autor, *a esperança como futuro radioso tem o poder de acalmar o nosso coração, de sossegar as nossas ânsias, de tornar*

*suportável o presente e de reforçar a nossa vontade de lutar para concretizar aquilo que desejamos.*

Em conformidade com as ideias anteriormente referidas, podemos inferir que a *esperança* está relacionada com a motivação e o optimismo, verificados nas pessoas num determinado momento, (*esperança disposicional ou estado*) e ao longo dos acontecimentos das suas vidas, (*esperança habitual ou traço de personalidade*). Os indivíduos que apresentam uma predisposição cognitiva de *esperança* estão motivados para despende energia, desencadear e manter os esforços direccionados necessários para alcançar as suas metas, por isso, têm maior probabilidade de experienciar vivências de êxito (*Faria, 2000*).



## **CAPÍTULO VI**

### **6- PROMOÇÃO DA SAÚDE E ENVELHECIMENTO**

#### **6.1. Saúde**

A saúde, assunto de interesse universal, está presentemente no centro de uma das tomadas de consciência mais importantes no ocidente. O que é a saúde? Que significa estar com saúde? A saúde não estará reservada apenas aos jovens? Todas estas questões, entre outras, foram objecto de constantes e sistemáticas pesquisas.

Para conhecer a saúde e a doença é necessário estudar o homem no seu estado normal e em relação com o meio em que vive, e investigar ao mesmo tempo as causas que perturbam o equilíbrio entre o homem e o meio exterior e social (Hipócrates, (460 - 370 A.C, cit. in Oliveira, 2004). Definir a saúde não é tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes do meio sócio-cultural ou do percurso de cada indivíduo. Por outro lado, médicos, sociólogos, psicólogos e todos os intervenientes que trabalham neste domínio da saúde, têm a sua própria definição, que corresponde a uma orientação pessoal. Assim, para o sociólogo, *a saúde* deve ter em conta elementos como a família, o trabalho e a sociedade, e representa a capacidade total que cada pessoa tem de desempenhar o seu papel social. Para o psicólogo, *a saúde* corresponde ao desenvolvimento pessoal e situa-se num contexto de adaptação ao stress, que permite a todo o ser humano, reagir às mudanças a que está sujeito. Os enfermeiros, atendendo à sua formação técnica e médica, têm também a sua própria definição de saúde. A distinção entre físico, psicológico e sociológico esbate-se, para dar lugar a uma concepção sistémica da dimensão de cada um. Compreende-se melhor que a pessoa é tudo isso em simultâneo. Hoje a saúde não é unicamente uma tarefa de profissionais, mas de toda a comunidade. A palavra saúde deriva da raiz *sanus* que significa *são*. O “Petit Larousse” *define a saúde como o estado daquele que esta bem, que se sente bem. A saúde é pois um estado positivo no que respeita à saúde física ao equilíbrio mental e à vida social de um indivíduo.* A esta definição está associada a noção de bem-estar, desenvolvimento pessoal, valores de identidade, liberdade, participação e utilidade.

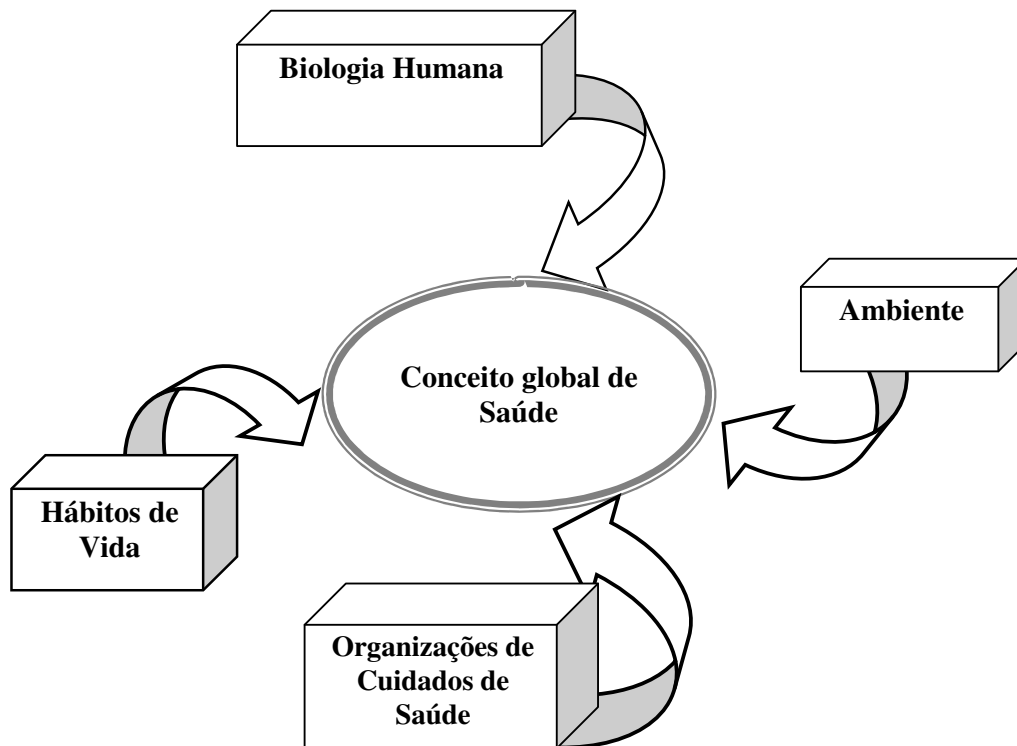
Para a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidades (Simões, 2006, cit. in Oliveira, 2008). Dunn (1973, cit. in Berger, 1995) descreve *a saúde* como o estado que permite a uma pessoa funcionar com o seu potencial máximo, num determinado aspecto específico. Esta noção veicula o aspecto da permanente adaptação do indivíduo a todos os níveis. É realista, global, dinâmica e é válida para todas as idades. Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (OMS; 1948) sendo um recurso para a qualidade de vida (OMS, 1986). *A saúde* é um conceito multidimensional e positivo, que enfatiza tanto os recursos pessoais e sociais como as capacidades físicas (Cavill, Biddle & Sallis, 2001, cit. in Oliveira, 2004). O conceito da saúde modificou-se muito nos últimos trinta anos e, hoje em dia, estar com saúde não significa apenas não estar doente. Insiste-se mais nos aspectos positivos de um corpo e de um espírito liberto, a par de um desenvolvimento pessoal.

Cada pessoa tem uma percepção pessoal da saúde. Para certas pessoas, estar com saúde significa sentir-se bem, estar em forma e feliz. A saúde é um estado dinâmico é um processo que se desenrola ao longo da vida, durante a qual cada um espera e interpreta efeitos diferentes. As noções mais correntes e veiculadas sobre o conceito da saúde são: ausência de doença e de incapacidade, possibilidade de trabalhar para assegurar a sobrevivência, bem como uma certeza e segurança conjugadas para o desenvolvimento do indivíduo.

Assiste-se, há alguns anos, ao nascimento de um novo conceito de saúde que se baseia na convicção de que existe em cada ser humano uma autonomia natural, instintiva e um poder regenerador. Segundo este conceito, a saúde é um processo de adaptação, um estado dinâmico em permanente transformação e em constante evolução. Sob influência de pensadores como Dubos e Dunn, novos termos surgem no vocabulário da saúde: adaptação positiva, criatividade, integração, equilíbrio e ambiente. *O ser humano saudável* descreve-se como *alguém que se sente bem na sua pele, que pode fazer o que deseja e gosta, desenvolvendo plenamente o seu potencial*. Face aos múltiplos agentes de stress, o ser humano tenta manter o equilíbrio e satisfazer as suas necessidades. A saúde é uma adaptação positiva, ainda que a doença ou uma qualquer contrariedade sejam apercebidos como mal adaptação. Ele tenta conservar a sua integridade individual ao longo da vida e adaptar-se às solicitações do ambiente. Para poder dedicar-se aos seus projectos, deve manter um estado de equilíbrio físico e mental isento de tormentos

e sofrimento. René Dubos (1982, cit. in Berger, 1995) acrescenta à adaptação positiva a noção de criatividade, que descreve a adaptação do ser humano como um estado positivo e activo e não como uma espera passiva (Berger, 1995). Em 1974, o documento intitulado” *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*” propõe uma concepção global de saúde identificando quatro factores susceptíveis de influenciar a doença e a mortalidade: *biologia humana*: todos os aspectos da saúde física e mental que tem origem no interior do organismo e que dependem da estrutura biológica do ser humano; *hábitos de vida*: conjunto de decisões que cada pessoa toma e que têm repercussões na saúde (riscos deliberados); *ambiente*: conjunto de factores exteriores ao corpo humano que tem incidência na saúde; *organização de cuidados de saúde*: a relação entre a população e os recursos atribuídos aos cuidados de saúde (sistema de cuidados) (Berger, 1995).

**Factores que influenciam a doença e a mortalidade:**



**Figura 4 – Conceito global da saúde: principais factores que afectam a saúde do indivíduo**

Fonte: Soins infirmiers en santé communautaire. Rapport d'un comité d' expert del' O. M.S., Raport tecniquénique, série 558. Genève, O. M. S., p.8

A partir de 1946, a definição de saúde sofreu uma evolução, incluindo a noção de bem-estar. Não se fala unicamente de ausência de doença mais de um estado de bem-estar físico, mental e social (esta definição parece corresponder melhor a etapa da velhice). Dunn (1973, cit. in Berger, 1995) descrevia a saúde como um estado elevado de bem-estar concretizando-se em todos os planos da organização pessoal. No modelo de Dunn, a saúde, não representa senão, um dos factores que facilita o bem-estar. Por outro lado, esta abordagem sugere para cada indivíduo um nível óptimo de bem-estar de funcionamento num continuum de bem-estar que permite viver uma existência satisfatória. Esta noção está mesmo presente nos aspectos negativos da saúde como as doenças crónicas, a velhice e a morte.

A saúde óptima e total depende de vários factores e resulta da interacção dum organismo com o seu meio. Pellier (1979, cit. in Berger, 1995) resume-a assim: a saúde total é uma saúde de paz interior e de harmonia na pessoa livre de todos os medos e prisões, um estado de liberdade incondicional baseada num equilíbrio interno profundo. O qualificativo óptimo permite avaliar a saúde de maneira realista, tendo em conta os limites de cada indivíduo. A saúde óptima tem na base dois conceitos fundamentais: *limiar da saúde e do funcionamento óptimo*; avaliação da saúde de uma pessoa deve ter em conta a sua actividade e as suas aptidões para funcionar de modo aceitável para ela e para a sociedade (Berger, 1995).

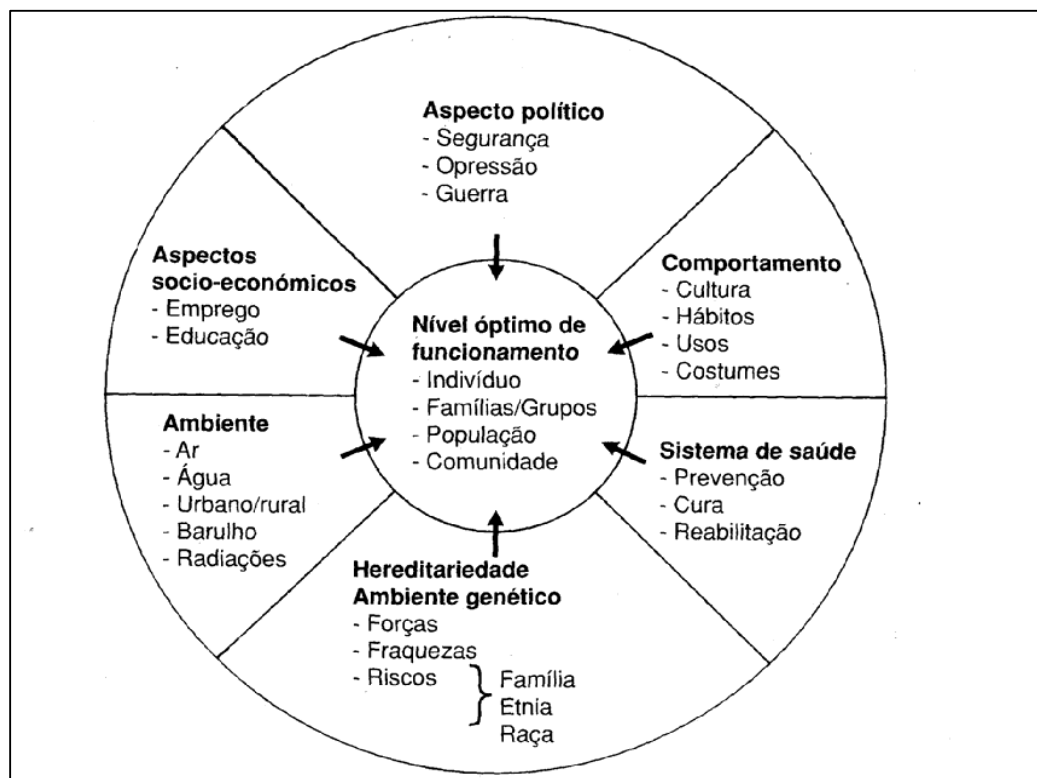
### **6.1.1. Promoção da Saúde e do Bem-Estar**

O aspecto físico não é a única dimensão do bem-estar. É preciso igualmente ter em conta o bem-estar psicológico. Para alcançar este bem-estar, os mais velhos terão de alterar os seus valores anteriores (juventude-sucesso-felicidade) para valores mais importantes tais como a manutenção e o desenvolvimento da vida mental e afectiva. O equilíbrio é difícil de manter, porque durante a terceira idade surgem problemas ligados ao isolamento, à solidão, ao luto e à reforma. Apesar de tudo, 50% das pessoas idosas dizem sentir uma grande satisfação em relação à vida. Na idade avançada, mesmo evidenciando já alguma debilidade física, a experiência dá lugar a uma certa sabedoria, o que garantem o equilíbrio (Berger, 1995). A noção de bem-estar parece-nos a que melhor convém à gerontologia. O bem-estar representa efectivamente um estado de

equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio interno e todos os níveis. Não há nenhum limite cronológico ou estrutural para o bem-estar de um indivíduo, visto que os processos de adaptação ao ambiente variam com a idade. O bem-estar perfeito para todos está sem dúvida fora do nosso alcance, mas podemos combater a doença ou a invalidez e promover em cada indivíduo um estado saudável que, tendo em conta a sua idade, lhe permita dedicar-se a um nível normal de actividades físicas, mentais e sociais. Numa perspectiva de promoção de saúde baseada numa abordagem ecológica, as enfermeiras devem determinar critérios precisos de saúde e de bem-estar e elaborar as intervenções necessárias para retardar os efeitos do envelhecimento e diminuir as suas consequências negativas. O bem-estar e actualização dos idosos dependem do seu crescimento e aprendizagem. A educação para a saúde e para o bem-estar comporta para todo o ser humano cinco dimensões: *a)* a responsabilidade pessoal; *b)* a nutrição; *c)* a actividade física; *d)* o controlo do stress e a organização do meio; *e)* o atingir um estado de bem-estar passa pela integração destas cinco dimensões no estilo de vida individual. Também a prevenção deve ter em conta estas cinco dimensões. No entanto, a medicina preventiva apenas costuma oferecer uma atitude ofensiva perante a doença. A noção tradicional de prevenção esteve durante muito tempo associada à prevenção das doenças contagiosas e ao despiste precoce das doenças. Embora esta noção se tenha modificado e alargado de há alguns anos a esta parte e o interesse médico neste domínio tenha aumentado consideravelmente. A prática da medicina privilegia ainda em excesso a noção preventiva individual em detrimento de uma acção mais global (ambiente). Para ajudar as pessoas a conservar a saúde e prevenir a doença é preciso ajudá-las a identificar os perigos, mas sobretudo levá-las a definir a sua própria concepção de saúde e de doença. Para o idoso, a definição da saúde que parece mais adaptada às suas necessidades parece ser a de nível óptimo de funcionamento. Neste modelo o homem interage com o ambiente num processo contínuo de adaptação; acentuando as capacidades individuais, e não as incapacidades. A concepção da saúde segundo este modelo, já não é um estado passivo que se tem ou que se perdeu, mas antes um método para se funcionar da melhor maneira. Dunn (1973, cit. in Berger, 1995) descreve a saúde como um elemento estado de bem-estar e propõe nove elementos necessários à promoção da saúde, a saber: (1) melhoria das condições de vida familiar e comunitária; (2) educação sanitária prodigalizada à pessoa e às famílias sobre a aplicação dos conhecimentos que dizem respeito à promoção da saúde; (3) ensino dos princípios das relações humanas; (4) desenvolvimento de um elevado estado de bem-estar (Wellness)

daqueles que ocupam postos de comando; (5) estabelecimento e manutenção de canais de informação abertos e livre acesso a todo o conhecimento disponível, afim de permitir decisões acertadas; (6) aumento das possibilidades de expressão criadora; (7) intensificação das preocupações com o bem-estar dos outros, e com o estabelecimento de relações de assistência e de suporte; (8) compreensão do conceito de maturidade e dos métodos de a promover.

### **Influências dos ecossistemas no nível óptimo de funcionamento**



**Figura 5 – Influências dos ecossistemas no nível óptimo:**

Fonte: S. E. Archer et R. Fleshman, Community Health nursing: Patterns and Practice, San Francisco, Duxbury Press 1975,p.24-25.in Nursing Québec, vol.3, nº, mars-avril 1983, 9.13 Adapted.

### **6.1.2. Promoção da Saúde Mental nos Idosos**

A promoção da saúde é o processo que permite a cada indivíduo e à comunidade controlar os factores de risco e estimular os factores protectores. A preocupação dos serviços de saúde deixou de estar centrada só no tratamento da doença, para se organizar no âmbito da prevenção e promoção da saúde.

Segundo (Silva et al., 2003), esta mudança de abordagem da problemática da saúde que se manifestou na década de 70 parece perfeitamente actual em Portugal. Reconhece-se a importância de desenvolver novos modos de encarar a saúde e as doenças. A par da emergência da preocupação com o aspecto preventivo e promotor da saúde, o indivíduo passa a ser encarado, enquanto ser biológico, psicológico e social, acentuando-se igualmente as preocupações do ponto de vista da saúde mental.

As alterações da saúde mental, sob a forma de perturbações mentais permanentes ou sujeitas a remissão, são consideradas as doenças mais inquietantes da época actual e que se manifestam com grande intensidade nos idosos.

A investigação / intervenção em saúde mental representa uma das fronteiras da Saúde Pública que tem sido consideravelmente explorada durante as décadas mais recentes. Segundo a OMS (1980) uma combinação adequada de programas de intervenção e prevenção no campo da saúde mental, é uma das estratégias públicas gerais, que pode evitar danos ou disfuncionalidades.

A reabilitação psicossocial no âmbito da promoção da saúde mental é o processo pelo qual a pessoa é ajudada a adaptar-se às limitações da sua incapacidade, a recuperar capacidades perdidas e a desenvolver novas competências, de forma a ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social, tendo em vista a melhoria da sua autonomia e qualidade de vida. É de referir ainda que a reabilitação tem duas vertentes, uma que inclui todo o processo de aprendizagem e treino de competências, outra que implica a criação e mobilização de suportes comunitário. É neste âmbito que assumem particular importância os programas e iniciativas de promoção de saúde mental através da educação, participação e intervenção comunitária com idosos. Dai que adquira cada vez mais um carácter inevitável as formas de acção em que os idosos possam activamente participar, promovendo as suas competências, dando-lhes um novo “ânimo” e não os deixando cair na tristeza do seu envelhecimento.

## **6. 2. Actividade Física**

A actividade física é um aspecto essencial à manutenção da saúde dos idosos. De facto, não existe qualquer doença crónica nem qualquer razão que impeça a elaboração de um programa de exercícios físicos visando prevenir o envelhecimento prematuro e que actue directamente sobre as causas que predispõe às doenças degenerativas. Os programas de actividade física para os idosos visam repor a forma, melhorar e manter a condição física. Têm no entanto, que ter em conta, os antecedentes e capacidades dos indivíduos, e ser principalmente orientados para os exercícios de fortalecimento e de relaxamento. Os programas são de intensidade variável e dirigem-se a todas as categorias de idosos e a todos os grupos de idade. Para as pessoas que se podem deslocar recomendam-se exercícios de aeróbica e de endurance, como a marcha, a dança ou exercícios similares. Para os que têm que ficar sentados ou acamados, sugerem-se exercícios de flexibilidade e de relaxamento que respondem especialmente às suas necessidades. Os programas são múltiplos, diversificados, e oferecidos por diferentes organizações.

O exercício físico deveria fazer parte integrante do modo de vida dos idosos, porque o sedentarismo é muito nocivo e representa mesmo um risco para a saúde. O exercício físico permite ao idoso desenvolver uma atitude positiva e dinâmica quanto à saúde e ao bem-estar, e são numerosos os benefícios que dele consegue retirar. Pode melhorar a aparência, a vitalidade e a atitude, e ganhar flexibilidade, vigor e resistência. A actividade física permite também aumentar as trocas gasosas e as reservas de oxigénio, diminuir o stress, a rigidez e a fraqueza muscular, mantêm a vitalidade e melhora a função cardíaca e circulatória. Além disso, o exercício pode permitir baixar a percentagem de gordura corporal.

Em suma, o exercício físico beneficia não só os músculos e articulações, mas o organismo na sua totalidade (*Parreño, 1984*).

Estudo prova que a actividade física diminuía com a idade e mais nas mulheres do que nos homens. Infelizmente, o conceito de saúde tal como é veiculado nos nossos dias, ainda não reconhece a necessidade de integrar o exercício físico na vida das pessoas idosas (*Berger, 1995*).

A Organização Mundial da Saúde define três níveis de prevenção em gerontologia: *primária, secundária e terciária* correspondendo a três etapas de doença: a *deficiência*,

a incapacidade, e o *handicap* (Berger, 1995). A nível primário, a *prevenção da doença, promoção e manutenção da saúde* tem os seguintes objectivos: fazer desaparecer os factores de risco; tornar o organismo mais resistente ao ataque; levantar barreiras contra o invasor. Para atingir esses objectivos, tem como meios os seguintes: educação, tratamento das deficiências, imunização, modificação dos hábitos de vida, ajuda concreta em regimes de pensão, cursos de preparação para a reforma. Esta acção deve ser concretizada nos locais como: cuidados no domicílio, serviços não institucionalizados, grupos de idosos e clínicas de diagnóstico.

No nível secundário: *curar a doença, travar ou retardar a sua progressão*, tem com objectivos: descobrir precocemente o processo patológico, erradicar tanto quanto possível as deficiências, controlar os handicaps e baixas de capacidade. Os meios para este tipo de prevenção são: despiste precoce, detecção das doenças específicas dos idosos, identificação dos factores de risco, avaliação psicossocial e familiar, ensino aos beneficiários: exame de saúde, análises regular. O nível secundário actua nos locais a saber: em todos os níveis do sistema de saúde, nos profissionais especializados, nos grupos dos idosos, e na população em geral.

Em fim o nível terciário: *diminuir as consequências e as repercussões da doença* com base nos objectivos seguintes: instaurar medidas para retardar a progressão da doença; instituir medidas que permitam um funcionamento óptimo; prevenir e reduzir as sequelas. Para atingir estes objectivos, o nível terciário goza dos meios que se seguem: rede de cuidados gerontológicos integrado e adaptado, modificação da atitude dos intervenientes, revalorização do papel da família, actividades de readaptação: fisioterapia, ergoterapia, reabilitação e ortofonia. O nível terciário actua no domicílio, nas instituições especializadas, nos serviços externos, nos serviços especializados, na família e rede de suporte.

### **6. 3. Práticas de Intervenção para a Promoção do Bem-Estar do Idoso**

Atingir a “ terceira idade” significa o início de uma nova etapa de vida, que se bem preparada e estimulada pode ser promissora em termos de realizações de projectos, planos e sonhos que foram adiados e que se considera potencial de experiências acumuladas pela pessoa idosa, terá grandes benefícios.

A questão do projecto de vida é intrínseca à natureza humana, está relacionada com a simples existência do Homem, e com a necessidade que este tem de se projectar num futuro (próximo ou a médio / longo prazo), na procura de um sentido para vida.

O esvaziamento existencial dá-se, precisamente, quando se perde a continuidade da existência no mundo, quando este sentimento de continuidade é perdido, não existe projecto, nem há onde projectar. E não havendo projecto, a existência é vazia e sem sentido. O facto de existirem objectivos consubstanciados num projecto, por mais simples que seja, pode conduzir ao bem-estar ou seja a uma satisfação vivencial. O Trabalho dos profissionais deve permitir colocar em acção toda a energia estagnada, mal direccionada e levar a pessoa idosa a desenvolver o seu potencial de forma criativa, resgatando a essência da vida.

Pois, o envelhecimento não é fatalmente sinónimo de declínio. Se fizer um balanço de tudo o que fica intacto apesar do avanço da idade, o resultado é espantoso. *O dinamismo positivo* é um permanente agir e reagir, de ordem biológica, psicológica ou psicossocial que contribui para manter a autonomia, o desenvolvimento e o sentido de dignidade pessoal do idoso. Para os idosos, a saúde esta associada a uma boa moral e também a várias outras variáveis (Berger, 1995). Segundo alguns investigadores, três variáveis são necessárias para o bem-estar (satisfação de viver): a saúde, a criatividade e um rendimento adequado. As pessoas que se dizem satisfeitas, corresponde à uma boa saúde, maior actividade social, maior instrução e rendimentos mais elevados.

Um inquérito conduzido por Palmore e Luikart (1981, cit. in Berger, 1995) demonstrou que as variáveis que têm mais peso na vida dos idosos são *a saúde e a participação nas actividades estruturada*. A sensação de que se tem controle sobre o destino e ter alguém em quem confiar. O bem-estar (satisfação de viver) passa por melhorar a saúde e aumentar as actividades sociais. Estas variáveis aparecem sempre como sendo muito importantes nas culturas ocidentais.

Eis os comportamentos físicos, psicológicos e sociais dos idosos que vivem um envelhecimento normal e se dizem de boa saúde: *no plano físico*: praticar actividades múltiplas e variadas; trabalhar e ter um papel social; conservar a mobilidade física; manter ou modificar a actividade física. *No plano psicológico*: querer aprender e evoluir, adaptar-se e modificar-se e apelar à criatividade. *No plano social*: criar novas e significativas relações; empenhar-se numa causa e alargar o campo de experiências sociais; evitar o isolamento e ter um ou dois bons amigos; poder conservar a capacidade sexual ou emocional; adaptar-se à evolução social; conservar as crenças religiosas.

Segundo Berger (1995) estar de saúde não é mais do que estar vivo e não é um privilégio reservado aos jovens.

#### **6. 4. Estilos de Vida**

Considerando-se que os estilos de vida se caracterizam como um padrão de comportamentos, que se constituem hábitos característicos de um indivíduo, grupo ou sub-grupo (Ramires-Holffmann, 2002) alguns estudos indicam uma relação entre os estilos de vida e os níveis de BES dos sujeitos, pois contribuem para a QV e para a saúde. Belloc e Breslow (1972, cit. in Gonzalez & Ribeiro, 2004) salientam que determinados estilos de vida são adaptativos e promovem o BES, enquanto que diversos trabalhos relacionam o suporte social e o exercício físico com a emocionalidade positiva.

Os estilos de vida são um conceito utilizado em diversas áreas, como a medicina, ciências sociais e saúde, correspondendo ao modo de viver das pessoas. Podem considerar-se como o resultado da multidimensionalidade dos indivíduos, sendo influenciados por diversos factores, como as opções disponíveis para determinado indivíduo, as escolhas em função das normas sociais e a sua individualidade. Deste modo, é um fenómeno sócio-cultural, pois os padrões comportamentais são resultantes dos valores e crenças do indivíduo e das oportunidades dos contextos sócio-económicos.

Os determinantes dos estilos de vida são *factores envolvimentoais* (políticas públicas e organizacionais), *factores culturais*, *factores grupais* (nomeadamente a família e os grupos de pares) e *pessoais* (Ramírez-Hffmann, 2002).

São diversos os padrões e comportamentos que podem incluir o estilo de vida dos indivíduos, como alimentação, a higiene, o consumo de tabaco, e álcool, a prática de desporto/ sedentarismo, os hábitos de sono, ou a sexualidade. Porém, as investigações têm-se centrado mais nos seguintes comportamentos: consumo de álcool, tabaco, prática de exercício físico e alimentação. Neste sentido, um estilo de vida saudável, é caracterizado por não fumar, dieta saudável e actividade física que reduzem o risco de mortalidade e atrasam a deterioração da saúde em populações idosas (Ramírez-Hoffmann, 2002). Outros autores, como Belloc e Breslow (1972, cit. in Gonzalez & Ribeiro, 2004) consideram que os estilos de vida estão associados à saúde e BES, identificando alguns comportamentos benéficos como: 7 ou 8 horas de sono diárias, tomar o pequeno-almoço, não comer entre as refeições, ter o peso ajustado à altura ou próximo, não fumar, ausência ou consumo moderado de álcool e prática regular de exercício físico. Tendo em conta os factores acima mencionados, Clarkson-Smith e Hartley (1989, cit. in Fonseca, 2006) salientam a relação entre o exercício físico e as capacidades cognitivas dos idosos, concluindo que os idosos que praticavam exercício físico tinham melhores resultados em medidas de raciocínio, memória activa e tempo de reacção. Do mesmo modo, autores indicam que a perda de vigor físico associado ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário de muitos idosos.

O estudo Alameda (Berkman & Breslow, 1983), um dos estudos epidemiológicos sobre a relação entre o comportamento a saúde e as doenças mais rigorosas do ponto de vista metodológico, mostrou que melhores comportamentos de saúde avaliados de modo semelhante ao do questionário estudado no presente estudo estavam relacionados com melhor saúde (Belloc & Breslow, 1972) e piores comportamentos de saúde com a mortalidade (Belloc, 1973). Este tipo de estudo facilitou o desenvolvimento do conceito “Estilo de Vida” de *Wellness* ou equivalentes enquanto componentes essenciais na promoção e protecção da saúde e na prevenção das doenças.

Em 1982, Hettler define *Wellness* como um processo activo através do qual o indivíduo se torna consciente e faz escolhas que conduzam a uma melhor existência, ou como um método integrado de acção visando maximizar as potencialidades do indivíduo no meio ambiente em que funciona. O conceito de estilo de vida assumiu igualmente um lugar importante em contexto de promoção da saúde e de prevenção das doenças. A sua definição tem evoluído. Lalonde, em 1974, definiu-o como agregado de decisões individuais que afectam a vida do indivíduo e sobre as quais tem algum *control*. A Organização Mundial da Saúde define estilo de vida como um “ conjunto de estruturas

mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986, p.43), ou um aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade, e de muitos outros factores (WHO, 1988). Verifica-se um aumento de complexidade nas definições com o passar do tempo, desde a primeira com uma perspectiva mais individualizada centrada no comportamento individual, até à última em que os comportamentos já dependem de aspectos contextuais, ou a penúltima que coloca o comportamento como expressão do contexto social alargado. Os conceitos de estilo de vida e de *Wellness* pode ser equivalentes.

## **6. 5. Qualidade de Vida na Terceira-Idade**

A expressão *qualidade de vida* está actualmente em voga, usada de formas diversas quanto ao conteúdo e quanto ao modo de a avaliar. Tornou-se popularizada e é hoje utilizada não só no discurso diário, mas também no contexto da investigação. É um tema de interesse comum a vários contextos da sociedade e a sua definição deve reflectir o contexto em que é estudada, nos seus aspectos comuns e específicos.

Para uns a *qualidade de vida* equivale a bens materiais, para outros a bens espirituais, para uns é uma opinião subjectiva (psicológica), para outros pode ser avaliada de forma objectiva (social, económica, política e ambiental).

*Qualidade de vida* é hoje em dia um tema de primordial importância, uma vez que viver não é mais e só, um problema de simples subsistência. Trata-se de valorizar e dignificar a vida, tomando como aspecto central a saúde ao invés da doença. Assim, e graças ao sucesso dos cuidados de saúde, hoje é possível a muitas pessoas idosas levar uma vida activa, participativa e bem-sucedida.

Em *Gerontologia* a investigação em *qualidade de vida* coincide com a do envelhecimento “positivo”, a sensação de controlo, relacionamento social e qualidade do ambiente onde vive, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtiva, controle pessoal, satisfação com a vida e motivações (Bowling, 1995).

O envelhecimento tem um grande impacto na vida das pessoas, não só pela interferência nas suas actividades diárias, mas também pelos inconvenientes sociais e psicológicos

que as limitações que lhe são próprias lhe impõem, perturbando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

*O conceito de qualidade de vida no idoso* não é susceptível de uma definição simples e universal, dado que, se trata de um conceito abrangente e no qual se interligam diversas abordagens e diversas problemáticas.

Ao tentar definir o conceito de *qualidade de vida* para idosos, Donald (1997, cit in Jacob, 2007) formulou cinco classes gerais que tanto pode servir de referência para os mais velhos, como para os profissionais que os atendem: (1) bem-estar físico; (2) relações interpessoais (família, amigos e participação na comunidade); (3) desenvolvimento pessoal; (4) actividades espirituais; (5) actividades recreativas (socialização, entretenimento activo e passivo).

A OMS (1998) definiu *qualidade de vida* como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos objectivos, expectativas, padrões e percepções.

(Keister e Blixen, 1998) consideram *a qualidade de vida* do idoso multidimensional e englobam na sua avaliação a dimensão biológica, psicológica, interpessoal, social, económica e cultural. Avaliam também os factores políticos, sociais e económicos que afectam a qualidade de vida no idoso. Nas questões políticas destacam a avaliação da legislação e da segurança social e as implicações da diminuição da natalidade, na diminuição da massa laboral para suportar os reformados, determinando conflitos intergeracionais. Em termos sociais analisam as relações interpessoais e a sua influência na percepção da *qualidade de vida* dos idosos, pois o grupo/meio social dos idosos torna-se limitado à medida que envelhecem uma vez que os cônjuges, irmãos, parentes e amigos morreram.

A qualidade de vida varia conforme a idade e a área de residência. Além disso, os idosos não definem *qualidade de vida* simplesmente em termos das suas conotações positivas, usam também as negativas e acreditam que a qualidade de vida não se limita à saúde. As dimensões da *qualidade de vida* frequentemente mencionadas por idosos são referentes a família, contactos sociais, saúde, mobilidade/capacidade, circunstâncias materiais, actividades, felicidade, juventude e ambiente em casa. A promoção da qualidade de vida em pessoas idosas implica a adopção de um estilo de vida adaptado às alterações biológicas e psicológicas do envelhecimento. Pois, à medida que uma pessoa envelhece, a sua *qualidade de vida* é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e independência.



## **CAPÍTULO VII**

### **7 – EMOÇÕES POSITIVAS E VALORES DE ORIENTAÇÃO DE VIDA DOS IDOSOS**

Não é fácil definir vários conceitos, como a motivação, emoção, afectividade, sentimento. Por outro lado, alguns construtos (referenciados anteriormente) como bem-estar psíquico (satisfação com a vida, felicidade, optimismo, esperança, perdão, sabedoria) podem ser denominados emoções mas também valores ou virtudes (termo com conotação mais religiosa, provindo do étimo latino *vir*, força).

#### **7.1. Motivação, Emoção e Afecto**

Geralmente distingue-se entre motivação e necessidade: necessidade (*need* em inglês - *Beduerfnis* em alemão) diz respeito à falta de algo que, uma vez adquirido, reduz a tensão ou a pulsão interna, enquanto que a motivação é menos fisiológica e mais psicológica. Existem outros termos próximos como: a pulsão, ou instinto (*drive* ou *instinct-Trieb* ou *Instinkt*, em alemão) que é um processo dinâmico, uma pressão ou força que faz tender o organismo para um fim; incentivo (algo que determina o comportamento motivado); aspiração (expectativa de alcançar determinado êxito a nível de aspiração); desejo (sinónimo de aspiração, anseio, vontade); interesse (que leva a dirigir a atenção selectiva para determinado objecto); atitude (com uma conotação cognitiva, emotiva e comportamental, capaz de influenciar a motivação); valor (implica algo de fundamental para o sujeito, levando-o a orientar-se nessa direcção. Pode falar-se de conação (do latim *conátio*, esforço, proveniente do verbo *conor*, esforçar-se, preparar-se – tendência à acção, esforço mental, consciência motriz) e de emoção que, etimologicamente, tem a mesma raiz de motivação (do latim *motus*, movimento, do verbo *movere* (mover) com prefixo *e*, no caso da emoção, significando movimento para fora, dando a entender que a emoção se exterioriza. De certa forma, a emoção e a motivação identificam-se, funcionando a emoção como factor motivacional. Um outro

termo próximo é a afectividade ou afecto (derivado do participípio passado do verbo latino *afficere* formado por *ad* e *facere* com o significado de ‘prover’, ‘dotar’ ‘produzir’) com um sentido de acção aproximando-se dos termos emoção e motivação, também estes com o sentido de acção e movimento, mas tendo a emoção uma conotação mais fisiológica e passageira e a afectividade mais psicológica e duradoura. Além de reacções fisiológicas, as emoções manifestam-se por comportamentos expressivos e sentimentos subjectivos.

A *motivação* é definida segundo diversas correntes psicológicas. Para *os behavioristas* o comportamento motivado depende dos reforços e das suas contingências. *Os cognitivistas* insistem na percepção e significado da situação para o sujeito, nas suas expectativas e curiosidade. *Os humanistas* destacam a liberdade, a autonomia funcional das motivações (Allport, cit. in Oliveira, 2005), o desejo de auto-realização (Maslow, cit. in Oliveira, 2005). A motivação designa os factores internos do sujeito que, juntamente com os estímulos do meio ambiente, determinam a direcção e a intensidade do comportamento. Entende-se por motivação qualquer factor interno que inicia (activação), dirige (direcção) e sustém (manutenção ou persistência) uma determinada conduta até atingir o objectivo (Oliveira, 2005). Trata-se de um factor interno que dá energia e direcção ao comportamento.

A motivação não se limita a fornecer a energia para realizar certas acções, mas também as dirige para o objectivo a atingir, escolhendo os meios adaptados a alcançar o fim e descartando os inadaptados, tornando o sujeito persistente, mesmo que seja preciso procurar novos meios, e mantendo ‘feedback’ depois de novas tentativas, para continuar a orientar-se no bom sentido.

Pode-se realçar três aspectos na motivação: a selectividade (o sujeito deve seleccionar os estímulos, o que implica activação e intencionalidade); a persistência (faz referência à continuidade da acção na direcção eficaz, com tendência à manutenção do equilíbrio ou à regulação homeostática) e a compensação (efeito ou objectivo atingido).

Os autores dividem-se quanto ao modo como é satisfeita a necessidade. Alguns autores defendem a redução da tensão à maneira das necessidades fisiológicas, que tendem a manter a homeostase. Assim acontece na psicanálise (Freud, cit. in Oliveira, 2005) ou no behaviorismo. De acordo com os psicólogos humanistas ou personalistas como Allport ou Maslow, os motivos de ordem superior, como a curiosidade, a auto-afirmação, o significado existencial, nunca são totalmente satisfeitos; a sua satisfação é provisória ou parcial, em vez de extinguir a tensão, pode aumentá-la. Ambas as

interpretações podem se completar, referindo-se a primeira sobretudo às motivações ou necessidades fisiológicas, e a segunda às necessidades psicossociais.

Normalmente, os autores distinguem entre a motivação extrínseca e intrínseca. Na motivação extrínseca o sujeito age quase só exclusivamente em vista da recompensa, de qualquer ordem que ela seja. Os factores motivadores não são inerentes nem ao sujeito nem à tarefa, mas dependem de contingências alheias ao sujeito. Na motivação intrínseca, o sujeito move-se primordialmente pelo próprio gosto e não espera recompensa exteriores. Pois, sente-se compensado pelo próprio facto de realizar o que gosta. Os factores motivadores são inerentes à interacção sujeito-tarefa e a acção justifica-se por si mesma.

Em termos de ‘locus de controlo’, a motivação intrínseca se relaciona mais com sujeitos ‘internos’ que têm a percepção de controlar a realidade, enquanto a motivação extrínseca pode ser mais conatural a sujeitos ‘externos’ que se vêem ultrapassados pelos acontecimentos (*Barros, Barros & Neto, 1993, cit. in Oliveira, 2005*).

Mais em particular, quanto à motivação das pessoas idosas, pode dizer-se que em geral ela vai diminuindo com a idade, atendendo, por um lado, aos obstáculos que vão surgindo, cada vez mais difíceis de ultrapassar (como a doença), e, por outro, à consciência de que o fim está próximo e de que por isso, não vale a pena investir demasiado. Nesta relação ou interacção entre motivação e tempo, pode acontecer por vezes uma aceleração da actividade ou mesmo hiperactividade para atingir os objectivos que a pessoa idosa se tinha proposto, sobretudo na iminência (real ou percebida) da morte, ou também na tentativa de compensar o tempo perdido.

Ainda quanto à percepção, e vivência do tempo, a pessoa que vai envelhecendo, pelos 60 anos, considera quase de idêntico valor e vive do mesmo modo o passado, o presente e o futuro, enquanto que pelos 70 anos começa a preferir o passado ao presente e este ao futuro. Por sexo, parece que a mulher idosa luta mais pelos seus objectivos (*Richard & Mateev-Dirkx, 2004, cit. in Oliveira, 2005*).

As investigações quanto à afectividade e emoções do idoso são ainda limitadas. Em geral, os autores defendem que as emoções dos idosos diminuem em intensidade, tornam mais rígidas do ponto de vista expressivo e mais distantes na comunicação social, significando um desinvestimento no contacto social. Porém, outros estudos contradizem estas conclusões ou pelo menos não as provam (*Oliveira, 2005*). Alguns autores mostram que os idosos manifestam estratégias de coping mais maduras variando conforme a percepção de controlo dos acontecimentos. Por exemplo, Labouvie-Vief et.

al., (1989, 1991, cit. in Oliveira 2005) defendem uma melhor auto-regulação emocional ao longo da idade, manifestando os idosos maior compreensão e domínio das emoções. Da mesma forma, Lawton et al. (1992, cit. in Oliveira, 2005) defendem uma melhor auto-regulação emocional à medida que se avança na idade e se vai construindo um “estilo de vida” mais pessoal. Esta auto-regulação passa por um melhor controlo das emoções, uma maior estabilidade (do humor).

Partindo da hipótese de que com a idade as emoções vão sendo cada vez mais bem integradas nos processos cognitivos, alguns autores como Carstensen & Turk-Charles (1994, cit. in Oliveira, 2005) defendem uma maior relevância das emoções ao longo da idade. Carstensen (1991, cit. in Oliveira, 2005) elaborou uma teoria denominada “selectividade sócio-emocional” supondo-se que os idosos limitam os seus contactos sociais mas que os seleccionam melhor.

Outros estudos parecem demonstrar, nos idosos, uma maior intensidade na vivência das emoções negativas, mais sujeitos ao luto, contudo, menor intensidade nas emoções positivas. Porém, os estudos não se mostram congruentes, provando outros que as emoções negativas não aumentam ou até diminuem com a idade e que as positivas se conservam (Oliveira, 2005).

## **7. 2. O Idoso e a Satisfação com a Vida**

Segundo diversos estudos, os idosos não se mostram menos satisfeitos com a vida em relação a outros grupos etários, apesar dos problemas de saúde e problemas financeiros. De acordo com outras investigações, as condições objectivais de vida, tais como a saúde, o nível socio-económico, o ambiente social não explicam cabalmente o bem-estar das pessoas em geral e dos idosos em particular. A felicidade parece depender mais de características de personalidade e de influências do desenvolvimento ao longo do curso da vida.

Ardelt (1997, cit. in Oliveira, 2005) combinou a personalidade com o desenvolvimento individual, através do conceito de sabedoria, que se mostrou preditor de satisfação com a vida. O seu estudo revelou que a sabedoria exerce uma influência profunda na felicidade, independentemente das circunstâncias objectivas.

Martinez et al. (1992, cit. in Oliveira, 2005) tinham estudado os diversos factores influentes no bem-estar dos idosos, discutindo particularmente sobre a importância da actividade, havendo teorias que insistem mais no repouso ou na vida tranquila, enquanto que outros acentuam a necessidade de algum trabalho para que o idoso se possa sentir feliz. Costas & McCrae (1980, 1991, cit. in Oliveira, 2005) realizaram estudos para observar a relação entre personalidade e felicidade ou bem-estar psicológico, com amostras que incluíam desde jovens adultos até idosos. Concluíram que há poucas diferenças nas médias dos questionários, mantendo-se o bem-estar relativamente estável. Em todo caso, a idade não parece ser uma variável determinante no sentimento do bem-estar, mas antes alguns factores a ela associados, como o caso dos anciãos, a saúde mais fragilizada, a perda de familiares e amigos. Quando estes factores são controlados, deixa de ter peso a idade. Segundo Campbell et al. (1979, cit. in Oliveira, 2005), as pessoas mais novas manifestam scores mais elevados na felicidade e mais baixos na satisfação da vida, ao contrário dos idosos que apresentam scores mais baixos na felicidade e mais elevados na satisfação com a vida.

Em geral, os autores concederam a felicidade mais ligada à afectividade, e a satisfação com a vida mais dependente da cognição. No entanto, tais distinções nem sempre são claras, podendo também considerar-se a satisfação mais superficial e imediata e a felicidade mais profunda e duradoura. O bem-estar subjectivo seria mais abrangente.

### **7.3. O Idoso e a Sabedoria**

#### **7.3.1. A Sabedoria dos Idosos**

Muito antes dos filósofos, e posteriormente os psicólogos, se terem debruçado sobre a sabedoria, esta já enchiam as páginas dos livros sagrados. Ultimamente os estudiosos das ciências humanas e em particular os psicólogos, têm abordado este tema na perspectiva do desenvolvimento e do crescimento humano e ainda relacionada com o processo de envelhecimento.

O processo do desenvolvimento estende-se ao longo de todo o arco da vida, com matizes diferentes, atingindo o sujeito a plenitude biológica cedo mas, continuando a

crescer psicologicamente em maturidade, procurando o sentido para vida e sabedoria, sendo esta característica mais vincada à medida que a idade avança, adquirida com a experiência de vida e com o equilíbrio entre cognição e afectividade. A esta maturidade que poderíamos chamar de sabedoria dá um conhecimento mais global da vida, leva a relativizar o acessório e a valorizar o essencial, gera uma maior capacidade de discernimento e aconselhamento, sempre em busca de um maior sentido para a vida e para a morte.

Segundo Baltes e Smith (1990, cit. in Oliveira, 2005) são dois os factores essenciais associados a sabedoria: a) capacidade excepcional de compreensão (bom senso, experiência, enquadramento mais abrangente dos acontecimentos, grande capacidade de observação, abertura de espírito, independência de pensamento); b) grande capacidade de comunicação e de julgamento (bons conselhos, compreensão, conciliação de opiniões, reflexão mas antes da decisão). A sabedora constituiria o protótipo da inteligência pragmática, entendida não apenas como factual mas como reflexiva, implicando a planificação da vida e a avaliação ponderada dos meios em ordem ao fim, capaz de enfrentar todas as dúvidas e tribulações, requerendo grande equilíbrio e experiência, para dar pleno sentido à vida, mesmo para além do sofrimento e da própria morte. A sabedoria teria assim, uma dimensão espiritual, sobrenatural/e ou transcendental. Posteriormente, Ardelt (2000, cit. in Oliveira, 2005), através de um estudo concluiu que a sabedoria é útil para a idade adulta e mostra-se como um importante preditor do envelhecer com sucesso. Trata-se de um construto multidimensional. Através de entrevistas com idosos concluíram que *os* elementos essenciais da sabedoria, na perspectiva dos idosos são: aconselhamento, conhecimento, experiência, princípios morais, tempo e relações empáticas. Alguns autores, referindo-se à sabedoria dos idosos, falam de gero(nte) transcendência. Segundo Joenson e Magnusson (2001 cit. in Oliveira, 2005), a gerontranscendência descreve a alteração ‘natural’ da consciência na idade avançada ou o corte qualitativo com a meia-idade, racional e materialista, em direcção à velhice onde predomina a sabedoria.

### **7.3.2. O Idoso e o Sentido da Vida**

Muitos autores humanistas e personalistas estudaram as mais diversas motivações existenciais. As pessoas movem-se por intenções ou experiências “ autotélicas” ou teleonómicas, acção cujo fim se justifica por si mesmo.

A procura do sentido é uma constante em todas as idades, mas agudiza-se na terceira idade. Há estudos que se referem particularmente ao sentido existencial da vida nos idosos. Um livro editado por Weiss e Bass (1992, cit. in Oliveira, 2005) intitula-se “ desafios da terceira idade: sentido e finalidade da idade avançada”, analisando os factores psicológicos, sociais e religiosos que levam o idoso a responder aos múltiplos desafios sobre o sentido dos acontecimentos e da vida. Missinne (2000, cit. in Oliveira, 2005) relaciona o sentido da vida com amor, pois sem amor a vida torna-se estéril e sem sentido: só através do amor a pessoa torna a sua vida e a dos outros cheia de sentido. Muitas investigações relacionam a procura do sentido existencial com a religião e a espiritualidade, pois a maior parte das pessoas, designadamente os idosos, aí procuram respostas para as perguntas mais cruciantes (Barros, 2004, cit. in Oliveira, 2005).

Outros valores ou sentimentos dos idosos poderiam ser versados como a beleza. O conceito que as mulheres idosas têm de beleza resiste aos modelos actuais de feminilidade, como por exemplo a magreza. Um outro tema interessante seria o amor. Na perspectiva desenvolvimental, supõe-se que os idosos progrediram na sua capacidade de amor, entendido como amor altruísta ou agápico, deixando para trás um amor mais maníaco, erótico ou pragmático.

## **7.4. Valores e Orientação de Vida nos Idosos**

### **7.4.1. Motivação e Pessimismo**

A velhice é, sem dúvida uma etapa especialmente intensa de perdas afectivas (Garcia, 2002, cit. in Ribeirinho, 2005), ou seja de perdas de papéis ao longo dos anos de forma progressiva, mas inelutável (filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.) “ o indivíduo que era competente, bem sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido.” (Fernandes, 2002, p.26, cit. in Ribeirinho, 2005). Isto exige uma mobilização de energia com vista ao ajustamento ao novo universo de sociabilidades.

Por outro lado, a fase etária da vida aqui em análise é caracterizada por uma diminuição das capacidades, físicas, psicológicas e sociais, e se não for acompanhada por um estímulo efectivo as capacidades da pessoa idosa, mantendo o seu papel social como pessoa ‘capaz’, com vista à manutenção das suas possibilidades de desenvolvimento, conduzirá a um ciclo de vida negativo, levando o indivíduo a adoptar um papel de doente e de dependente. Dessa forma cai no pessimismo com tendência para o isolamento (a nível das relações sociais), leva mais tempo a curar-se (a nível da saúde), manifestando a tendência para um certo conformismo e resignação.

Purificação Fernandes (2002, cit. in Ribeirinho, 2005) defende que os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural, dão mais sentido à vida, sendo mais felizes e implicando-se mais no seu meio e na sociedade. Tal passa pelo auto-conhecimento de aspectos positivos (tais como um sistema de valores estável, sensatez) e de determinadas vantagens (diminuição da responsabilidade e do trabalho, abertura de espírito).

“ Se o indivíduo não conseguir mobilizar energia suficientes para ultrapassar as suas deficiências físicas, ir-se-á refugiar na doença e em maleitas de toda a natureza” (Levet, 1998, p. 40, cit. in Ribeirinho). Há que ter em linha de conta a importância e centralidade das necessidades e dos desejos em toda a experiência humana, ou seja, a importância da motivação como “ motor” / “ alavanca” para a mobilização das capacidades intelectuais.

Define-se *motivação* como uma necessidade psicológica que faz nascer uma pulsão, a qual gera actividades orientadas para objectivos específicos. A *motivação* liga-se, pois à capacidade de ter actividades ou de agir, bem como à criatividade. Certos estudos demonstram que as pessoas idosas são menos activas do que as mais novas, tanto no trabalho como nas tarefas quotidianas e que têm tendência a passarem mais tempo a descansar, a ler e a ver televisão. É no entanto difícil defender estes resultados com base apenas na idade. É necessário ter em linha de conta, outros factores como a condição socio-económica, o grau de instrução e outras variáveis individuais. Outros estudos sublinham que as actividades dos idosos são menos numerosas e se incluem sobretudo na categoria das distrações. Também esta afirmação suscita interrogações. Os adultos jovens aproveitariam sem dúvida melhor os seus tempos livres se tivessem tempo e dinheiro, e os idosos talvez trabalhassem mais se não os obrigassem a reformar-se. Por isso é difícil avaliar globalmente a *motivação* nos idosos. Permanece uma característica pessoal, fortemente influenciada pelo meio biopsicossocial.

### **7.5. Valores dos Idosos na Sociedade Contemporânea**

As alterações sofridas pelas sociedades modernas e o seu reflexo nos contextos europeus e mundiais, onde prevalecem prioritariamente os conceitos de optimização da economia, levam-nos a dar particular atenção ao impacto que estes fenómenos produzem nas famílias, bem como nos grupos mais vulneráveis dos quais destacamos os idosos. A sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objectivo a rentabilização da produção em que se privilegiam apenas os indivíduos activos. Em consequência, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “stressantes”, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada. O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Sendo assim, não será difícil de prever que, nestas circunstâncias, ele tenda ao isolamento e ao isolar-se assuma cada vez mais uma situação de dependência.

Neste cenário, o que nos é permitido observar, é que tanto a velhice como o envelhecimento da população tem sido equacionada entre nós, nos últimos anos, como

uma patologia. Este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros activos e membros inactivos.

Portugal não é excepção ao contexto descrito e poderemos confirmá-lo pela mensagem proferida pelo Ministro da Solidariedade Social, no Seminário “Envelhecer: um Direito em Construção” (1998) e que passamos a citar: “estão a dar-se grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa: transformações demográficas, económicas, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor. Trata-se de um fenómeno global, que afecta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com particular gravidade, colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio. É um fenómeno social que a todos diz respeito...” (p. 126).

As transformações aludidas têm expressões diferenciadas e singulares no território nacional, quer nos contextos sócio-urbanísticos quer nos contextos sócio-rurais.

Fala-se no problema do envelhecimento como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes, e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, os vários custos que o seu grande número representa, a falência dos sistemas de reforma, e de forma mais pessimista, o “conservadorismo” e a falta de vitalidade e dinamismo que tal envelhecimento acarretará para as sociedades (Fernandes, 1995, cit. in Martins). Na história, nunca os problemas questionados pela evolução das relações entre o envelhecimento dos indivíduos e da sociedade tinham sido tão agudos como na actualidade (Philibert. 1984, cit. in Martins). Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas.

Decorrente deste processo de legitimação do problema social de velhice, constitui-se um campo de produção e gestão de bens especificamente orientados para os idosos e que tende a generalizar-se e a oferecer produtos diversificados. A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por *políticas de velhice*, entendendo-se estas como “o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo

consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997, p. 127, cit. in Martins). Esta consciencialização social levou a que os encargos com idosos que anteriormente eram da responsabilidade da família ou de particulares fossem transferidos para instâncias despersonalizadas e burocratizadas, em que as relações entre os agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências (*Lenoir, 1997, cit. in Martins*).

Com esta nova forma de gestão dos problemas sociais, resultantes da velhice e do envelhecimento demográfico, os conflitos de interesses reduzem-se a confrontações entre responsáveis político-administrativos e especialistas de instituições, num processo que se tem verificado lento.

Uma breve análise sobre as ‘ políticas de velhice’ em Portugal mostra (como refere Quaresma, 1998, p. 127, cit. in Martins) que “até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”.

Na (opinião de Gomes, 2000), só em 1969 se inicia a discussão na Assembleia Nacional sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno envelhecimento da população e a política de velhice.

Em 1971, é criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral da Assistência Social, que vinha substituir o Instituto de Assistência aos Inválidos. Esta mudança é importante por criar pela primeira vez um Departamento com afinidades no estudo e na procura de soluções para os problemas da população idosa. Foi em 1976, após as mudanças políticas em Portugal, que a nova Constituição consagra o Direito à Segurança Social e que se mantém após a revisão constitucional de 1992. A anterior Assistência Social deu lugar à Acção Social “que enquadra o conjunto de acções desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais de apoio individual e familiar bem como de intervenção comunitária, que também integram o antigo sistema de assistência social” (p. 128). As alterações no quadro da política social, bem como o aumento da procura, repercutiram-se no alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos, na medida em que, paralelamente às mudanças políticas, ocorriam as mudanças no tecido e contexto social. Em consequência emerge uma acção social que, na sua maior parte, é exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (*Neves, 1998, cit. in Martins*).

Embora os apoios sociais e financeiros dirigidos aos idosos se continuem a revelar insuficientes no nosso país, parece-nos relevante salientar algumas formas de equipamentos disponíveis, nomeadamente: *Lares de Idosos* – equipamentos colectivos de alojamento permanente ou transitório, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e / ou autonomia. A insuficiência de lares de idosos estatais tem dado origem a uma verdadeira proliferação de lares privados (que visam essencialmente fins lucrativos), que muitas vezes funcionam clandestinamente e sem as condições que confirmam aos idosos o mínimo de dignidade.

*Lares para Cidadãos Dependentes constituem* respostas residenciais aos idosos, que apresentam um maior grau de dependência (acamados). *Centros de Dia constituem* um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio. Aliadas a estas estruturas existem outras formas de responder às necessidades dos idosos tais como: *centro de convívio, o apoio domiciliário, acolhimento familiar, as colónias de férias e o turismo sénior, o termalismo* (algumas dessas respostas sociais a idosos já foram referidos anteriormente neste trabalho).

## **7. 6. A Ética**

A ética é definida simplesmente como “ a arte de bem viver”, consigo próprio e com os outros. Parece pois indubitável que a ética visa a felicidade humana; pretende a aproximação à perfeição e à realização de cada pessoa; e traz consigo a ideia da superação do que é individual. Com efeito, desde a antiguidade que se vem expressando a ideia de que o comportamento ético é aceitável se for de alguma forma universal. A regra talvez mais antiga que o expressa consta do livro do Levítico (19,18), onde se diz que devemos ir além do nosso interesse pessoal e amar o nosso semelhante como a nós mesmo. Ética deriva do termo Grego “ Ethos”, usado pela primeira vez por Aristóteles. É uma reflexão sobre princípios que se baseiam na moral, ou seja é o modo de ser e de actuar do homem, estabelece normas de comportamento deixando a cada indivíduo a responsabilidade pelos seus actos concretos.

A vida quotidiana, com a sua complexidade e competição crescentes, enquadrada por estruturas sócio-económicas desviantes, exige-nos decisões morais a toda a hora, sendo a formação ética o nosso guia a cada passo.

A ética, embora não conscientemente criada, vem a ter por função a promoção dos valores comuns aos membros da sociedade. Os juízos éticos, que respeitam aos motivos que levam à acção, cumprem a função de elogiar e estimular acções consentâneas com esses valores. A consciência moral, por outro lado, tem valor devido às suas consequências. Somos como somos por causa dos outros. Não há humanos nem vida social sem os seus parceiros da convivência social. Adquirida assim a consciência social, pela aceitação dos valores da sociedade a que se pertence, somos impelidos ou contagiados à promoção desses valores. Mesmo as pessoas que não possuam as virtudes naturais do amor, da generosidade, da solidariedade, da honestidade, da tolerância, da humildade, se por via da consciência moral aceitarem os valores comuns à sociedade, mesmo que na ausência daquelas qualidades naturais, se acharem que é seu dever agir de determinado modo, é assim que agirão. A consciência moral é, assim algo de muito útil (Neves, 2007). Quem quer que tenha passado por uma decisão ética difícil sabe que, se lhe disserem o que a sociedade pensa que ele deve fazer, isso não resolve a dificuldade. Temos de tomar as nossas próprias decisões. As crenças e os costumes no seio dos quais fomos criados podem exercer grande influência sobre nós, mas, assim que começamos a reflectir sobre eles, tanto podemos optar por agir de acordo com essas crenças e esses costumes como contra eles (Singer, 2000). A ética não envolve apenas um juízo de valor sobre o comportamento humano, mas determina em si, uma escolha, uma direcção, a obrigatoriedade de agir num determinado sentido em sociedade.

### **7.7. O Papel da Inteligência Emocional nos Desafios de um Envelhecimento Adaptado**

O envelhecimento enquanto experiência psico-afectiva altamente exigente, está marcado por um conjunto de transformações de naturezas diferentes. Mudanças corporais que afectam em muitos casos a imagem que os indivíduos têm de si próprios, diminuição de algumas capacidades sensoriais ou lutos de pessoas próximas que confrontam o indivíduo com a proximidade da sua própria morte, são apenas alguns

exemplos dos desafios que o sujeito de idade avançada tem forçosamente de enfrentar. O idoso depara-se nesse sentido com um conjunto de transformações que exigem toda uma série de competências que contribuam para atravessar de forma ajustada mais esta etapa do seu processo de desenvolvimento. Algumas dessas competências estão associadas ao que vulgarmente se apelida de *inteligência emocional*. O que é Inteligência Emocional?

Entende-se por: inteligência emocional a *capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança* (Guerreiro). Trata-se de um conceito que conquistou grande popularidade com a publicação em 1995 de um livro com o mesmo título por Daniel Goleman. Apesar de relativamente pouco estudado entre os mais idosos, a *inteligência emocional* abarca um conjunto de cinco competências básicas, a saber: (1) *empatia* que está relacionado com a facilidade da pessoa idosa identificar sentimentos, desejos e problemas dos indivíduos que as rodeiam, através, da leitura de comportamentos não verbais tais com o tom de voz, a postura corporal ou a expressões faciais daquelas com quem interagem; (2) *sociabilidade* que consiste na capacidade de iniciar e perseverar relações de amizade ao longo dos anos, independentemente da idade, sendo esta rede social de apoio decisiva para melhor se tolerar os desafios impostos neste momento tão sensível do desenvolvimento; (3) *auto-motivação* que está associada à capacidade de elaborar planos para a própria vida com esperança e optimismo, apesar de, no caso da pessoa idosa, se estar a atravessar as derradeiras etapas do ciclo de vida; (4) *auto-controle* que passa pela capacidade de lidar com os próprios sentimentos e impulsos gerados por situações, por exemplo, ligadas à impossibilidade de realizar actividades que se constituem antes como fonte de satisfação; (5) *auto-consciência* ligada à capacidade de identificar, nomear e avaliar os sentimentos associados muitas vezes à reforma e à perda de status económico.

Como se desenvolvem estas competências ao longo da vida? Será que as pessoas “nascem” com determinados níveis de empatia? Ou esta competência, como outras que estão envolvidas na inteligência emocional, vai-se desenvolvendo em resultado das experiências de vida? A resposta a estas questões reabre uma discussão bizantina ao nível da psicologia e que opõe *nature vs. nurture*, ou seja o peso relativo dos aspectos constitucionais ou inatos, comparativamente à influência do meio ambiente. Se por um lado a investigação sugere que existe uma componente genética associada à inteligência

emocional, pesquisas na área da psicologia do desenvolvimento têm vindo a demonstrar que as experiências relacionais que os indivíduos vão acumulando ao longo da vida modulam decisivamente os índices deste tipo de inteligência. Talvez nunca alcancemos uma resposta cabal a esta questão, mas um dado parece ser mais consensual: *A inteligência emocional aumenta com a idade.*

Ao contrário do que se passaria com o declínio que algumas funções cognitivas sofrem em resultado do envelhecimento normal (e que importa ter em conta na altura de estabelecer a diferença entre estes quadros e os de deterioração cognitiva e demência), grupos de pessoas mais velhas apresentam resultados significativamente superiores aos dos grupos mais jovens na maioria das dimensões da escala de inteligência emocional. Uma explicação mais ligada ao “senso comum” associaria estes resultados à “maturidade” que as pessoas vão adquirindo ao longo da idade. Mas se assim é, como é que explicaríamos a cifra avultada de pessoas que sucumbem nesta fase da vida a perturbações psíquicas como estados depressivos, perturbações de ansiedade e agravamento das perturbações de personalidade? O que hoje se acredita ao nível da psicogerontologia é que o envelhecimento se constitui como uma etapa marcada por um potencial evolutivo. Torna-se por isso necessário compreender as mudanças que ocorrem nesta altura da vida à luz dos recursos que cada pessoa foi acumulando em resultado dos diferentes acontecimentos de vida e da forma como se foi organizando em resultado disso, ou seja, em função do nível de desenvolvimento emocional alcançado. O desenvolvimento psicológico não fica portanto estagnado e se, em termos da personalidade, se regista uma tendência em termos de estabilidade, as possibilidades de mudança comportamental continuam em aberto, se bem que pessoas previamente melhor adaptadas encontrem um leque mais variado de alternativas. Pensar portanto a inteligência emocional no âmbito da pessoa idosa passa sobretudo por um esforço de individualização, ou seja, mais do que darmos o trabalho por terminado, no cálculo do quociente de inteligência emocional, torna-se mais importante que isso, perceber as susceptibilidades e pontos de maior coesão em termos do funcionamento mental, nas diferentes competências que este conceito compreende. Só assim, estaremos efectivamente em melhores condições de avaliar o modo como esses recursos serão postos ao serviço do bem-estar psicológico da pessoa idosa, isto é, se revelam insuficientes para fazer frente aos desafios que o envelhecimento coloca ou, se serão eles os responsáveis por tornarem verdade o aforismo de Madame de Staël-Holstein:

“quando uma existência digna preparou a velhice, não é a decadência que se recorda, mas sim os primeiros dias da imortalidade” (in Guerreiro)

## **7.8. O Suporte Social**

Actualmente, dado o carácter complexo deste conceito, o termo suporte social é utilizado para designar uma característica abstracta das pessoas, as condutas, as relações ou sistemas sociais. Nesse sentido, podemos considerar que se trata de um meta-conceito mais do que um conceito susceptível de definição e avaliação.

Este tema tem merecido uma grande atenção por parte da gerontologia e outras disciplinas, sendo de extrema importância avaliar nos idosos o modo como se organizam perante os acontecimentos de vida e dentro das redes sociais. O suporte social é considerado como um apoio aos sujeitos que circundam as esferas emocional, real e de informação (TaKahashi et al., 1997; Boliwling & Stafford, 2007). É um construto multidimensional que envolve uma rede social, frequência de contacto com os membros dessas redes, suporte emocional, qualidade de suporte social e a ajuda recíproca entre os diferentes membros (Chalise et al., 2007; Bowling & Stafford, 2007). O suporte social estabelece-se através de um conjunto de relações com os outros, comportamentos e consequências, tendo em considerações as estratégias de coping utilizados para lidar com efeitos do stress. Pode distinguir-se o suporte social em: (a) *aspectos estruturais* que dizem respeito ao tamanho da rede social, frequência das interações, tipo de relacionamento, entre outros; (b) *aspectos funcionais* (proximais) são muito utilizados nas investigações em psicologia e são geralmente denominados como: emocional, instrumental ou de informação, bem como a satisfação dos sujeitos com o suporte social (Kafetsios, 2006; Bowling & Staffor, 2007). *O suporte social emocional* pode ser posta em evidência quando o indivíduo fornece cuidados e preocupação pelo BES do outro. *O suporte social instrumental* representa o auxílio na resolução de um problema ou para uma tarefa. *O suporte social informativo* diz respeito aos esclarecimentos, explicações e informações que são dadas ao sujeito de modo a promover um melhor entendimento e compreensão (Arkar et al., 2004).

O Modelo do Comboio Social (Kahn & Antonucci, 1980, cit. in Freitas, 2006) propõe um sistema útil para compreender as relações sociais nos idosos, sugerindo que ao

longo da vida, as pessoas são protegidas pelos seus relacionamentos sociais e estes ajudam nas negociações de sucesso dos desafios da vida, especialmente a família e os amigos. Este modelo baseia-se nas teorias de apego e de suporte social (Antonucci, 1991, cit. in Freitas, 2006) sendo um modelo de desenvolvimento *life-span*, com a vantagem de oferecer uma ampla conceitualização em que se consideram experiências individuais específicas. À medida que o indivíduo envelhece, pessoas são excluídas do comboio, ficando mais ou menos próximas de acordo com os acontecimentos da vida. Este é um aspecto fundamental, que afecta a saúde e o BES. O comboio cria uma camada protectora, que é objectiva e subjectiva, pois os seus componentes oferecem ao indivíduo ajuda prática e uma base psicológica para traduzir e perceber o mundo à sua volta. (Chlise et al., 2006; Antonucci, 2001, cit. in Freitas, 2006). Além do modelo anterior, foi desenvolvida a Teoria da Selectividade Sócio-Emocional (TSS) (Carstensen, 1991, cit. in Freitas, 2006), baseada num modelo *life-span* para o estudo do envelhecimento sócio-emocional, que vê as reduções da actividade social no envelhecimento como reflexo da culminação de processos selectivos que começam cedo na vida e têm grande valor adaptativo. Esta teoria foca os aspectos funcionais da interacção social, vista como um meio de alcançar objectivos desejados, um regulador de emoções frequentes e eficaz que, no nível psicológico, pode ser usado pelas pessoas para adquirir e manter o auto-conceito. O suporte social pode desempenhar um papel importante ao nível da QV dos idosos, sendo que a possibilidade de receber suporte social para ajudar a superar situações difíceis é um aspecto relevante na vida dos idosos, podendo ter efeitos bastante benéficos no BES e na satisfação com a vida. Esta variável desempenha um papel importantíssimo ao nível da manutenção da saúde e diminuição da susceptibilidade à doença nos idosos (Minkler, 1985, cit. in Monahan & Hooker, 1997). Vários estudos indicam que uma boa percepção de suporte social tende a reduzir os efeitos do stress (Krause & Borawski-Clart, 1994, cit. in Monahan & Hooker, 1997); Kafetsios, 2006). Dessa forma, o suporte social tem-se demonstrado, em vários estudos, como alavanca nos efeitos de protecção da saúde no ciclo da vida adulta tendo em especial atenção o relacionamento conjugal (Monahan & Hooker, 1997). O suporte social provido da vizinhança é uma forte influência relativamente ao funcionamento social dos idosos (Bowling & Stafford, 2007). Os resultados destes estudos são concordantes com a TSS, evidenciando que nos idosos pode considerar-se a presença de baixos níveis *de ansiedade e neuroticíssimo* (Kafetsios, 2006). O suporte proporcionado na relação conjugal é importante para QV, pois a mortalidade é mais alta nos primeiros

seis meses subsequente à morte de um conjugue, especialmente de doença cardíaca ou suicídio, ocasionando relação com a diminuição da QV dos sujeitos (Ogden, 2004).



## **PARTE II – ESTUDO EXPLORATÓRIO**

### **CAPÍTULO VIII**

#### **8 – OBJECTO DE ESTUDO**

##### **8.1. Propósito e Delimitação do Problema**

O fenómeno do envelhecimento populacional no mundo e em particular no continente europeu tem vindo acentuar-se progressivamente. “ É um fenómeno que assume características demográficas consequência de um decréscimo de natalidade e de uma diminuição da mortalidade, bem como dos movimentos migratórios, que conjuntamente, são responsáveis pela alteração das estruturas da pirâmide de idade” (Nazareth, 1993, p. 18).

Na actualidade, este fenómeno assume uma importância crescente e é alvo de particular atenção em todo o mundo, pelo facto de se construir um problema social no seio de sociedade contemporânea, pela complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais que acarreta.

Em Portugal esse fenómeno também é uma realidade que não podemos ignorar. Ao analisarmos uma “ pirâmide etária” referente à população portuguesa, facilmente se identifica um duplo envelhecimento. O envelhecimento na base e o envelhecimento no topo.” O primeiro expressa-se por uma diminuição da população jovem de tal forma que a base da pirâmide de idades fica também reduzida; enquanto que o segundo se expressa por um aumento da população idosa, fazendo assim com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar” (Nazareth, 1993, p.21). Naturalmente estes dois tipos de envelhecimento estão ligados entre si como refere o Professor J. Manuell Nazareth, a diminuição percentual do grupo de jovens implica um aumento proporcional nos outros dois grupos de idade, em particular no grupo dos idosos. Esta alteração demográfica registada acaba por se repetir dentro da esfera familiar económica, na vida da comunidade e na sociedade em geral, com consequências múltiplas e complexas.

Segundo Marcelo Felo (2005), envelhecimento é uma viagem cheia de incertezas, moduladas por acontecimentos e circunstâncias inesperadas, ao sabor da sorte, das paixões e do conhecimento. Movidos pela força dos instintos e dirigidos pela sabedoria, vamos envelhecendo e alargando os horizontes, constatando banalidades e lutando por convicções, enquanto percorremos distraidamente as partes de um caminho que percebemos subitamente ser tão curto e tão estreito. À medida que nos aproximamos deste ciclo, baixa a capacidade de adaptação às adversidades, tornamo-nos mais lentos, menos atentos e mais frágeis ou de forma reflexa, o mundo torna-se mais complexo, mais agressivo, mais rápido e mais imprevisível dando-nos uma sensação de isolamento e de insuficiência.

De forma gradual vamos sendo invadidos por um mar de maleitas, de cansaços e de esquecimentos que nos obriga a deixar para trás o que é menos importante, o que achamos essencial e finalmente parte de nós próprios, que nos era tão queridos mas que já não podemos transportar.

Como num adolescente que perde o equilíbrio devido ao seu crescimento acelerado, aconteceu tudo tão depressa que ainda não houve tempo para que cada grupo etário (jovens e idosos) se posicionasse na nova organização social e percebesse as normas, as funções ou expectativas sob as quais se deve reger.

Enquanto persiste este desencontro do desenvolvimento biológico, psicológico e social, instala-se um enorme vazio político e moral que põe em risco áreas vitais para a sustentação de famílias inteiras.

O envelhecimento é um fenómeno que varia segundo cada indivíduo. A partir dos anos 60, os estudos longitudinais sobre o envelhecimento colocaram em evidências a enorme variabilidade de tal processo, sendo que, o envelhecimento patológico e o envelhecimento bem-sucedido (conceitos já referidos anteriormente) constituem dois pólos relativos à forma como as pessoas envelhecem.

Perante o cenário do envelhecimento, a psicologia positiva procura dar maior importância aos aspectos positivos do envelhecer e põe em relevo as emoções positivas como a esperança, o perdão, a alegria, o optimismo e tantas outras emoções existentes nos idosos.

Quanto à saúde mental dos mais velhos, o efeito do tempo na saúde mental de cada pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, e a sua contribuição para os desvios da normalidade, sejam eles de natureza biológica, psicológica, social, transcendental ou universal.

Em psiquiatria e saúde mental evoluímos na categorização das perturbações do comportamento sem que, até ao momento, fosse possível esclarecer a etiopatogenia da maioria dos diversos processos mórbidos. Habituaamo-nos por isso, a enfrentar quadros clínicos consistentes mas sem indicadores nem marcadores seguros, que se expressam por sinais de significância muitas vezes duvidosas, e que se instalam numa população habitualmente mal compreendida em múltiplas dimensões.

Tem sido evidenciado que o período de excelência para a instalação de grande parte das perturbações psiquiátricas é na terceira década da vida e desde o início dos grandes estudos epidemiológicos nos Estados Unidos (ECA, 1991) que se constata um declínio generalizado das prevalências no período involutivo.

Segundo Spar (2005), as pessoas idosas com perturbações mentais constituem um subgrupo significativo da população da terceira idade. Pelo menos 12% dos adultos idosos na comunidade têm perturbações mentais diagnosticáveis (Regier & col., 1998, cit. in Spar, 2005). As estimativas são muito mais elevadas entre os doentes idosos vistos em cuidados primários ou hospitalizados por doença do foro médico, 30% – 50% dos quais têm problemas psiquiátricos (Borson & Unutzer, 2000; Rapp & col., 1988, cit. in Spar, 2005). Em instituição em cuidado a longo prazo, verificou-se que 70% ou mais dos residentes tem perturbações mentais (Rovner & col., 1986). Os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos jovens.

A síndrome da demência apresenta-se como excepção, uma vez que a sua prevalência duplica em cada 5 anos, a partir dos 65 anos, atingindo cerca de metade do grupo etário dos 80 anos. Na maioria dos casos o diagnóstico inicial de envelhecimento tende para défice cognitivo ligeiro e depois para doença de Alzheimer, uma doença com contornos mal definidos para uma morbilidade cerebral que, embora tenha tratamento obriga ao envolvimento de especialistas e recursos em parte inexistente (no caso de Portugal).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), proposta pela Organização Mundial de Saúde na sua décima edição (OMS, 1992), o maior contingente das perturbações do comportamento, para além das demências, é constituído pela patologia depressiva.

De entre as várias perturbações mentais nos idosos damos uma particular atenção à depressão, não só por ser uma síndrome arrasadora e que afectam profundamente a pessoa, mas também, por ser uma patologia com maior incidência nos idosos do que nas outras idades. Segundo Rojas (2007) a depressão constitui a grande epidemia das sociedades modernas e, do ponto de vista da psiquiatria, como um campo de trabalho de

grande magnitude. Zimerman (2000, p.108) afirma que “ as depressões na velhice são quase sempre ligadas a perdas, doenças, carências e aspecto sociais”.

Neste âmbito, escolhemos o “*Inventario depressivo de Beck*” versão portuguesa de Vaz-Serra & Abreu (1973) como instrumento para medir a saúde mental nos idosos. Este instrumento avalia vários grupos sintomatológicos num paciente depressivo.

De acordo com Oliveira (2005), a depressão manifesta-se por uma diminuição das capacidades cognitivas, afectivas e motivacionais, dificuldade de concentração, perda de gosto pela vida (risco de suicídio), diminuição da auto-estima, isolamento, problemas cardíacos e gastrointestinais, perturbação do sono, perda de apetite e imobilidade. Os sintomas depressivos no idoso não são muito diferentes dos das outras idades.

Existem depressões que atingem mais o indivíduo em si mesmo, a sua identidade pessoal (depressão introjectiva ou autocrítica, com sentimento de culpa e mecanismo de defesa) e outras que prejudicam mais os aspectos relacionais ou sociais (depressão anaclítica ou de abandono) (Blatt, 1990, cit. in Oliveira, 2005). Beck (1983, cit. in Oliveira 2005) distingue uma depressão “ autónoma de outra mais “ sociotrópica”, chamando a atenção para um tríptico “esquema” de representações negativas em relação ao self, aos outros ou ao meio, e ao futuro.

Os sintomas depressivos podem ser proveniente da dificuldade de adaptação à velhice e à perspectiva mais próxima da morte. A depressão é mais frequente e manifesta-se mais precocemente na mulher do que no homem, na proporção de 2 por 1.

Segundo Felo (2005) a síndrome depressiva pode ter uma etiologia de natureza diversa e conhecendo as adversidades que os mais velhos habitualmente enfrentam, é estranho que a incidência destas perturbações também obedeça à já referida diminuição de prevalência na comunidade.

Tem sido apontado vários factores para justificar estas variações onde se inclui o enviezamento epidemiológico dos dados: com a expectativa de deterioração que a idade confere, a atribuição de um significado clínico às síndromes deficitárias pende para quadros de demência, baixando o número de diagnósticos nas outras categorias; por outro lado a expressão da tristeza é diferente nos mais velhos, facto que nem sempre é bem aferido nos instrumentos de avaliação, onde há tendência para aplicar métodos muito abrangentes e menos exactos; as populações mais debilitadas além de terem maiores índices de mortalidade, apresentam-se mais isoladas e têm maior dificuldade na interacção com os investigadores.

Perante este contexto de doença urge a definição de estratégias para a promoção da saúde mental nos idosos. Sem dúvida, que a nível geral, a promoção geral da saúde passa pela erradicação estrutural da pobreza, pela implementação e diversificação dos programas de educação e pela melhoria da acessibilidade aos recursos disponíveis, mas entretanto e no âmbito da psiquiatria e saúde mental poderão ser tomadas medidas mais simples e que dependem essencialmente do comportamento individual.

Assim, para que não subsistam sequelas, devem ser realizadas intervenções curativas e paliativas precoces, específicas e enérgicas, para que não se avolumem algumas das adversidades previsíveis na vida, sugere-se a preocupação com o futuro como comportamento a incentivar.

Na sequência do que foi anteriormente exposto, e segundo a revisão bibliográfica o desenvolvimento das competências emocionais: *perdão e esperança* poderão ser factores de promoção da saúde mental do sênior. Tal como afirma Oliveira (2004, p. 132) “... com o perdão ganhamos em *saúde física* (os sentimentos de cólera provocam um aumento de pressão sanguínea e prejudicam o coração) e *psíquica* (libertamos o espírito de pensamentos negativos, povoando-o de pensamentos positivos e magnânimos), *ganhamos nas relações* (o ressentimento, o ódio e a vingança azedam as relações comunitárias, enquanto o espírito de tolerância e de perdão constroem a paz e a fraternidade). Enright (2008, p. 41) afirma “... O perdão entendido correctamente e praticado com paciência, aumentará o bem-estar e a saúde emocional do perdoador”. Seligman (2008, p.201) “... Quando as pessoas perdoam, as motivações básicas ou tendenciais de acção em relação ao transgressor tornam-se mais positivas (benevolentes, bondosas e generosas) e menos negativas (vingativas ou que perdoam)”. Ainda de acordo com o mesmo autor, o perdão transforma a amargura em neutralidade e até em recordações tingidas de positividade e por isso torna possível uma maior satisfação na vida: “ Não podes magoar o criminoso através do não-perdão, mas podes libertar-te através do perdão” (p.105). A saúde física, particularmente em termos cardiovasculares, é com probabilidade melhor naqueles que perdoam do que naqueles que não perdoam. Quando é seguido de reconciliação, o perdão pode melhorar profundamente as suas relações com a pessoa a quem perdoou (Seligman, 2008). Respeitante a esperança, E.Fromm (1978, p. 91. cit. in Oliveira, 2004) afirma “ (...). A esperança é um elemento intrínseco da estrutura da vida, da dinâmica do espírito humano.” Alberoni (2001, p. 16) afirma, “ (...). A esperança destrói a certeza do inelutável e da morte, reabre o horizonte

e o possível com as suas incertezas existenciais. E é esta abertura que nos faz voltar a ter alegria, impulso, interesse, calor”.

Sendo o perdão de extrema importância, mesmo a nível terapêutico devido aos seus poderes curativos sobre o sujeito (Hebl e Enright, 1993, cit. in Oliveira, 2004) salienta-se a sua importância pedagógica ou a necessidade de uma pedagogia do perdão.

Quanto ao ensino de esperança, a psicologia pedagógica (Chang, 1998; Worrell & Hale, 2001, cit. in Oliveira, 2004), exortam a existência de “ *Escolas de Esperança*” para desenvolver nos jovens a “ excelência humana”, promovendo valores como a honestidade, a compaixão, e integridade (Heath, 1994, cit. in Oliveira, 2004).

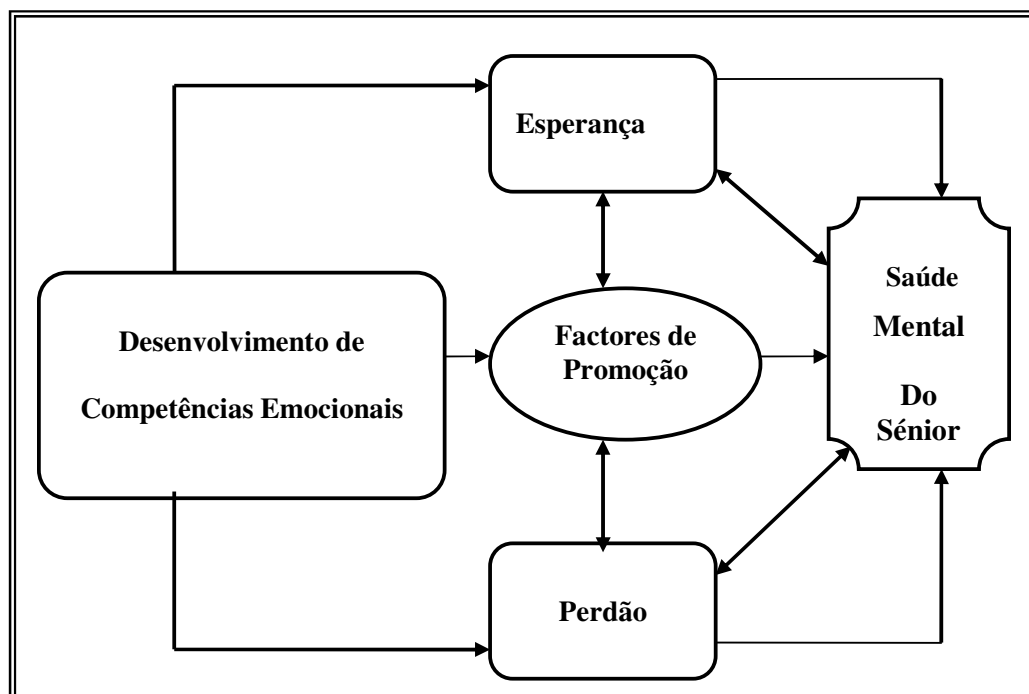
Em relação à amostra do estudo, optamos por uma *amostra aleatória e heterogenia*, isto é, idosos que vivem nas Instituições, em família, que frequentam Centro de Dia, Universidade Sênior, que passam uma parte do seu tempo com os amigos na biblioteca, nos cafés e nos jardins. Esta heterogeneidade tem por finalidade a largar o leque do estudo a todos aqueles que queiram participar, de forma a construir uma amostra com indivíduos que frequentam ambientes diferentes e que diferem também no seu modo de estar de pensar de agir e de opinar sobre as diversas situações a que estão expostos.

A presente investigação pretende obedecer a um desenho de um estudo experimental-natural ou correlacional, dado que não há manipulação de variáveis independentes (Brannon & Feist, 1992, cit. in Ribeiro, 1999).

Posto isto, pretendemos saber *de que forma o desenvolvimento de competências emocionais perdão e esperança são factores de promoção de saúde mental do sênior.*

## 8.2. Modelo Racional Teórico do Estudo Exploratório

Para a concretização da presente investigação, elaborou-se esquematicamente um modelo racional teórico da promoção da saúde mental do sénior a partir das competências emocionais (perdão e esperança) tal como se exemplifica na Figura 5.



**Figura 6 – Modelo racional teórico do estudo exploratório**

Os desenhos e os métodos de investigação constituem uma das partes nobres de qualquer estudo. São estes que permitem ou não responder a grande questão de investigação colocada no início. Também, permitem recolher a informação necessária, do modo apropriado e identificar os aspectos mais importantes da investigação. Segundo Ribeiro (2007), o desenho de investigação refere-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo. Assim, surgiu este modelo racional teórico,

correspondente ao desenho de investigação, que tem como alicerce a seguinte questão de partida: “ *de que forma é que o desenvolvimento das competências emocionais: perdão e esperança são promotores da saúde mental do sênior?* A população alvo, nesta investigação, ao desenvolver a esperança e o perdão, estes poderão contribuir para promover a sua saúde mental. Deste modo, os diferentes construtos deste modelo racional teórico encontram-se relacionados de forma a conduzir uma investigação de qualidade, proporcionando novos conhecimentos a nível bibliográfico e a nível científico.

### **8.3. Hipóteses de Investigação**

As hipóteses propõem-se clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê. “ As hipóteses baseiam-se geralmente numa teoria ou modelo” (*Mason & Brambé, 1978, cit. in Oliveira, 2007*). Neste sentido, ao considerar a importância do tema da investigação (perdão e esperança na promoção da saúde mental do sênior) e a contribuição de diversos autores nesta matéria, formularam-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** – O desenvolvimento da competência emocional do perdão é factor de promoção da saúde mental do sênior.

**Hipótese 2** – O desenvolvimento da competência emocional da esperança é factor da promoção da saúde mental do sênior.

**Hipótese 3** – Quanto maior for a capacidade de perdoar menor será a depressão.



## **CAPITULO IX**

### **9 – MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

#### **9.1. Metodologia**

O presente estudo pretende conhecer de que forma é que o desenvolvimento das competências emocionais (perdão e esperança) é promotor da saúde mental do sênior. Esta investigação tem como apoio uma metodologia empírica, exploratória e transversal, e tem como suporte análise de conteúdo e pesquisas bibliográficas.

#### **9.2. Caracterização da Amostra**

A mostra utilizada neste estudo é uma amostra de conveniência e é constituída por indivíduos residentes no Algarve (Portimão) e no Alentejo (Vidigueira e Beja). Inclui nesta amostra, sujeitos que vivem dentro e fora das instituições. Tivemos a preocupação de construir uma amostra mais heterogenia possível, quanto ao ambiente de vivência e os locais onde frequentam. A *idade* dos idosos situou-se entre os 65 e os 85 anos, sendo que a idade com maior frequência correspondeu aos idosos com 85 anos (18,29%) e a idade com menor frequência correspondeu à um idoso com 71 anos (1,22%). A média das idades é igual a 76,85 e o desvio padrão de 6,305. Dos 82 inqueridos, 31 são do *sexo masculino* (37,8%) e 51 do *sexo feminino* (62,2 %).

Relativamente à *nacionalidade* dos inqueridos, a maioria é de nacionalidade *portuguesa* (95, 1%) sendo (4,9%) são *emigrantes*. No que diz respeito ao *nº de filhos*, (51,2%) dos idosos têm filhos e 48,8% não têm filhos. Quanto ao *nº de filhas*, (56,2%) têm filhas e (43,9%) não têm. Respeitantes ao *nº de netos*, (52,4%) dos inqueridos têm netos, o que não acontece com as restantes (47,6%) dos inqueridos. Respeitante ao *nº de netas*, a maioria dos participantes no estudo (67,1%) não têm netas, enquanto que uma minoria de (32,9 %) têm netas. Quanto a *outro familiar próximo*: (15,9 %) dos participantes no

estudo têm irmãos, (13,4 %) são marido e mulher, (4,9%) têm sobrinhos, (4,9%) têm genro/nora e uma grande maioria (61,0%) é desprovida de família.

*Relativamente ao estado civil:* (41,5 %) dos participantes do estudo são casados, (14,6%) são solteiros (as), (36,6 %) são viúvos (as) e (7,3 %) sem resposta. Quanto ao *viver*, vivem só (18,3%), acompanhada (51,1%) e (45,1%) sem resposta. No que diz respeito *ao apoio:* (50,0 %) têm apoio das instituições, (36,4 %) têm apoio familiar e (13,6%) vivem sem apoio.

Respeitante a *ocupação dos tempos livres:* - *exercício físico:* (36,4 %) dos participantes fazem exercício físico (caminhadas, natação e ginástica), enquanto que (32,9 %) não fazem exercício físico (*uns* porque não gostam, outros por falta de tempo e ainda outros por problemas de saúde), e (30,5 %) sem resposta; - *ler jornal:* (52,4 %) dos inqueridos lêem o jornal (na biblioteca, no café, em casa, no lar, e no jardim), enquanto que (12,2%) não lêem o jornal e (35,4 %) sem resposta.

Relativamente a outras ocupações, os participantes no estudo jogam as cartas, vêm a televisão, conversam uns com os outros, alguns fazem jardinagem, e outros fazem rendas e croché, sendo estas duas últimas características do sexo feminino.

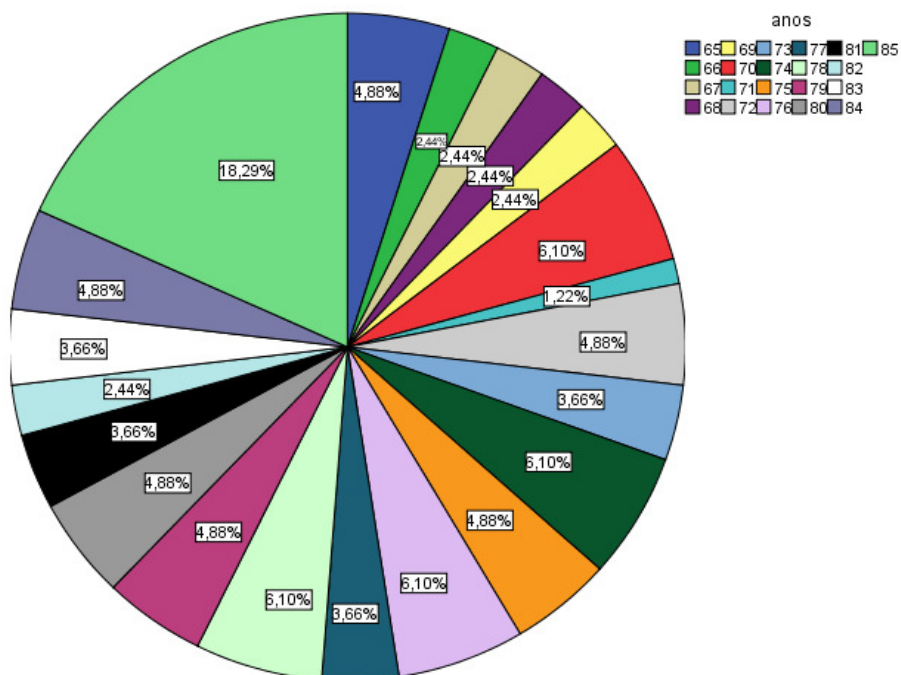


Figura 7 – Distribuição dos inqueridos por idade

Relativamente às habilitações académicas dos inqueridos: a maioria dos inqueridos é analfabeta (43,9), seguindo-se-lhe o Ensino Básico com (39%); o Ensino Secundário com (7,3%), 12º Ano com (4,9%) e a Licenciatura com (4,9%).

**Tabela 1 – Habilitações Académicas dos inqueridos**

Habilitações Literárias	Frequência	Percentagem
Analfabeto	36	43,9%
Ensino Básico	32	39,0%
Ensino Secundário	6	7,3%
12ºano	4	4,9%
Licenciatura	4	4,9%
Total	82	100,0

Relativamente aos anos de serviços, todos trabalharam até a idade da reforma e alguns mesmos ultrapassando essa idade, como por exemplo os inqueridos que trabalhavam por conta própria seja no campo ou noutros ramos (mereceria).

### **9. 3. Procedimentos**

A amostra do presente estudo foi recolhida nos conselhos de Beja, Vidigueira e Portimão. Após ter solicitado a autorização aos autores dos instrumentos utilizados passamos à aplicação.

Inicialmente solicitou-se a autorização e ajuda das direcções das instituições onde residem os idosos para a distribuição dos instrumentos e incentivar os mesmos na participação no estudo. Aos idosos que vivem fora das instituições foi pedida às pessoas próximas, seja em família ou em lugares públicos (onde os idosos frequentam) para facilitarem a passagem dos instrumentos e envolvê-los na investigação. Aos que vivem distantes, foram enviados os instrumentos de investigação pelos correios. Em ambos os contextos da vida dos idosos, os sujeitos foram informados sobre a natureza do estudo, a

sua opção em participar ou não, o sigilo de identidade e a confidencialidade das respostas. Igualmente, foram dadas as instruções gerais de preenchimento dos questionários. Também, foram disponibilizadas as informações adicionais de forma a ajudar o idoso na compreensão dos itens que compõem os testes assim como no preenchimento dos mesmos.

Em cada situação, os questionários foram entregues dentro dos envelopes com finalidade de assegurar a confidencialidade das informações dos inqueridos. A recolha dos mesmos foi feita pessoalmente ou pelos correios.

#### **9.4. Instrumentos de Investigação**

Esta investigação envolveu a aplicação de três instrumentos de avaliação, todos eles foram dirigidos aos idosos.

Serviu-se da Escala do Perdão (Oliveira, J. H. B., 2002) com o objectivo de medir a capacidade de perdoar nas pessoas idosas inqueridas e cuja página do rosto continha os elementos demográficos de caracterização das mesmas, construída pela investigadora.

Utilizou-se a Escala de Esperança Estado (Snyder et al., 1996; Faria, M. C., 2000), Versão Portuguesa (Faria, M. C., 2000), para avaliar a capacidade de esperança estado nos inqueridos. Por último, utilizou-se o “ Inventário Depressivo” (Beck, A. T., 1967), Versão Portuguesa (Vaz-Serra, A & Pio Abreu, J.L., 1973), para avaliar o nível de saúde mental nos inqueridos, bem como a sintomatologia depressiva nos idosos.

Em relação a estes instrumentos, não foi necessário a realização de um pré-teste uma vez que já foram utilizados noutros estudos. Posto isso passamos a descrição dos instrumentos de a avaliação:

**a) Escala sobre o Perdão (Oliveira, J. H. B., 2002). (Ver anexo 2)**

Este instrumento foi elaborado por Oliveira, J.H.B. (2002) à luz de vários outros instrumentos de avaliação e medição do perdão. Os instrumentos que serviram de referência para a construção da nova Escala sobre o perdão foram os seguintes: a Escala de Brown et al., (2001, cit. in Oliveira, 2004) com itens cognitivos, afectivos e comportamentais, ou a “ Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF) de Berry et al., (2001, cit. in Oliveira, 2004) sobre o perdão disposicional, uma escala que demonstrou possuir boas qualidade psicométricas; Brown et al. (2001, cit. in Oliveira,

2004) desenvolveram uma escala para medir o perdão; Rye & Col. (2001, cit. in Oliveira, 2004) avaliaram as propriedades psicométricas de duas escalas; Kanz (2000, cit in Oliveira, 2004) apresentou um questionário de atitudes de perdão. Com base nestes instrumentos, Oliveira (2004) construiu uma nova escala de avaliação da disponibilidade para o perdão (interpessoal) que, de acordo com os estudos realizados mostra possuir qualidades psicométricas satisfatórias de validade e de consistência interna. Além da validade interna, a escala possui a validade externa, pois funciona de modo relativamente idêntico com sujeitos muito diversificados do ponto de vista religioso e profissional.

Trata-se de uma escala unifactorial, constituída de 12 itens sobre a relação interpessoal, a responder em formato liker, com cinco modalidades: (1 = *totalmente em desacordo*; 2 = *bastante em desacordo*; 3 = *nem de acordo nem em desacordo*; 4 = *bastante de acordo*; 5 = *totalmente de acordo*). O total da escala é o resultado da soma dos seus itens. Sendo que, os itens 3, 6, 9, e 12 são invertidos, pois, referem-se à vingança, ao rancor, ou ao perdão condicionado. Os valores da escala oscilam entre a nota mínima de perdoabilidade de **12** e a máxima de **60**.

**b) Escala de Esperança Estado (Snyder et al., 1996; Faria, M. C., 2000).** (Ver anexo 3).

A Hope Scale (1991, cit in Faria, 2000) surge a partir de vários estudos sobre o optimismo desenvolvidos por Snyder et al. desde o início dos anos 90 e apresenta-se como uma medida de auto-avaliação de esperança disposicional (dispositional hope). Posteriormente, no sentido de avaliar a esperança estado (State Hope) Snyder, Symposon, Ybasco, Borders e Higgins elaboraram a State Hope Scale (SHS) em 1996 (cit. in Faria, 2000).

Na última versão é constituída por 6 itens e consiste numa escala de tipo Likert, em que cada item pode ser classificado em 8 categorias (1 = *definitely false* a 8 = *definitely true*). A nota mínima é de 8 e a máxima de 64.

Na versão portuguesa optou-se por 5 categorias (1 = *discordo de maneira muito acentuada*; 2 = *discordo de maneira acentuada*; 3 = *discordo*; 4 = *concordo*; *concordo de uma maneira acentuada*; 5 = *concordo de uma maneira muito acentuada*); passando neste caso a nota global mínima para **0** e a máxima para **30**.

Os itens são apresentados com uma breve introdução estimulando a dois momentos: (1) realizar uma breve reflexão sobre si próprio (a) e o que está a acontecer na sua vida neste momento; (2) e depois, de ter definido o estado presente (no aqui e no agora) em que se encontra, passará à fase de resposta.

C) “*Inventário Depressivo*” (Beck, A. T., 1967), *Versão Portuguesa* (Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L., 1973). (Ver anexo 4).

O “*Inventário Depressivo de Beck*” (Beck Depression Inventory) é uma escala depressiva de auto-avaliação, cujos resultados foram inicialmente publicados por Beck & Cols. em 1961. O B.D.I. tem como principal objectivo diferenciar todos os elementos de uma população depressiva, em confronto com elementos de outras populações não depressivas. Beck ao comprovar que os sentimentos depressivos nem sempre estão presentes nos casos leves ou moderado de depressão, propôs-se em arranjar uma escala que permitisse valorizar este quadro clínico nas suas múltiplas facetas: *afectivas, motivacionais, cognitivas e físicas*.

Quando se propôs em avaliar a gravidade dessa doença, teve em consideração dois factos: (1) - à medida que aumenta a gravidade do quadro clínico maior número de sintomas aparecem; (2) - em relação a um determinado grupo sintomatológico, o sintoma respectivo tende a atingir uma intensidade progressivamente crescente.

O “*Inventário Depressivo de Beck*” é formado de 21 grupos de sintomas, estabelecidos de acordo com o comportamento usualmente manifestado clinicamente pelos doentes depressivos. Estes grupos são os seguintes:

<i>A = estado de ânimo triste (Humor)</i>	<i>K= irritabilidade</i>
<i>B = pessimismo</i>	<i>L = afastamento social</i>
<i>C = sentimento de fracasso</i>	<i>M = incapacidade de decisão</i>
<i>D = insatisfação;</i>	<i>N = distorção da imagem corporal</i>
<i>E = sentimento de culpabilidade</i>	<i>O = incapacidade de trabalhar</i>
<i>F = sentimento ou desejo de auto-punição</i>	<i>P = perturbação do sono (acordar precoce)</i>
<i>G = ódio de si mesmo</i>	<i>Q = fatigabilidade</i>
<i>H = auto-acusação</i>	<i>R = perda de apetite</i>
<i>I = desejos suicidas</i>	<i>S = perda de peso</i>
<i>J = Crises de choro</i>	<i>T = hipocondria</i>
	<i>U = diminuição da líbido.</i>

Cada grupo sintomatológico envolve uma série de perguntas, dispostas de maneira a caminhar de menos grave para mais grave, permitindo localizar cada grupo de sintoma

dentro de uma de quatro categorias: *inexistente, leve, moderado e grave correspondendo aos valores: 0, 1, 2, 3.*

No final, a pontuação atingida por determinado indivíduo, obtida pela soma dos resultados de cada grupo de sintomas, permite ainda reconhecer se existe ou não um quadro depressivo e, no caso afirmativo, se este é leve, moderado e grave.

Na Versão Portuguesa de Vaz-Serra (1972) e Vaz-Serra & Abreu (1973) foram introduzidas algumas variações em relação à versão original. Assim, cada grupo de sintomas é formado por um conjunto de perguntas que vão de quatro a seis, ordenado progressivamente segundo a ordem de gravidade. Quando existem mais de quatro alternativas de respostas é porque algumas são equivalentes, isto é, têm o mesmo valor de outros também existentes “ permitindo uma maior maleabilidade de escolha” (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973, p. 5). Os itens que compõem o inventário “ foram escolhidos apenas para medir a severidade da patologia depressiva, e não de forma a reflectirem nenhuma teoria particular da depressão” (Beck & Steer, 1987, p.1, cit. in Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973). Estes itens foram desenvolvidos com base no contacto clínico com pacientes e a opinião de psiquiatras experientes que permitem considerar como mais significativo das manifestações clínicas exteriores dos quadros depressivos. Este tipo de escala tem como vantagem: procurar avaliar como o doente ‘se vê ‘ e não como o médico o observa, eliminando assim toda a subjectividade clínica que possa revestir a observação; por outro lado dá a possibilidade ao doente de referir-se como ‘se sente ‘ que pode não coincidir com o que ‘ se manifesta’. O B.D.I. apresenta uma forma padrão de entrevistar o enfermo depressivo. O Inventário Depressivo de Beck é de fácil administração. As diversas questões são apresentadas de maneira clara, obtendo uma forma uniforme de resposta.

A diferenciação sintomatológica quantitativa e qualitativa, acompanhada de uma vasta gama de sintomas que o constitui, leva a considerar o B.D.I. um instrumento sensível de análise do quadro depressivo, tornando-o especialmente útil *em clínica e em investigação.*

Quanto à sua validade e fidelidade, tem sido reconhecida por autores de diferentes nacionalidade, e tem sido aplicado na realização de estudos de múltiplas naturezas. Não é influenciado pela inteligência de determinada população depressiva, nem pelo factor raça. Relativamente às inconveniências, tal como as outras escalas de auto-administração, o B.D.I. não pode ser aplicada a indivíduos analfabetos. Em casos graves de depressão, onde o enfermo se mostra agitado, irritado ou delirante, torna o seu uso

muito difícil. Respeitante ao modo de administração, Beck sugere que se crie uma certa rotina ao administrar o B.D.I. ao doente. Também, não é necessário que seja sempre o psiquiatra a aplicar o inventário ao paciente. Qualquer pessoa treinada o pode fazer, desde que aprenda a esclarecer as possíveis dúvidas que se possam levantar.

Um estudo realizado por Vaz-Serra (1971), numa população depressiva inglesa, introduziu nessa altura mais alguns grupos de sintomas, procurando estudar os indivíduos deprimidos no que respeita às suas perspectivas em relação à religião, ao passado, à capacidade de ambição e futuro, bem como a insónia, aumento do peso, apetite e libido. Em 1972 foi apresentada a tradução portuguesa dessa escala com os diversos grupos de sintomas acrescentados. Os agrupamentos para medir o aumento do apetite, peso e libido foram construídos de maneira semelhante ao B. D. I. original, formulando perguntas de forma inversa. Quanto à insónia inicial, foi formulado, procurando valorizar diversas gradações desde um sono normal, até à insónia total.

As V. D. H. foram registados dois grupos diferentes: variações matutinas e vespertinas. Da mesma forma, os sentimentos religiosos também foram analisados em dois grupos: aumento dos sentimentos religiosos e diminuição dos mesmos. Quanto às perspectivas em relação ao passado, a capacidade de ambição e futuro foram sempre analisadas num sentido de diminuição. Os valores atribuídos obedecem ao que é habitualmente feito como o B.D.I. A nota mínima corresponde a ausência de sintomas e a máxima ao registo de sintomas na sua maior intensidade. De acordo com Campos (2000), os resultados da aplicação do inventário a uma amostra de pacientes depressivos, apresentado por Vaz-Serra & Pio Abreu (1973) demonstraram as *características psicométricas claramente satisfatórias*.

Quais são os valores discriminatórios dos diferentes graus de depressão? A resposta para esta questão será dada da seguinte forma: “na validação para a população portuguesa do “ Inventário Depressivo de Beck” (Vaz-Serra & Pio Abreu, 1973) encontraram o seguinte: *grau leve: Média = 17,40 e D.P. = 4,55; grau moderado: Média = 24,80 e D. P. = 6,48; grau grave: Média = 32,20 e D.P. = 8,28.*

*Os valores obtidos segundo os autores estavam relativamente próximos dos observados na população americana e inglesa.* Admite-se que um português se pode encontrar deprimido se tiver um valor igual ou superior a  $17,40 - 4,55 = 12,85$  o que, arredondando, dá 13. Se quisermos conhecer qual é o “cutoff point” (ponte de corte) entre os vários graus de depressão aplica-se a “Técnica de Fisher”. À média dos deprimidos em grau leve (17,40) soma o respectivo desvio padrão (4,55). À média dos

deprimidos em grau moderado (24,80) subtrai o respectivo desvio padrão (8,28). Somando estes dois valores e divide por dois. Obtém assim o ponto de corte. Ex:  $(17,40 + 4,55) + (24,80 - 6,48) : 2 = 20,14$ . Tendo em conta os valores obtidos podemos mencionar que, acima de 13, é previsível um indivíduo estar deprimido. A depressão é leve entre 13 e 20. Aplicando a formula de “Fisher” podemos então ficar igualmente a saber quais são os valores que reconhecem e separam as depressões moderadas e graves. Para calcular estes valores é necessário entrar as médias e os desvios padrões dos respectivos grupos “ (Vaz-Serra).

### **9.5. Análise e Tratamentos dos Dados.**

O tratamento de dados foi efectuado com a utilização do programa estatístico SPSS (Program for Social Sciênces, versão 16.0).

Foi elaborado um conjunto de questões demográficas para a caracterização dos participantes no estudo, pelo que se deu maior relevância às variáveis tais como: a idade, o género e habilitações académicas.

Antes da aplicação dos testes, foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias para todos os instrumentos com o recurso ao teste de Levene. De acordo com o teste de Levene, a aplicação dos testes *t* de Student na análise das diferenças existente entre as variáveis (género e perdão; perdão e saúde mental (deprimidos e não deprimidos) justifica-se, dado que, as variâncias encontram-se distribuídas de forma normal ( $p > 0,05$ ). Da mesma maneira, a aplicação do teste ANOVA na análise de diferenças entre variáveis (perdão e grupos de habilitações académicas) é válida, pois, as variâncias estão distribuídas de forma normal ( $p > 0,05$ ). Ainda de acordo com o teste de Levene, não se justifica a aplicação dos testes *t* de Student e testes ANOVA na análise de diferenças nos outros instrumentos (Escala de Esperança Estado e Inventário Depressivo de Beck), pois as variâncias não se distribuem de forma normal, pelo que foi necessário a aplicação de outros testes como: os testes não paramétricos de Mann-Whitney, alternativa mais comum aos testes *t* de Student para amostra independentes e os testes de Kruskal-Wallis, alternativa aos testes ANOVA. Assim, para avaliar as diferenças entre as variáveis: saúde mental (B.D.I.) e género; género e esperança; esperança e saúde mental (deprimidos e não deprimidos) foram realizados os testes de Mann-

Whitney. Para analisar as diferenças entre as variáveis (esperança e habilitações académicas; saúde mental (B.D.I) e habilitações académicas) foram realizadas os testes de Kruskal-Wallis. Foram calculadas os testes de Qui-Quadrado para todos os instrumentos com a finalidade de avaliar a associação entre as variáveis nominais (género, itens do perdão, itens da esperança, grupos de sintomas do B.D.I e habilitações académicas) e teste de ajustamento de Qui-Quadrado para comparar as frequências dos valores das diferentes categorias de variáveis respostas em relação aos itens da esperança estado, aos itens do perdão e aos grupos de sintomas do B.D.I. Foram realizadas as correlações  $r$  de Pearson para avaliar a associação entre variáveis medidas numa escala - “idade” e o nível de concordância com as afirmações.

Para cada instrumento foram determinados as médias, os desvios padrões e teste de homogeneidade de varianças. A distribuição de frequência em relação ao B.D.I. (Inventário Depressivo de Beck) foi feita por género e por habilitações académicas. A amostra global foi classificada de deprimidos e não deprimidos de acordo com as pontuações dos idosos inquiridos no B.D.I., considerou-se um idoso (a) como pertencente ao grupo de indivíduos deprimidos se a sua pontuação no B.D.I. fosse igual ou superior a 13. Assim, para cada um dos instrumentos utilizado foi analisado se existiam diferenças entre as pontuações médias por género, por grupos de deprimidos e não deprimidos e por grupos de habilitações académicas. Foram realizadas as correlações de Pearson entre a nota total dos testes (Escala do Perdão, Escala de Esperança Estado e Inventário Depressivo de Beck) e seus respectivos itens e grupos de sintomas (B.D.I) com a finalidade de identificar os itens e sintomas que contribuíram para a nota total do teste. Para cada um dos instrumentos foram realizadas as correlações de Pearson entre a idade e seus respectivos itens e sintomas para avaliar se existem uma associação significativa entre eles. Também foram realizadas as correlações de Pearson entre os totais dos instrumentos com o intuito de analisar a existência de associação significativa entre total perdão, total esperança e total B.D.I. Finalmente, foi realizado as correlações de Pearson entre os totais dos instrumentos e grupos de sintomas para analisar a relação existentes entre eles.

Em relação ao B.D.I. não foram calculadas a diferença entre as pontuações dos deprimidos e não deprimidos, dado que a diferença entre estes dois grupos é evidente.

A análise de dados foi realizada considerando um nível de significância de **5%**.

## **9.6. Estudos Psicométricos**

De acordo com Ribeiro (1999), a psicometria desenvolveu-se fundamentalmente a partir dos primeiros esforços para medir a inteligência. Segundo o mesmo autor os testes devem respeitar critérios que são próprios da generalidade das medidas. Das propriedades psicométricas podemos distinguir as que são inerentes ao teste e as que são inerentes a cada item. Existem dois grandes tipos de propriedades métricas dos testes psicológicos: *A fidelidade e a validade*. *A fidelidade* significa que as notas obtidas por avaliadores quando avaliam as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes, ou com um conjunto de itens equivalentes são semelhantes (Anastasi, 1990, cit. in Ribeiro, 1999). *A validade* refere-se ao que o teste mede. É a garantia que o teste dá que mede o que se propõe medir. Ela deve ser determinada com referência ao uso particular para que o teste foi desenvolvido. Quanto à consistência interna, o coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* fornece medida de consistência e está matematicamente ligado ao método das duas metades (Murphy e Davidshofer, 1998, cit. in Ribeiro, 1999). A consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações entre os itens do teste. Segundo Ribeiro (1999), uma boa consistência interna deve exceder um  $\alpha$  de 0,80 e no entanto são aceites valores acima de 0,60.

Nesta investigação foram realizados estudos de fiabilidade dos instrumentos (Escala do Perdão, Escala de Esperança Estado e Inventário Depressivo de Beck) utilizados. Para o estudo de homogeneidade dos itens foi realizada uma análise de consistência interna determinando o  $\alpha$  de *Cronbach*, as correlações entre cada o item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como, os valores do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* quando este não contém o item. Segundo (Streiner e Norman, 1989) as correlações com a nota global quando estas não contêm o item, devem ser superiores a 0,20 para podermos afirmar que o item é consistente com a escala. Assim como, valores inferiores do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* quando o item é excluído relativamente ao valor do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* total indicam que o item melhora a homogeneidade da escala quando está presente. A análise factorial foi feita através do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (**KMO**), aplicado à análise de componentes principais.



## **CAPÍTULO X**

### **10 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

#### **10.1. Escala do Perdão**

##### **10.1.1. Dados Psicométricos**

Relativamente a esta escala, foi realizada uma análise no sentido de conhecer as suas propriedades psicométricas. Assim, neste instrumento foi estudado *o perdão*. As tabelas abaixo indicam os valores para o estudo da consistência interna.

**Tabela 2 – Consistência Interna ( $\alpha$  de Cronbach)**

---

Perdão	0,753
--------	-------

**Tabela 3 – Estudos dos itens**

Variável	Item	Média	R item-total (s/ item)	$\alpha$ s/ item
Perdão	1	4,17	0,632	0,713
	2	3,79	0,558	0,715
	3	3,93	0,296	0,747
	4	4,27	0,426	0,735
	5	4,05	0,456	0,730
	6	3,95	0,369	0,739
	7	3,87	0,681	0,703
	8	3,63	0,619	0,709
	9	3,07	-,098	0,799
	10	3,52	0,652	0,702
	11	3,38	0,485	0,724
	12	3,20	-,045	0,792

Pela análise da *tabela 2* os resultados revelam um valor  $\alpha$  de Cronbach de 0,753 para o *perdão*. Na *tabela 3* são apresentados as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como, os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach quando este não contém o item. Para a escala do perdão, nem todos os itens são consistentes com a escala uma vez que, para os itens 9 e 12, a correlação entre estes itens e a nota global da escala quando os itens 9 e 12 são excluídos são -0,098, e -0,045 (valores negativos inferiores a 0,20), indicando assim que não são bons itens. Do mesmo modo, os valores de  $\alpha$  de Cronbach (0,799 e 0,792) correspondentes aos itens 9 e 12 são também excluídos, pois revelam valores superiores a 0,753. Os restantes itens apresentam valores reveladores de serem considerados bons itens. Uma vez excluídos os itens 9 e 12 e seus respectivos  $\alpha$  de Cronbach melhora a homogeneidade da escala.

A validade do construto foi determinada através KMO com o valor de 0,804. Este procedimento identificou dois factores. O factor 1, que explica 39,47% da variância é representado pelos itens 7, 2, 1, 10, 8, 5, 4 e 11 (trata-se de itens melhores e mais homogêneos). O factor 2, que explica 14,78% da variância é representado pelos itens 6, 9, 12, e 3 (trata-se de itens mais problemáticos e referem-se ao rancor ou ao perdão condicionado). Os dois factores explicam em conjunto 55,25% do total da variância.

### **10.1.2. Escala do Perdão (mínimo, máximo, média e desvio padrão) e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas**

Para analisar o perdão nos idosos inqueridos, foi determinada a pontuação total com o valor mínimo de 24,00 e o valor máximo de 60,00. Considerou-se a pontuação média do perdão de 44,89 e o desvio padrão de 8,65.

Perdão	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pontuação total	82	24,00	60,00	44,8902	8,65955

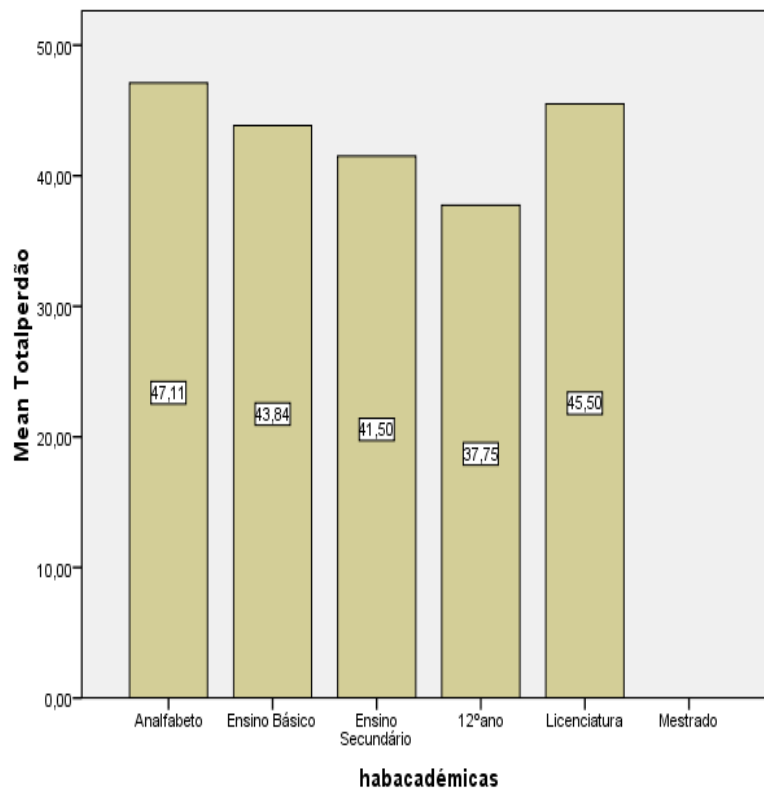
Relativamente ao perdão e o género, os homens obtiveram uma pontuação média de 43,58 e um de desvio padrão 9,55, enquanto que as mulheres obtiveram uma pontuação média de 43,68 e um desvio padrão de 8,06. Da análise do teste **t** realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na média total do perdão entre homens e mulheres ( $t = -1,069$ ; valor  $p = 0,288$ ).

**Tabela 5 – Diferenças entre Género e a variável Perdão**

Variável	Género	N	Média	Desvio padrão	Teste t	Valor-p
Perdão	Masculino	31	43,5806	9,55606	- 1,069	0,288
	Feminino	51	45,6863	8,06099		

Da realização de correlações entre a idade dos inqueridos e as pontuações obtidas para o perdão, conclui-se que não existem associações entre o perdão e a idade ( $r=0,113$ ;  $p=0,313$ ).

Para analisar a variância entre as pontuações obtidas para o perdão e as habilitações académicas foi realizado o teste paramétrico ANOVA. Segundo ANOVA não existe diferença entre as pontuações obtidas para o perdão e as habilitações académicas ( $p=0,164$ ;  $F = 1,678$ ).



**Figura 8 – Valores médios das pontuações obtidas por habilitações académicas relativamente ao perdão.**

### 10.1.3. Estatísticas Descritiva dos Itens da Escala do Perdão e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas

#### 10.1.3.1. Posição dos Idosos face à Afirmação ” Perdooo facilmente”

Na opinião dos idosos inqueridos, 45 estão totalmente de acordo com a frase “ *Perdoo facilmente*” (54,9%), enquanto que 4 estão totalmente em desacordo (4,9%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens respeitante a afirmação “ *Perdoo facilmente* “ ( $\chi^2(4)=72,024$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 6 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à afirmação “ Perdooo facilmente”**

<i>Item 1- Perdoo facilmente</i>	N	%
Totalmente em desacordo	4	4,9
Bastante em desacordo	2	2,4
Nem em acordo nem em desacordo	15	18,3
Bastante de acordo	16	19,5
Totalmente de acordo	45	54,9
Total	82	100,0

#### **Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível da concordância com a frase “ *Perdoo facilmente*” ( $r = 0,170$ ;  $p = 0,128$ ).

**Relativamente ao género:**

Os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre género no padrão das respostas dadas pelos idosos relativamente à afirmação “*Perdoo facilmente*” ( $\chi^2 (4) = 10,768$ ;  $p = 0,029$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas e o nível de concordância com a afirmação “*Perdoo facilmente*” ( $\chi^2 (4) = 52,634$ ;  $p = 0,000$ ).

**10.1.3.2. Posição dos Idosos face à Afirmação “*Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*”.**

Na opinião dos idosos inqueridos, 39 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*” (47,6 %), enquanto que 8 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada. (4,9%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente a afirmação “*Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*” ( $\chi^2 (4) = 40,3117$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 7 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à frase “*Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*”**

<i>Item 2 - Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu</i>	N	%
Totalmente em desacordo	8	9,8
Bastante em desacordo	9	11,0
Nem em acordo nem em desacordo	14	17,1
Bastante de acordo	12	14,6
Totalmente de acordo	39	47,6
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existem correlações estatisticamente significativas entre a idade dos idosos inqueridos e o nível da concordância com a frase “ *Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*” ( $r=0,287;p=0,0009$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “ *Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*” ( $\chi^2 (4) = 10,602; p = 00,31$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas e o nível de concordância com a afirmação “ *Perdoo mesmo a quem muito me ofendeu*” ( $\chi^2 (4) = 26,129; p = 0,052$ ).

**10.1.3.3. Posição dos Idosos face à Afirmação: “As vezes sou capaz de me vingar”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 45 estão totalmente de acordo com a afirmação “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” (54,9%), enquanto que 9 estão totalmente em desacordo com a afirmação “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” (11,0%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam nas duas últimas categorias com maior percentagem de respostas positivas relativamente à afirmação “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” ( $\chi^2 (4) = 63,854; p = 0,000$ ).

**Tabela 8 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à afirmação “Às vezes sou capaz de me vingar”**

<i>Item 3 – Às vezes sou capaz de me vingar</i>	N	%
Totalmente em desacordo	9	11,0
Bastante em desacordo	9	11,0
Nem em acordo nem em desacordo	6	7,3
Bastante de acordo	13	15,9
Totalmente de acordo	45	54,9
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a frase “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” ( $r = 0,031$ ;  $p = 0,779$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observou uma associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à frase “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” ( $\chi^2(4) = 1,771$ ;  $p = 0,778$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a frase “ *Às vezes sou capaz de me vingar*” ( $\chi^2(4) = 28,659$ ;  $p = 0,026$ ).

#### 10.1.3.4. Posição dos Idosos face à Afirmação: As minhas convicções levam-me a perdoar

Na opinião dos idosos inqueridos, 45 estão totalmente de acordo com a afirmação “As minhas convicções levam-me a perdoar” (54,9%), enquanto que 3 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada (3,7%). Verifica-se assim, uma predominância significativa na opinião dos idosos, que se posicionam na parte mais positiva dos itens de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação “As minhas convicções levam-me a perdoar” ( $\chi^2(4) = 77,878$ ;  $P = 0,000$ ).

**Tabela 9 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à afirmação “As minhas convicções levam-me a perdoar”**

<i>Item 4 – As minhas convicções levam-me a perdoar</i>	N	%
Totalmente em desacordo	3	3,7
Bastante em desacordo	2	2,4
Nem em acordo nem em desacordo	10	12,2
Bastante de acordo	22	26,8
Totalmente de acordo	45	54,9
Total	82	100,0

#### **Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5% não se encontrou uma correlação significativa entre a idade dos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “As minhas convicções levam-me a perdoar” ( $r = 0,244$ ;  $p = 0,027$ ).

#### **Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observou uma associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos face à afirmação “As minhas convicções levam-me a perdoar” ( $\chi^2(4) = 2,679$ ;  $p = 0,613$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que não existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas e o nível de concordância com a afirmação “*As minhas convicções levam-me a perdoar*” ( $\chi^2 (4) = 24,467$ ;  $p = 0,080$ ).

**10.1.3.5. Posição dos Idosos face à Afirmação: “Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 42 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas*” (51,2%), enquanto que 4 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada (4,9). Verifica-se assim, uma predominância significativa na opinião dos idosos, que se posicionam na parte mais positiva dos itens de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação “*Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas*” ( $\chi^2 (4) = 56,293$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 10 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à afirmação “Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas”**

<i>Item 5 – Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas</i>	N	%
Totalmente em desacordo	4	4,9
Bastante em desacordo	6	7,3
Nem em acordo nem em desacordo	14	17,1
Bastante de acordo	16	19,5
Totalmente de acordo	42	51,2
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas*” ( $r = 0,189$ ;  $p = 0,89$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observou uma associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos face à afirmação “*Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas*” ( $\chi^2(4)=5,155$ ;  $p=0,272$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação, “*Tanto perdoo as pessoas amigas como as pessoas desconhecidas*” ( $\chi^2(4)=36,191$ ;  $p=0,003$ ).

**10.1.3.6. Posição dos Idosos face à Afirmação:”Por vezes aplico a lei de talhão”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 50 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Por vezes aplico a lei de talhão*” (61,0%), enquanto que 12 estão em total desacordo com a afirmação (14,6%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que estão tontamente de acordo com a afirmação “*Por vezes aplico a lei de talhão*” ( $\chi^2(4) = 88,122$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 11 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face a afirmação “ Por vezes aplico a “ lei de talhão”**

<i>Item 6 – Por vezes aplico a lei de talhão</i>	N	%
Totalmente em desacordo	12	14,6
Bastante em desacordo	7	8,5
Nem em acordo nem em desacordo	4	4,9
Bastante de acordo	9	11,0
Totalmente de acordo	50	61,0
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “ *Por vezes aplico a lei de talhão*” ( $r = -0,179$ ;  $p = 0,109$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observou uma associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos respeitante a afirmação “ *Por vezes aplico a lei de talhão*” ( $\chi^2(4)=0,636$ ;  $p = 0,959$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos e o nível de concordância com a afirmação “ *Por vezes aplico a lei de talhão*” ( $\chi^2(4)=30,650$ ;  $p = 0,015$ ).

**10.1.3.7. Posição dos Idosos face à Afirmação: "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão"**

Na opinião dos idosos inqueridos, 37 estão totalmente de acordo com a afirmação "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão" (45,1%), enquanto que 6 estão totalmente em desacordo com a afirmação (7,3%). Verifica-se assim, uma predominância significativa na opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente a afirmação "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão" ( $\chi^2(4) = 39,341; P=0,000$ ).

**Tabela 12 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à afirmação "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão"**

<i>Item 7 – Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão</i>	N	%
Totalmente em desacordo	6	7,3
Bastante em desacordo	6	7,3
Nem em acordo nem em desacordo	18	22,0
Bastante de acordo	15	18,3
Totalmente de acordo	37	45,1
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inquiridos e o nível de concordância com a afirmação "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão" ( $r = 0,170; p = 0,128$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observou associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação "Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão" ( $\chi^2(4) = 4,798; p = 0,309$ ).

**Relativamente às habilitações académicas dos idosos:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que não existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos e o nível de concordância com a afirmação “ *Perdoo mesmo se não me vierem pedir perdão*” ( $\chi^2(4) = 19,871$ ;  $p = 0,226$ ).

**10.1.3.8. Posição dos Idosos face à Afirmação “Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem”.**

Na opinião dos idosos inqueridos, 28 estão totalmente de acordo com a afirmação “ *Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem* (34,1%), enquanto que 10 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada (12,2 %). Segundo a tabela 15, existe uma predominância significativo da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação “ *Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem*” ( $\chi^2(4) = 19,220$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabela 13 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à sua posição face a afirmação “Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem”.**

<i>Item 8 – Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem</i>	N	%
Totalmente em desacordo	10	12,2
Bastante em desacordo	6	7,3
Nem em acordo nem em desacordo	16	19,5
Bastante de acordo	22	26,8
Totalmente de acordo	28	34,1
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem*” ( $r = 0,161$ ;  $p = 0,141$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos perante a afirmação “*Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem*” ( $\chi^2 (4) = 6,344$ ;  $p = 0,175$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Perdoo mesmo que as consequências do mal que me fizeram ainda perdurem*” ( $\chi^2 (4) = 22,417$ ;  $p = 0,136$ ).

**10.1.3.9. Posição dos Idosos face a Afirmação: “ Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor”**

Na opinião dos idosos inqueridos 25 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor*” (30,5%), e 21 estão em total desacordo com a afirmação acima mencionada (25,6%). Neste caso constata-se uma melhor distribuição da opinião dos idosos pelas categorias das respostas relativamente à afirmação “*Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor*” ( $\chi^2 (4) = 12,756$ ;  $p = 0,013$ ).

**Tabela 14 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à afirmação  
“ Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor”**

<i>Item 9 – Só perdoo se alguém amigo vier interceder pelo ofensor</i>	N	%
Totalmente em desacordo	21	25,6
Bastante em desacordo	16	19,5
Nem em acordo nem em desacordo	6	7,3
Bastante de acordo	14	17,1
Totalmente de acordo	25	30,5
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “ *Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor*” ( $r = -0,191$ ;  $p = 0,086$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observou associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos respeitante à afirmação “ *Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor*” ( $\chi^2 (4) = 6,187$ ;  $p = 0,186$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Só perdoo se alguém amigo me vier interceder pelo ofensor*” ( $\chi^2(4)=13,128$ ;  $p = 0,663$ ).

**10.1.3.10. Posição dos Idosos face à Afirmação ” Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 30 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer*” (36,6 %), enquanto que 11 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada (13,4%). Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação “ *Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer*” ( $\chi^2(4)=16,902;p=0,002$ ).

**Tabela 15 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer”**

<i>Item 10 – Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer</i>	N	%
Totalmente em desacordo	11	13,4
Bastante em desacordo	9	11,0
Nem em acordo nem em desacordo	18	22,0
Bastante de acordo	14	17,1
Totalmente de acordo	30	36,6
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer*” ( $r=0,131;p=0,241$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observou uma associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “*Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer*” ( $\chi^2 (4) = 5,836$ ;  $p = 0,212$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias dos idosos e o nível de concordância e com a afirmação “*Perdoo tanto a quem me ofendeu involuntariamente como a quem me ofendeu por querer*” ( $\chi^2 (4) = 41,983$ ;  $p = 0,000$ ).

**10.1.3.11. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Esqueço facilmente as ofensas”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 25 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Esqueço facilmente as ofensas*” (30,5%), enquanto que 13 estão totalmente em desacordo com a frase acima mencionada (15,9). Neste caso, os itens nas categorias se distribuem de modo semelhante, pelo que a posição dos idosos se distribuem de modo mais uniforme, relativamente à afirmação “*Esqueço facilmente as ofensas*” por isso temos o seguinte: ( $\chi^2 (4) = 7,756$ ;  $p = 0,101$ ).

**Tabela 16 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Esqueço facilmente as ofensas”**

<i>Item 11 – Esqueço facilmente as ofensas</i>	N	%
Totalmente em desacordo	13	15,9
Bastante em desacordo	10	12,2
Nem em acordo nem em desacordo	17	20,7
Bastante de acordo	17	20,7
Totalmente de acordo	25	30,5
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Esqueço facilmente as ofensas*” ( $r = 0,53$ ;  $p = 0,639$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observou associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “*Esqueço facilmente as ofensas*” ( $\chi^2 (4) = 3,917$ ;  $p = 0,417$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações académicas e o nível de concordância com a afirmação “*Esqueço facilmente as ofensas*” ( $\chi^2 (4) = 9,308$ ;  $p = 0,900$ ).

**10.1.3.12. Posição dos Idosos face a Afirmação “ Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 26 estão totalmente de acordo com a afirmação “*Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu*” (31,7%), e 20 estão totalmente em desacordo com a afirmação acima mencionada (24,4%). De acordo com a tabela 18, verifica-se uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam nas duas últimas categorias com maior percentagem de respostas aos itens, relativamente à afirmação “*Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu*” ( $\chi^2(4)=11,902$ ;  $p = 0,018$ ).

**Tabela 17 – Distribuição de frequência dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu”**

<i>Item 12 – Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu</i>	N	%
Totalmente em desacordo	20	24,4
Bastante em desacordo	12	14,6
Nem em acordo nem em desacordo	8	9,8
Bastante de acordo	16	19,5
Totalmente de acordo	26	31,7
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu*” ( $r = - 0,118$ ;  $p = 0,292$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observou associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “*Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu*” ( $\chi^2(4)=4,193$ ;  $p=0,380$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Por vezes ganho tanto rancor a quem me ofendeu*” ( $\chi^2(4)=14,003;p=0,599$ ).

**10.2. Escala de Esperança Estado**

**10.2.1. Dados Psicométricos**

Quanto a Escala de Esperança Estado, versão portuguesa de Faria, M. C. (2000), vamos fazer um estudo no sentido de conhecer as suas propriedades psicométricas. Assim, foi analisado neste instrumento a esperança. As tabelas abaixo indicam os valores obtidos para o estudo de consistência interna.

---

**Tabela 18 – Consistência Interna ( $\alpha$  de Cronbach)**

---

Esperança	0,881
-----------	-------

Pela análise da *tabela 4* os resultados revelam um valor do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,881 para a *esperança*, pelo que é considerado um bom alfa.

**Tabela 19 – Estudos dos itens**

Variável	Item	Média	R item-total (s/ item)	$\alpha$ s/ item
Esperança	1	3,33	0,614	0,877
	2	3,70	0,726	0,855
	3	3,56	0,698	0,859
	4	3,73	0,659	0,865
	5	3,68	0,741	0,853
	6	3,49	0,733	0,853

Na *tabela 5* são apresentados as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído, assim como, os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach quando este não contém o item. Para a *esperança* todos os itens são consistentes com a escala, uma vez que as correlações entre cada item e a nota global da escala quando o respectivo item é excluído variam 0,614 e 0,741. Podemos ainda observar que, os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach quando item é excluído são todos inferiores a 0,881 o que revela uma boa homogeneidade dos itens.

A validade de construto foi determinada através de **KMO** com um valor de 0,874. Foram identificados dois factores. O factor 1, que explica 63,57% de variância está representado pelos itens 4, 5, e 6 (itens ligados ao planeamento para atingir os objectivos - pathways). O factor 2, que explica 9,78% é representado pelos itens 1, 2, 3 (itens ligados a determinação dirigida ao fim - agency). Os dois factores explicam em conjunto 73,15% do total da variância.

### **10.2.2. Escala de Esperança Estado (mínimo, máximo, média, desvio padrão) e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas**

Para analisar a esperança estado nos idosos inqueridos, foi determinada a pontuação total com o valor mínimo 8,00 e máximo de 30,00. Considerou-se a pontuação média da esperança estado de 21,48 e o desvio padrão de 6.14.

<b>Tabela 20 – Pontuação para Esperança Estado</b>					
Esperança Estado	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pontuação Total	82	8,00	30,00	21,4878	6,14886

Na comparação dos resultados por género, para um nível de significância de 5%, o teste de Mann-Whitney utilizado provou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias para homens e mulheres, relativamente a esperança estado (Mann-Whitney U=705,000; p=0,412)

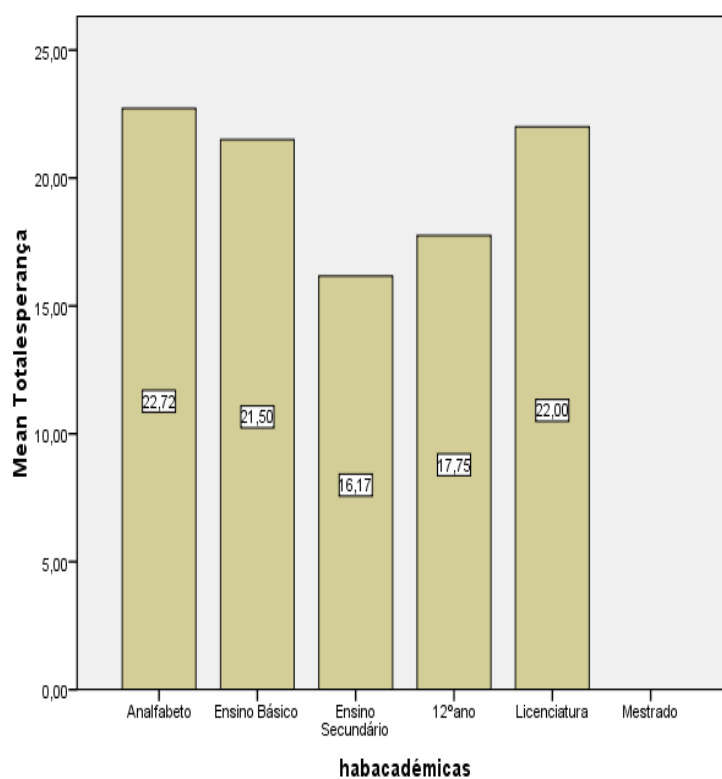
---

**Tabela 21 – Diferenças entre Género e a variável Esperança Estado**

Variável	Género	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	Valor-p
Esperança Estado	Masculino	31	22,0968	6,10112	705,000	0,412
	Feminino	51	21,1176	6,20853		

A realização das correlações entre a idade dos inqueridos e as pontuações obtidas para a esperança estado ( $r = 0,209$ ;  $p = 0,060$ ) não se mostraram estatisticamente significativas.

Para analisar a variância entre as pontuações obtidas para a esperança estado e as habilitações académicas foi realizado o teste não paramétrico de **Kruskal-Wallis**, segundo o qual não se verificou diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas para a esperança estado e as habilitações académicas dos idosos inqueridos ( $\chi^2 (4) = 7,128; p=0,129;$ ).



**Figura 9 – Valores médios das pontuações obtidas por habilitações académicas relativas à esperança estado**

### 10.2.3. Estatísticas Descritivas dos Itens da Escala de Esperança Estado e sua Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas

#### 10.2.3.1 Posição dos Idosos face à Afirmação” Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação”.

Na opinião dos idosos inqueridos, 22 concordaram de maneira acentuada com a afirmação ” *Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação*” (26,8%), enquanto que 2 discordaram de maneira acentuada com a afirmação acima mencionada (2,4%). Ao observar a tabela 19, conclui-se que existe uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação ” *Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação*” (  $\chi^2 (5) = 25,854$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 22 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação ” Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação”.**

<i>Item 1 – Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	8	9,8
Discordo de maneira acentuada	2	2,4
Discordo	9	11,0
Concordo	20	24,4
Concordo de maneira acentuada	22	26,8
Concordo de maneira muito acentuada	21	25,6
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação ” *Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação*” ( $r = 0,244$ ;  $p = 0,027$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação ” *Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação*” ( $\chi^2(5) = 2,327$ ;  $p = 0,802$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a frase ” *Se eu me encontrasse numa situação confusa, eu seria capaz de encontrar diversas saídas para essa situação*” ( $\chi^2(5) = 22,727$ ;  $p = 0,302$ ).

**10.2.3.2. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 28 concordaram de maneira muito acentuada com a afirmação, ” *Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*” (34,1%), enquanto que 1 discordou de maneira muito acentuada com a afirmação acima mencionada (1,2%). Segundo a tabela 20, verifica-se uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação ” *Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*” ( $\chi^2(5) = 48,537$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 23 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação” Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos”**

<i>Item 2 – Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	1	1,2
Discordo de maneira acentuada	2	2,4
Discordo	9	11,0
Concordo	25	30,5
Concordo de maneira acentuada	17	20,7
Concordo de maneira muito acentuada	28	34,1
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação ” *Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*” ( $r=0,142$ ;  $p = 0,204$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação ” *Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*” ( $\chi^2 (5) = 3,682$ ;  $p = 0,596$

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação ”*Neste momento, eu estou a lutar com muita energia para alcançar os meus objectivos*” ( $\chi^2 (5) = 19,755$ ;  $0,473$ )

**10.2.3.3. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar “**

Na opinião dos idosos inqueridos, 35 concordaram com a afirmação “ *Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar* “ (42,7%), enquanto que 2 discordaram de maneira muito acentuada com a afirmação acima mencionada (2,4%). Ao observar a tabela 21, pode-se concluir que existe uma predominância significativa na opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, dentro das categorias onde se encontram, relativamente à afirmação “*Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar*” ( $\chi^2(5)=71,073;p=0,000$ ).

**Tabela 24 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “ Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar “**

<i>Item 3 – Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	2	2,4
Discordo de maneira acentuada	2	2,4
Discordo	7	8,5
Concordo	35	42,7
Concordo de maneira acentuada	9	11,0
Concordo de maneira muito acentuada	27	32,9
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível da concordância com a afirmação “*Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar*” ( $r=0,211;p=0,057$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram associação significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação: “*Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar*” ( $\chi^2(5) = 1,949$ ;  $p = 0,856$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Existem muitas formas de resolver qualquer problema que eu esteja a enfrentar*” ( $\chi^2(5) = 22,467$ ;  $p = 0,316$ ).

**10.2.3.4. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida.”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 32 concordaram de maneira muito acentuada com a afirmação “*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*” (39,0%), enquanto que 1 discorda de maneira muito acentuada com a afirmação acima mencionada (1,2%). Ao observar a tabela 22, verifica-se uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, dentro das categorias que se encontram, relativamente à afirmação “*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*” ( $\chi^2(5) = 49,707$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 25 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida.”**

<i>Item 4 - Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	1	1,2
Discordo de maneira acentuada	3	3,7
Discordo	10	12,2
Concordo	21	25,6
Concordo de maneira acentuada	15	18,3
Concordo de maneira muito acentuada	32	39,0
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*” ( $r = 0,184; p=0,099$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram uma associação significativa entre o género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*” ( $\chi^2 (5) = 4,293; p = 0,508$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos e o nível de concordância e com a afirmação “*Neste momento, considero-me uma pessoa razoavelmente bem sucedida*” ( $\chi^2 (5) = 34,748; p=0,021$ ).

**10.2.3.5. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 30 concordaram de maneira muito acentuada com a afirmação “*Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento*” (36,6%), enquanto que 1 discorda de maneira muito acentuada com a afirmação acima mencionada (1,2%). De acordo com a tabela 23, existe uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, de acordo com as categorias onde se incluem, relativamente à afirmação “*Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento*” ( $\chi^2$  (5) 58,049;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 26 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento”**

<i>Item 5 – Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	1	1,2
Discordo de maneira acentuada	2	2,4
Discordo	9	11,0
Concordo	28	34,1
Concordo de maneira acentuada	12	14,6
Concordo de maneira muito acentuada	30	36,6
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento*” ( $r=0,026$ ;  $p = 0,816$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “*Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento*” ( $\chi^2 (5) = 5,250$ ;  $P = 0,386$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “*Eu consigo pensar em muitas formas de atingir os meus objectivos deste momento*” ( $\chi^2 (5) = 25,369$ ;  $P = 0,188$ ).

**10.2.3.6. Posição dos Idosos face à Afirmação “ Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)”**

Na opinião dos idosos inqueridos, 28 concordaram de maneira muito acentuada com a afirmação “*Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)*” (34,1%), enquanto que 1 discorda de maneira muito acentuada com a afirmação acima mencionada (1,2%). Segundo a tabela 24, verifica-se uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posicionam na parte mais positiva dos itens, correspondente às categorias a que pertencem, relativamente à afirmação “*Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)*” ( $\chi^2 (4) = 51,024$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 27 – Distribuição de frequências dos idosos relativamente à sua posição face à afirmação “Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)”**

<i>Item 6 – Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)</i>	N	%
Discordo de maneira muito acentuada	1	1,2
Discordo de maneira acentuada	4	4,9
Discordo	13	15,9
Concordo	28	34,1
Concordo de maneira acentuada	8	9,8
Concordo de maneira muito acentuada	28	34,1
Total	82	100,0

**Relativamente à idade:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação significativa entre a idade dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)” ( $r = 0,167$ ;  $p = 0,133$ ).

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação significativa entre o género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a afirmação “Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)” ( $\chi^2 (5) = 4,131$ ;  $p = 0,531$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existem associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o nível de concordância com a afirmação “Presentemente, eu estou a alcançar os objectivos que me coloquei a mim próprio (a)” ( $\chi^2 (5) = 57,641$ ;  $p = 0,000$ ).

### 10.3. Inventário Depressivo de Beck

#### 10.3.1. Dados Psicométricos

Seguindo os mesmos procedimentos que os outros instrumentos anteriormente analisados, foi estudado neste instrumento a *depressão*. A aplicação deste instrumento tem como objectivo avaliar a saúde mental nos idosos. As tabelas abaixo indicam os valores obtidos para a consistência interna.

---

**Tabela 28 – Consistência Interna ( $\alpha$  de Cronbach)**

---

Depressão	0,834
-----------	-------

Pela análise da *tabela 28*, os resultados revelam um bom coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, com o valor de **0,834** para a *depressão*.

Na *tabela 29* abaixo indicada, estão apresentadas as correlações entre cada grupo de sintomas e a nota global da escala quando o respectivo sintoma é excluído, assim como os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach quando este não tem sintoma. Para a dimensão *depressão* podemos dizer que todos os sintomas são consistentes com o inventário depressivo, dado que, as correlações entre cada sintoma e a nota global do inventário, quando o respectivo sintoma é excluído variam entre 0,209 e 0,596. Podemos ainda observar que, os valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, quando o sintoma é excluído apresentam para os itens: “Diminuição da Libido” um valor de 0,841; “Perturbações do Sono” um valor de 0,839 e para o item do “Afastamento Social” um valor de 0,835 (valores superiores a 0,834). O que se pode concluir que estes itens podem originar problemas na homogeneidade do inventário quando estão presentes. Os restantes sintomas apresentam valores reveladores de serem bons.

Quando à validade do construto, foi analisado através da **KMO** com o valor de 0,708. Nesta análise foi encontrado 6 factor: o factor 1, que explica 26,55% de variância é representado pelo desejo suicidas, insatisfação, estado de ânimo triste, crise de choro e

irritabilidade; o factor 2, que explica 10,71% de variância é representado pela incapacidade de trabalhar, diminuição da libido, hipocondria e fatigabilidade; o factor 3, que explica 8,92% de variância é representado pelo sentimento de culpa, auto-acusações e sentimento de fracasso; o factor 4, que explica 7,42% de variância é representado pelo ódio de si mesmo, pessimismo, distorção da imagem corporal; o factor 5, que explica 5,85% de variância é representado pelo sentimento de punição, afastamento social; o factor 6, que explica 5,54% é representado pela perda do sono, perda de peso, perda de apetite.

**Tabela 29 – Estudo dos itens – B.D.I.**

Item	Média	R sintoma - total (s/ sintoma)	$\alpha$ s/ sintoma
Estado de ânimo triste	0, 51	0,562	0,820
Pessimismo	0,66	0,563	0,818
Sentimento de fracasso	0,20	0,345	0,830
Insatisfação	0,43	0,507	0,823
Sentimento de culpabilidade	0,10	0,265	0,832
Sentimento de punição	0,12	0,209	0,834
Ódio de si mesmo	0,13	0,351	0,830
Auto-acusações	0,32	0,371	0,828
Desejos suícidas	0,11	0,461	0,827
Crises de choro	0,24	0,430	0,828
Irritabilidade	0,51	0,504	0,822
Afastamento Social	0,22	0,209	0,835
Incapacidade de decisão	0,62	0,522	0,822
Distorção da imagem corporal	0,41	0,506	0,823
Incapacidade de trabalhar	1,11	0,581	0,819
Perturbações do sono	1,12	0,274	0,839
Fatigabilidade	0,91	0,520	0,823
Perda de apetite	0,45	0,497	0,823
Perda de peso	0,43	0,249	0,834
Hipocondria	0,65	0,596	0,817
Diminuição da libido	1,59	0,281	0,841

### **10.3.2. Inventário Depressivo de Beck (mínimo, máximo, média e desvio padrão) em Relação com a Idade, Género e Habilitações Académicas**

Para analisar a saúde mental dos idosos inqueridos foi utilizado o inventário depressivo de Beck para medir a depressão. Dessa forma, determinou-se a pontuação média de **10,91** e um desvio padrão de **7,93**, com um mínimo de **0** e um máximo de **36,00**.

<b>Tabela 30– Pontuações para B. D. I.</b>					
B.D.I.	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pontuação Total	82	0, 00	36,00	10,9136	7,93126

Na comparação dos resultados por género, o teste **Mann-WhitneyU** utilizado demonstrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos inqueridos, relativamente a depressão (MannWhitneyU=617,500; p = 0,098).

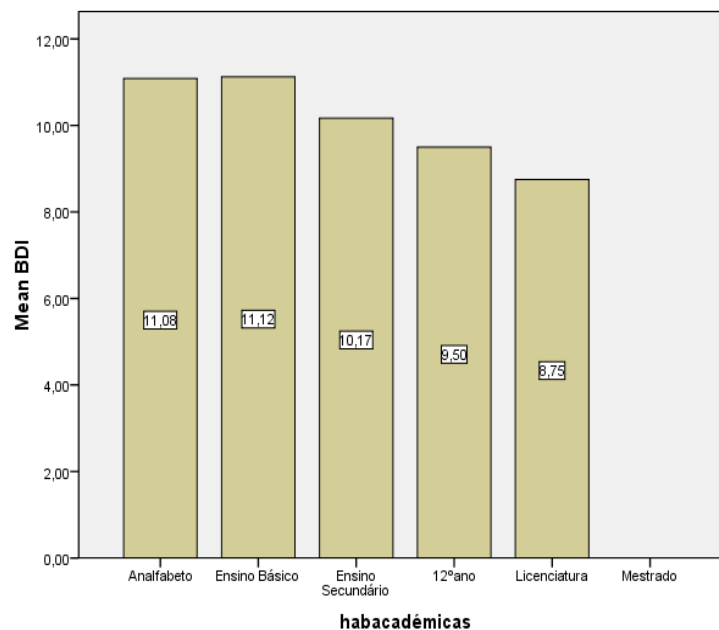
---

**Tabela 31 – Diferença entre o Género e a variável Depressão**

Variável	Género	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	Valor-p
Depressão (B.D.I.)	Masculino	31	9,4194	7,99072	617,500	0,098
	Feminino	51	11,7059	7,81100		

Os resultados das correlações entre a idade a as pontuações obtidas para a depressão concluíram que não existem associação estatisticamente significativa (r=0,275; p=0,012).

Relativamente às pontuações obtidas para o B.D.I. e as habilitações académicas, foi realizado o teste de **Kruskal-Wallis**, segundo o qual, não se verificaram associações estatisticamente significativas ( $\chi^2(4) = 0,353$ ;  $p = 0,986$ ).



**Figura 10 – Valores médios das pontuações obtidas por habilitações académicas relativas à depressão**

### 10.3.3. Estatística Descritiva dos Grupos de Sintomas do Inventário Depressivo de Beck e sua Relação com Género e Habilitações Académicas

#### 10.3.3.1. Posição dos Idosos face aos Grupos de Sintomas (B.D.I) e sua Relação com o Género

Em relação ao *estado de ânimo triste*, 21 idosos do género masculino responderam inexistente, 6 responderam leve, 3 responderam moderado e 1 respondeu grave. Relativamente ao género feminino, 33 responderam inexistente, 10 leve, 7 moderado e 1 grave. Verifica-se assim, que a categoria inexistente obteve a pontuação máxima de 54 pontos de ambos os sexos, enquanto que a categoria grave obteve pontuação mínima de 2 para os dois sexos. Verifica-se que a opinião dos idosos se posicionam mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 77,805; p = 0,000$ ).

**Tabela 32 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face ao “Estado de Ânimo Triste”**

<i>Estado de ânimo triste</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	21	6	3	1	31
Feminino	33	10	7	1	51
Total	54	16	10	2	82

#### **Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Estado de ânimo triste*” ( $\chi^2 (3) = 0,413 (p=0,938)$ ).

Quanto ao *pessimismo*, 21 do género masculino responderam inexistente, 4 responderam leve, 3 responderam moderado e 3 responderam grave. Quanto ao género feminino, 30 responderam inexistente, 11 responderam grave, 6 responderam moderado e 4 responderam grave. A categoria inexistente obteve maior número de pontuação, **51** para ambos os sexos, enquanto que a categoria grave com uma pontuação mínima de **7** para os dois sexos. Dessa forma, verifica-se que a opinião dos inqueridos se posicionam mais na categoria inexistente ( $\chi^2 (3) = 62,195$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 33 – Distribuição de frequências dos Idosos por Género relativamente à sua posição face ao “Pessimismo”**

<i>Pessimismo</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	21	4	3	3	31
Feminino	30	11	6	4	51
Total	51	15	9	7	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Pessimismo*” ( $\chi^2 (2) = 1,191$ ;  $p = 0,755$ ).

No que diz respeito ao *sentimento de fracasso*, 29 idosos do género masculino responderam inexistente, 1 respondeu leve, 1 respondeu moderado e 1 respondeu grave. Quanto ao género feminino, 44 responderam inexistente, 1 respondeu leve, 1 respondeu moderado e 6 responderam grave. A categoria inexistente obteve pontuação máxima de **73** para ambos os sexos, enquanto que as categorias leves e moderado, ambas, obtiveram a pontuação mínima de **2** para os dois sexos. Verifica-se assim, que a opinião dos inqueridos se posicionam mais na categoria inexistente ( $\chi^2 (2) = 1,149$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 34 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face ao “Sentimento de Fracasso”**

<i>Sentimento de fracasso</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	29	1	1	1	31
Feminino	44	1	1	6	51
Total	73	2	2	7	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Sentimento de fracasso*” ( $\chi^2 (2) = 1,888$ ;  $p=0,389$ ).

Respeitante à *insatisfação*, 21 idosos do género masculino responderam inexistente, 6 responderam leve, 2 responderam moderado e 2 responderam grave. Quanto ao género feminino, 34 responderam inexistente, 16 responderam leve, 0 para moderado e 1 respondeu grave. A categoria inexistente obteve pontuação máxima de **55** para ambos os sexos, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de **2** para os dois sexos. Verifica-se que a opinião dos idosos se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 89,805$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 35 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face à “Insatisfação”**

<i>Insatisfação</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	21	6	2	2	31
Feminino	34	16	0	1	51
Total	55	22	2	3	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a “*Insatisfação*” ( $\chi^2 (3) = 5,594$ ;  $p = 0,145$ ).

Relativamente ao *sentimento de culpabilidade*, 30 idosos do género masculino responderam inexistente, 1 respondeu leve, 0 para o moderado e 0 para o grave. Quanto ao género feminino, 48 responderam inexistente, 0 para o leve, 2 para o moderado e 1 respondeu grave. A categoria inexistente obteve pontuação máxima de 78 para ambos os sexos, enquanto que as categorias: leve e grave obtiveram a pontuação mínima de 2 para os dois sexos. Verifica-se assim, uma maior concentração da opinião dos idosos na categoria inexistente relativamente às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 2,151; p = 0,000$ )

**Tabela 36 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente a sua posição face ao” Sentimento de Culpabilidade”**

<i>Sentimento de culpabilidade</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	30	1	0	0	31
Feminino	48	0	2	1	51
Total	78	1	2	1	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Sentimento de culpabilidade*” ( $\chi^2 (3) = 3,483; p = 0,323$ ).

Quanto ao *sentimento de punição*, 28 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 1 respondeu leve, 1 respondeu moderado e 1 respondeu grave. Quanto ao gênero feminino, 49 responderam inexistente, 1 respondeu leve, 0 para o moderado e 1 respondeu grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de 77 para ambos os gêneros, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de 1 para o gênero masculino e 0 para o gênero feminino. Verifica-se assim uma maior concentração dos idosos na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(3)=2,077;p=0,000$ ).

**Tabela 37 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente a sua posição face ao “Sentimento de Punição”**

<i>Sentimento de punição</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	28	1	1	1	31
Feminino	49	1	0	1	51
Total	77	2	1	2	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5% não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Sentimento de punição*” ( $\chi^2(3) = 1,996;p=0,579$ ).

Em relação ao *ódio de si mesmo*, 28 idosos do género masculino responderam inexistente, 3 responderam leve, 0 moderado e 0 grave. Quanto ao género feminino, 45 responderam inexistente, 4 responderam leve, 2 responderam moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **73** para ambos os géneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **0** para o género masculino e para o género feminino. Dessa forma, a opinião dos idosos se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(2) = 1,149$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 38 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente a sua posição face ao “Ódio de si Mesmo”**

<i>Ódio de si Mesmo</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	28	3	0	0	31
Feminino	45	4	2	0	51
Total	73	7	2	0	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Ódio de si mesmo*” ( $\chi^2(2) = 1,301$ ;  $p=0,522$ ).

Quanto à *auto-acusações*, 26 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 1 respondeu leve, 4 responderam moderado e 0 grave. Quanto ao gênero feminino, 41 responderam inexistente, 3 responderam leve, 7 responderam moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **67** para os dois gêneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **0** para o gênero masculino e feminino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (2) = 87,244$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 39 – Distribuição de frequências dos idosos por gênero relativamente à sua posição face “Auto-acusações”**

<i>Auto-acusações</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	26	1	4	0	31
Feminino	41	3	7	0	51
Total	67	4	11	0	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre “Auto-acusações” ( $\chi^2 (2) = 0,317$ ;  $p = 0,853$ ).

Em relação aos *desejos suicidas*, 29 idosos do género masculino responderam inexistente, 0 leve, 1 respondeu moderado e 1 respondeu grave. Quanto ao género feminino, 49 responderam inexistente, 0 leve, 2 responderam moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **78** para ambos os géneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **0** para o género feminino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(2)=1,410;p = 0,000$ ).

**Tabela 40 – Distribuição de frequências dos idosos por género relativamente à sua posição face aos “Desejos Suicidas”**

<i>Desejos suicidas</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	29	0	1	1	31
Feminino	49	0	2	0	51
Total	78	0	3	1	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre “*Desejos suicidas*” ( $\chi^2(2) = 1,684; p = 0,431$ ).

Relativamente à *crises de choro*, 25 do género masculino responderam inexistente, 5 responderam leve, 1 respondeu moderado e o grave. Quanto ao género feminino, 39 responderam inexistente, 11 responderam leve, 1 respondeu moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **64** para ambos os géneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **0** para os dois géneros. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (2) = 77,366$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 41 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face ao “Crises de Choro”**

<i>Crises de choro</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	25	5	1	0	31
Feminino	39	11	1	0	51
Total	64	16	2	0	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre “*Crises de choro*” ( $\chi^2 (1) = 0,462$ ;  $p = 0,794$ ).

Em relação à *irritabilidade*, 25 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 5 responderam leve, 0 moderado e 1 respondeu grave. Quanto ao gênero feminino, 33 responderam inexistente, 9 responderam leve, 2 responderam moderado e 7 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **64** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de **0** para gênero masculino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) 94,976; p = 0,000$ ).

**Tabela 42 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero Sexual relativamente à sua posição face à “Irritabilidade”**

<i>Irritabilidade</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	25	5	0	1	31
Feminino	33	9	2	7	51
Total	58	14	2	8	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a “*Irritabilidade*” ( $\chi^2 (2) = 4,113; p = 0,250$ ).

Quanto ao *afastamento social*, 27 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 2 responderam leve, 0 moderado e 2 responderam grave. Quanto ao gênero feminino, 45 responderam inexistente, 4 responderam leve, 0 moderado e 2 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **72** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de **0** para o gênero masculino e para o gênero feminino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(2) = 1,096$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 43 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face ao “Afastamento Social”**

<i>Afastamento social</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	27	2	0	2	31
Feminino	45	4	0	2	51
Total	72	6	0	4	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre o “*Afastamento social*” ( $\chi^2 = 0,307$ ;  $p = 0,858$ ).

Em relação à *incapacidade de decisão*, 17 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 12 responderam leve, 1 respondeu moderado e 1 respondeu grave. Quanto ao gênero feminino, 25 responderam inexistente, 18 responderam leve, 8 responderam moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **42** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de 0 para o gênero feminino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(3)=51,951$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 44 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face à “Incapacidade de Decisão”**

<i>Incapacidade de decisão</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	17	12	1	1	31
Feminino	25	18	8	0	51
Total	42	30	9	1	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram uma associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a “*Incapacidade de Decisão*” ( $\chi^2(3) = 4,562$ ;  $p=0,207$ ).

Quanto à *distorção da imagem corporal*, 23 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 6 responderam leve, 2 respondeu moderado e 0 grave. Quanto ao gênero feminino, 34 responderam inexistente, 10 responderam leve, 7 responderam moderado e 0 grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **57** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **0** para os dois gêneros. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(2)=49,195$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 45 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face à “Distorção da Imagem Corporal”**

<i>Distorção da imagem corporal</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	23	6	2	0	31
Feminino	34	10	7	0	51
Total	57	16	9	0	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Distorção da imagem corporal*” ( $\chi^2(2) = 1,087$ ;  $p = 0,581$ ).

Relativamente à *incapacidade de trabalhar*, 6 idosos do género masculino responderam inexistente, 19 responderam leve, 4 respondeu moderado e 2 grave. Quanto ao género feminino, 8 responderam inexistente, 32 responderam leve, 7 responderam moderado e 4 responderam grave. A categoria leve obteve a pontuação máxima de **51** para ambos os sexos, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **6** para os dois sexos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria leve em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 62,098$ ;  $p=0,000$ ).

**Tabela 46 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face à “Incapacidade de Trabalhar”**

<i>Incapacidade de trabalhar</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	6	19	4	2	31
Feminino	8	32	7	4	51
Total	14	51	11	6	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram uma associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Incapacidade de trabalhar*” ( $\chi^2 (3) = 0,219$ ;  $p=0,974$ ).

Em relação à *perturbação do sono*, 17 idosos do género masculino responderam inexistente, 6 responderam leve, 2 responderam moderado e 6 responderam grave. Quanto ao género feminino, 21 responderam inexistente, 9 responderam leve, 8 responderam moderado e 13 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **38** para ambos os géneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **19** para os dois géneros. Neste caso, verifica-se uma melhor distribuição da opinião dos idosos pelas categorias, embora a categoria inexistência com uma predominância significativa da opinião os idosos inqueridos face à *perturbação do sono* ( $\chi^2 (3) = 21,902$ ;  $p=0,000$ )

**Tabela 47 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face à “Perturbações do Sono”**

<i>Perturbações do sono</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	17	6	2	6	31
Feminino	21	9	8	13	51
Total	38	15	10	19	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Perturbação do sono*” ( $\chi^2 (3) = 2,469$ ;  $p=0,481$ ).

Quanto à *fatigabilidade*, 11 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 19 responderam leve, 1 respondeu moderado e 0 grave. Quanto ao gênero feminino, 10 responderam inexistente, 30 responderam leve, 9 responderam moderado e 2 responderam grave. A categoria leve obteve a pontuação máxima de **49** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima **0** para gênero masculino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria leve em relação às outras categorias ( $\chi^2(3) = 61,707$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 48 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face à “Fatigabilidade”**

<i>Fatigabilidade</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	11	19	1	0	31
Feminino	10	30	9	2	51
Total	21	49	10	2	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação significativa entre o gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a “*Fatigabilidade*” ( $\chi^2(3) = 3,292$ ;  $p = 0,093$ ).

Relativamente à *perda do apetite*, 19 idosos do género masculino responderam inexistente, 10 responderam leve, 2 responderam moderado e 0 grave. Quanto ao género feminino, 36 responderam inexistente, 9 responderam leve, 4 responderam moderado e 2 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **55** para ambos os géneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de 0 para género masculino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(3) = 85,122$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 49 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face à “Perda de Apetite”**

<i>Perda de apetite</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	19	10	2	0	31
Feminino	36	9	4	2	51
Total	55	19	6	2	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram uma associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Perda de apetite* ” ( $\chi^2(3) = 3,292$ ;  $p=0,349$ ).

Quanto à *perda de peso*, 24 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 3 responderam leve, 2 responderam moderado e 2 responderam grave. Quanto ao gênero feminino, 37 responderam inexistente, 8 responderam leve, 4 responderam moderado e 2 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **61** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria grave obteve a pontuação mínima de **4** abrangendo os dois gêneros. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 1,080$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 50 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face à “Perda de Peso”**

<i>Perda de peso</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	24	3	2	2	31
Feminino	37	8	4	2	51
Total	61	11	6	4	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram uma associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Perda de peso* ” ( $\chi^2 (3) = 0,824$ ;  $p = 0,829$ ).

Relativamente à *hipocondria*, 21 idosos do género masculino responderam inexistente, 7 responderam leve, 0 moderado e 3 responderam grave. Quanto ao género feminino, 25 responderam inexistente, 19 responderam leve, 3 responderam moderado e 4 responderam grave. A categoria inexistente obteve a pontuação máxima de **46** para ambos os géneros, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de **0** para o género masculino. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias ( $\chi^2(3) = 57,024$ ;  $p = 0,000$ ).

**Tabela 51 – Distribuição de frequências dos idosos por Género relativamente à sua posição face à “Hipocondria”**

<i>Hipocondria</i>					
<b>Género</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	21	7	0	3	31
Feminino	25	19	3	4	51
Total	46	26	3	7	82

**Relativamente ao género:**

Para um nível de significância de 5%, não se observaram associação estatisticamente significativa entre género no padrão de respostas relativamente à opinião dos idosos sobre a ” *Hipocondria* ” ( $\chi^2(3) = 4,414$ ;  $p = 0,220$ ).

Em relação à *diminuição da libido*, 10 idosos do gênero masculino responderam inexistente, 9 responderam leve, 5 responderam moderado e 7 responderam grave. Quanto ao gênero feminino, 17 responderam inexistente, 5 responderam leve, 2 responderam moderado e 27 responderam grave. A categoria grave obteve a pontuação máxima de **34** para ambos os gêneros, enquanto que a categoria moderado obteve a pontuação mínima de **7** para os dois gêneros. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria grave em relação às outras categorias ( $\chi^2 (3) = 21,902; p = 0,000$ ).

**Tabela 52 – Distribuição de frequências dos idosos por Gênero relativamente à sua posição face à “Diminuição da libido”**

<i>Diminuição da libido</i>					
<b>Gênero</b>	<b>Inexistente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Total</b>
Masculino	10	9	5	7	31
Feminino	17	5	2	27	51
Total	27	14	7	34	82

**Relativamente ao gênero:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre gênero no padrão de respostas relativamente à “*Diminuição da libido*” ( $\chi^2 (3) = 11,834; P = 0,008$ ).

**10.3.3.2. Posição dos Idosos face aos Grupos de Sintomas (BDI) e sua Relação com as Habilitações Académicas**

**Tabela 53 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Académicas relativamente à sua posição face ao “Estado de Ânimo triste”**

Habilitações Académicas	Estado de ânimo triste				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	23	8	4	1	36
Ensino Básico	19	7	5	1	32
Ensino Secundário	6	0	0	0	6
12ºano	3	0	1	0	4
Licenciatura	3	1	0	0	4
Total	54	16	10	2	82

De acordo com a tabela 53, a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **54** sendo o analfabeto com 23 pontos, seguida do Ensino Básico com 19 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **2**, sendo 1 para o analfabeto e 1 para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “Estado de ânimo triste” ( $\chi^2(3) = 77,805$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “Estado de ânimo triste” ( $\chi^2(12) = 6,150$ ;  $p = 0,908$ ).

**Tabela 54- Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Pessimismo”**

Habilitações Acadêmicas	Pessimismo				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	22	9	4	1	36
Ensino Básico	18	4	4	6	32
Ensino Secundário	4	1	1	0	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	51	15	9	7	82

De acordo com a tabela 54, a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **51**, sendo o analfabeto com 22 pontos, seguida do Ensino Básico com 18 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **7**, sendo 1 para o analfabeto e 6 para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “*Pessimismo*” ( $\chi^2 (3) = 62,195$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “*Pessimismo*” ( $\chi^2 (12) = 11,171$ ;  $p=0,514$ ).

**Tabela 55 - Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Sentimento de Fracasso”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Sentimento de fracasso</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	32	1	3	0	36
Ensino Básico	28	1	3	0	32
Ensino Secundário	5	0	1	0	6
12ºano	4	0	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	73	2	7	0	82

De acordo com a tabela 55 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **73**, sendo o analfabeto com 32 pontos, seguida do Ensino Básico com 28 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **0** para todas as classes. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “*Sentimento de fracasso*” ( $\chi^2 (2) = 1,149 E2$  ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “*Sentimento de fracasso*” ( $\chi^2 (8) = 1,734$ ;  $p = 0,988$ ).

**Tabela 56 - Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Insatisfação”**

Habilitações Acadêmicas	Insatisfação				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	28	6	1	1	36
Ensino Básico	19	11	0	2	32
Ensino Secundário	3	3	0	0	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	2	1	1	0	4
Total	55	22	2	3	82

De acordo com a tabela 56 a *categoria inexistente* obteve a pontuação máxima de **55**, sendo o Analfabeto com 28 pontos, seguida do Ensino Básico com 19 pontos. A *categoria moderada* obteve a pontuação mínima de **2**, sendo 1 ponto para o Analfabeto e 1 ponto para a Licenciatura. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias, relativamente à “*Insatisfação*” ( $\chi^2 (3) = 89,805$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e a “*Insatisfação*” ( $\chi^2 (12) = 15,210$ ;  $p=0,230$ ).

**Tabela 57 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “Sentimento de Culpabilidade”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Sentimento de culpabilidade</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	34	1	0	1	36
Ensino Básico	32	0	0	0	32
Ensino Secundário	4	0	2	0	6
12ºano	4	0	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	78	1	2	1	82

De acordo com a tabela 57 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **78**, sendo o Analfabeto com 34 pontos, seguida do Ensino Básico com 32 pontos. A categoria *leve e grave obtiveram* a pontuação mínima de **1** ponto para cada uma. Verifica-se dessa forma, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na posição inexistente em relação às outras categorias, relativamente ao “*Sentimento de culpabilidade*” ( $\chi^2 (3) = 2,151$  E2;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5% os resultados indicam que existe associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “*Sentimento de culpabilidade*” ( $\chi^2 (12) = 28,501$ ;  $p=0,005$ ).

**Tabela 58 - Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “Sentimento de Punição”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Sentimento de punição</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	33	2	0	1	36
Ensino Básico	31	0	1	0	32
Ensino Secundário	5	0	0	1	6
12ºano	4	0	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	77	2	1	2	82

De acordo com a tabela 58 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **77**, sendo o Analfabeto com 33 pontos, seguida do Ensino Básico com 31 pontos. A categoria *moderada* obteve a pontuação mínima de **1** ponto para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “*Sentimento de punição*” ( $\chi^2 (3) = 2,077$  E2;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “*Sentimento de punição*” ( $\chi^2 (12) = 10,243$ ;  $p = 0,595$ ).

**Tabela 59 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “Ódio de Si Mesmo (a)”**

Habilitações Acadêmicas	Ódio de si mesmo (a)				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	33	3	0	0	36
Ensino Básico	28	2	2	0	32
Ensino Secundário	5	1	0	0	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	73	7	2	0	82

De acordo com a tabela 59 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **73**, sendo o Analfabeto com 33 pontos, seguida do Ensino Básico com 28 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **0** ponto para todos os graus académicos. Verifica-se dessa forma, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “Ódio de si mesmo” ( $\chi^2(2) = 1,149E2$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “Ódio de si mesmo (a)” ( $\chi^2(8) = 5,600$ ;  $p = 0,692$ ).

**Tabela 60 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “ Auto-acusações”**

Habilitações Acadêmicas	Auto-acusações				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	29	2	5	0	36
Ensino Básico	29	1	2	0	32
Ensino Secundário	2	0	4	0	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	67	4	11	0	82

De acordo com a tabela 60 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **67**, sendo o Analfabeto com 29 pontos, seguida do Ensino Básico com 29 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **0** ponto para todos os graus académicos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente à “Auto-acusações” ( $\chi^2 (2) = 87,244$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, os resultados indicam que existe uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e a “ Auto-acusações ” ( $\chi^2 (8) = 21,552$ ;  $p = 0,007$ ).

**Tabela 61 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face aos ” Desejos Suicidas”**

Habilitações Acadêmicas	Desejos suicidas				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	34	0	1	1	36
Ensino Básico	30	0	2	0	32
Ensino Secundário	6	0	0	0	6
12ºano	4	0	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	78	0	3	1	82

De acordo com a tabela 61 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **78**, sendo o Analfabeto com 34 pontos, seguida do Ensino Básico com 30 pontos. A categoria *leve* obteve a pontuação mínima de **0** ponto para todos os graus académicos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente aos “*Desejos suicidas*” ( $\chi^2 (2) = 1,410E2$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e ” *Desejos suicidas*” ( $z^2 (8) = 2,497$ ;  $p=0,962$ ).

**Tabela 62 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “Crise de Choro”**

Habilitações Acadêmicas	Crises de choro				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	26	8	2	0	36
Ensino Básico	26	6	0	0	32
Ensino Secundário	6	0	0	0	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	3	1	0	0	4
Total	64	16	2	0	82

De acordo com a tabela 62 a *categoria inexistente* obteve a pontuação máxima de **64**, sendo o Analfabeto com 26 pontos, seguida do Ensino Básico com 26 pontos. A *categoria grave* obteve a pontuação mínima de **0** ponto para todos os graus académicos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria inexistente em relação às outras categorias face ao “*Crises de choro*” ( $\chi^2 (2) = 77,366$ ;  $p = 0,000$ )

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e “*Crises de choro*” ( $\chi^2 (8) = 4,573$ ;  $p = 0,802$ ).

**Tabela 63 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Irritabilidade”**

Habilitações Acadêmicas	Irritabilidade				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	25	6	1	4	36
Ensino Básico	25	4	1	2	32
Ensino Secundário	3	2	0	1	6
12ºano	3	1	0	0	4
Licenciatura	2	1	0	1	4
Total	58	14	2	8	82

De acordo com a tabela 63 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **58**, sendo o Analfabeto com 25 pontos, seguida do Ensino Básico com 25 pontos. A categoria *moderada* obteve a pontuação mínima de **2** pontos, sendo 1 ponto para o Analfabeto e 1 para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias face à “Irritabilidade” ( $\chi^2 (3) = 94,976$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e “Irritabilidade” ( $\chi^2 (12) = 5,021$ ;  $p = 0,957$ ).

**Tabela 64 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face ao “Afastamento Social”**

Habilitações Acadêmicas	Afastamento social				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	33	1	0	2	36
Ensino Básico	27	3	0	2	32
Ensino Secundário	4	2	0	0	6
12ºano	4	0	0	0	4
Licenciatura	4	0	0	0	4
Total	72	6	0	4	82

De acordo com a tabela 64 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **72**, sendo o Analfabeto com 33 pontos, seguida do Ensino Básico com 27 pontos. A categoria *moderada* obteve a pontuação mínima de **0** ponto para todos os graus académicos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente ao “Afastamento social” ( $\chi^2 (2) = 1,096E2$ ;  $p = 0,000$ )

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e o “Afastamento social” ( $\chi^2 (8) = 8,720$ ;  $p=0,366$ ).

**Tabela 65 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Incapacidade de Decisão”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Incapacidade de decisão</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	18	13	4	1	36
Ensino Básico	16	11	5	0	32
Ensino Secundário	5	1	0	0	6
12ºano	1	3	0	0	4
Licenciatura	2	2	0	0	4
Total	42	30	9	1	82

De acordo com a tabela 65 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **42**, sendo o Analfabeto com 18 pontos, seguida do Ensino Básico com 16 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **1** ponto para o Analfabeto. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias relativamente à “*Incapacidade de decisão*” ( $\chi^2 (3) = 51,951$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e a “*Incapacidade de decisão*” ( $\chi^2 (12) = 7,717$ ;  $p = 0,807$ ).

**Tabela 66 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à “Distorção da Imagem Corporal”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Distorção da imagem corporal</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	29	5	2	0	36
Ensino Básico	20	7	5	0	32
Ensino Secundário	4	1	1	0	6
12ºano	2	2	0	0	4
Licenciatura	2	1	1	0	4
Total	57	16	9	0	82

De acordo com a tabela 66 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de 57, sendo o Analfabeto com 29 pontos, seguida do Ensino Básico com 20 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de 0 ponto para todos graus académicos. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente à “*Distorção da imagem corporal*” ( $\chi^2 (2) = 49,195$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à “*Distorção da imagem corporal*” ( $\chi^2 (8) = 6,897$ ;  $p=0, 548$ ).

**Tabela 67 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à ” Incapacidade de Trabalhar**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Incapacidade de trabalhar</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	5	22	6	3	36
Ensino Básico	7	19	3	3	32
Ensino Secundário	1	4	1	0	6
12ºano	0	4	0	0	4
Licenciatura	1	2	1	0	4
Total	14	51	11	6	82

De acordo com a tabela 67 a categoria leve obteve a pontuação máxima de **51**, sendo o Analfabeto com 22 pontos, seguida do Ensino Básico com 19 pontos. A categoria grave obteve a pontuação mínima de **6** pontos, sendo 3 pontos para o Analfabeto e 3 para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria leve em relação às outras categorias, relativamente à “ *Incapacidade de trabalhar*” ( $\chi^2 (3) = 62,099; p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à ” *Incapacidade de trabalhar* ” ( $\chi^2 (12) = 5,476; p = 0,940$ ).

**Tabela 68 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à ” Fatigabilidade”**

Habilitações Acadêmicas	Fatigabilidade				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	5	23	8	0	36
Ensino Básico	12	17	1	2	32
Ensino Secundário	3	2	1	0	6
12ºano	0	4	0	0	4
Licenciatura	1	3	0	0	4
Total	21	49	10	2	82

De acordo com a tabela 68, a categoria leve obteve a pontuação máxima de **49**, sendo o Analfabeto com 23 pontos, seguida do Ensino Básico com 17 pontos. A categoria grave obteve a pontuação mínima de **2** pontos pertencentes ao Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria leve em relação às outras categorias, relativamente à “ Fatigabilidade” ( $\chi^2(3)=61,707$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à ”Fatigabilidade” ( $\chi^2(12) = 17,721$ ;  $p=0,124$ ).

**Tabela 69 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Académicas relativamente à sua posição face às ” Perturbações do Sono”**

Habilitações Académicas	Perturbações do sono				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	14	7	7	8	36
Ensino Básico	19	2	1	10	32
Ensino Secundário	3	1	2	0	6
12ºano	0	4	0	0	4
Licenciatura	2	1	0	1	4
Total	38	15	10	19	82

De acordo com a tabela 69 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **38**, sendo o Ensino Básico com 19 pontos, seguida do Analfabeto com 14. A categoria *moderada* obteve a pontuação mínima de **10** pontos, sendo 7 pontos para o Analfabeto, 1 ponto para o Ensino Básico e 2 pontos para o Ensino Secundário. Apesar de uma melhor distribuição da opinião dos inqueridos nas 4 categorias, a primeira apresenta uma predominância significativa da mesma, relativamente à “*Perturbação do sono*” ( $\chi^2(3) = 21,902$ ;  $p = 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que existem uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à “ *Perturbação do sono* ” ( $\chi^2(12)=30,878$ ;  $p = 0,002$ ).

**Tabela 70 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à "Perda de Apetite"**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Perda de apetite</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	25	9	2	0	36
Ensino Básico	23	5	3	1	32
Ensino Secundário	4	1	0	1	6
12ºano	1	2	1	0	4
Licenciatura	2	2	0	0	4
Total	55	19	6	2	82

De acordo com a tabela 70 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de 55, sendo o Analfabeto com 25 pontos, seguida do Ensino Básico com 23 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de 2 pontos, sendo 1 ponto para o Ensino Básico e 1 ponto para o Ensino Secundário. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente à “ *Perda de apetite*” (  $\chi^2 ( 3 ) = 85,122$ ;  $p=0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à “ *Perda de apetite* ” (  $\chi^2 (12) = 13,696$ ;  $p=0,321$ ).

**Tabela 71 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à ” Perda de Peso**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Perda de peso</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	27	5	3	1	36
Ensino Básico	22	5	2	3	32
Ensino Secundário	6	0	0	0	6
12ºano	3	0	1	0	4
Licenciatura	3	1	0	0	4
Total	61	11	6	4	82

De acordo com a tabela 71 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **61**, sendo o Analfabeto com 27 pontos, seguida do Ensino Básico com 22 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **4** pontos, sendo 1 ponto para o Analfabeto e 3 pontos para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente à “ *Perda de peso*” ( $\chi^2(3)=1,080$ ;  $p=0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à ” *Perda de peso*” ( $\chi^2(12)=7,409$ ;  $p=0,829$ ).

**Tabela 72 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à ” Hipocondria”**

<i>Habilitações Acadêmicas</i>	<i>Hipocondria</i>				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	22	9	2	3	36
Ensino Básico	16	11	1	4	32
Ensino Secundário	4	2	0	0	6
12ºano	2	2	0	0	4
Licenciatura	2	2	0	0	4
Total	46	26	3	7	82

De acordo com a tabela 72 a categoria *inexistente* obteve a pontuação máxima de **46**, sendo o Analfabeto com 22 pontos, seguida do Ensino Básico com 16 pontos. A categoria *grave* obteve a pontuação mínima de **7** pontos, sendo 3 pontos para o Analfabeto e 4 pontos para o Ensino Básico. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria *inexistente* em relação às outras categorias, relativamente à “ *Hipocondria*” ( $\chi^2 (3) = 57,024$ ;  $p= 0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Para um nível de significância de 5%, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e à ” *Hipocondria* ” ( $\chi^2 (12) = 4,655$ ;  $p=0,969$ ).

**Tabela 73 – Distribuição de frequências dos idosos por Habilitações Acadêmicas relativamente à sua posição face à ” Diminuição da Libido**

Habilitações Acadêmicas	Diminuição da libido				
	Inexistente	Leve	Moderado	Grave	Total
Analfabeto	11	4	2	19	36
Ensino Básico	10	7	2	13	32
Ensino Secundário	4	0	1	1	6
12ºano	0	3	1	0	4
Licenciatura	2	0	1	1	4
Total	27	14	7	34	82

De acordo com análise da tabela 73, a *categoria grave* obteve a pontuação máxima de **34**, sendo o Analfabeto com 19 pontos, seguida do Ensino básico com 13 pontos. A categoria moderada obteve a pontuação mínima de **7** pontos, sendo 2 pontos para o Analfabeto, 2 pontos para o Ensino Básico, 1 ponto para o Ensino Secundário, 1 ponto para 12º Ano e 1 ponto para a Licenciatura. Verifica-se assim, uma predominância significativa da opinião dos idosos que se posiciona mais na categoria grave em relação às outras categorias, relativamente à “*Diminuição da libido*” ( $\chi^2 (3) = 21,902$ ;  $p=0,000$ ).

**Relativamente às habilitações académicas:**

Os resultados indicam que existem uma associação estatisticamente significativa entre as habilitações académicas dos idosos inqueridos e a “ *Diminuição da libido* ” ( $\chi^2(12)=22,087$ ;  $p=0,037$ ).



## **CAPÍTULO XI**

### **11. PERDÃO, SAÚDE MENTAL E ESPERANÇA NOS IDOSOS**

#### **11.1. Perdão e Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos)**

O grupo dos indivíduos não deprimidos inclui 55 idosos inqueridos e o grupo dos indivíduos deprimidos inclui os restantes 27 idosos. Para o perdão, os indivíduos deprimidos obtiveram uma pontuação média de 45,26 e um desvio padrão 8,18, enquanto que os indivíduos não deprimidos obtiveram uma pontuação média de 44,71 e um desvio padrão 8,94. Da análise do testes **t** realizados conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos deprimidos e os indivíduos não deprimidos para o perdão ( $t = 0,269$ ; valor- $p = 0,789$ ).

---

**Tabela 74 – Diferenças entre Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos) e a variável Perdão**

Variável	Saúde Mental	N	Média	Desvio padrão	Teste t	Valor-p
Perdão	Deprimidos	27	45,2593	8,18814	0,269	0,789
	Não deprimidos	55	44,7091	8,94980		

### 11.1.1. Média do Total Perdão para (B.D.I.) Depressão

De acordo com a tabela 75, os idosos com o grau inexistente da depressão (55) obtiveram uma média de perdão de **44,70** e um desvio padrão de **8,94**; os indivíduos com o *grau leve* da depressão (20) obtiveram uma média de perdão de **43,80** e um desvio padrão de **8,05**; os inqueridos com o *grau moderado* da depressão (2) obtiveram uma média de perdão de **44,0** e um desvio padrão de **4,24** e os deprimidos com o *grau grave da depressão* (5) obtiveram uma média de perdão de **51,60** e um desvio padrão de **7,82**.

---

**Tabela 75 – Média do Total Perdão para (B.D.I.) Depressão**

BDI depressão		Média do total Perdão	
N	Grau	Média	Desvio Padrão
55	Inexistente	44,7091	8,94980
20	Leve	43,8000	8,05638
2	Moderado	44,0000	4,24264
5	Grave	51,6000	7,82943
82	Total	<b>44,8902</b>	8,65955

### **11.2. Esperança Estado e Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos)**

Na comparação dos resultados entre a Esperança Estado e Saúde Mental (deprimidos e não deprimidos), o teste de Mann-Whitney utilizado demonstrou não existirem diferenças estatisticamente significativas, para um nível de significância de 5%, entre as pontuações médias dos deprimidos e não deprimidos relativamente a esperança estado (Mnn-Whitney U = 585,500; p=0,120).

**Tabela 76 – Diferenças entre a Saúde Mental (Deprimidos e Não Deprimidos) e a variável Esperança Estado**

Variável	Saúde Mental	N	Média	Desvio padrão	Mann-Whitney U	Valor-p
Esperança Estado	Deprimidos	27	20,1852	5,67069	585,500	0,120
	Não deprimidos	55	22,1273	6,32179		

### **11.2.1. Média do Total Esperança Estado para (B.D.I.) Depressão**

De acordo com a tabela 77 os idosos com o grau inexistente da depressão (55) obtiveram uma média de esperança de **22,12** e um desvio padrão de **6,32**; os indivíduos com o grau leve da depressão (20) obtiveram uma média de esperança de **20,65** e um desvio padrão de **6,08**; os inqueridos com o grau moderado da depressão (2) obtiveram uma média de esperança de **18,00** e um desvio padrão de **8,48** e os deprimidos com o grau grave da depressão (5) obtiveram uma média de esperança de **19,20** e um desvio padrão de **3,27**.

---

**Tabela 77 – Média do Total Esperança Estado para (B.D.I.) Depressão**

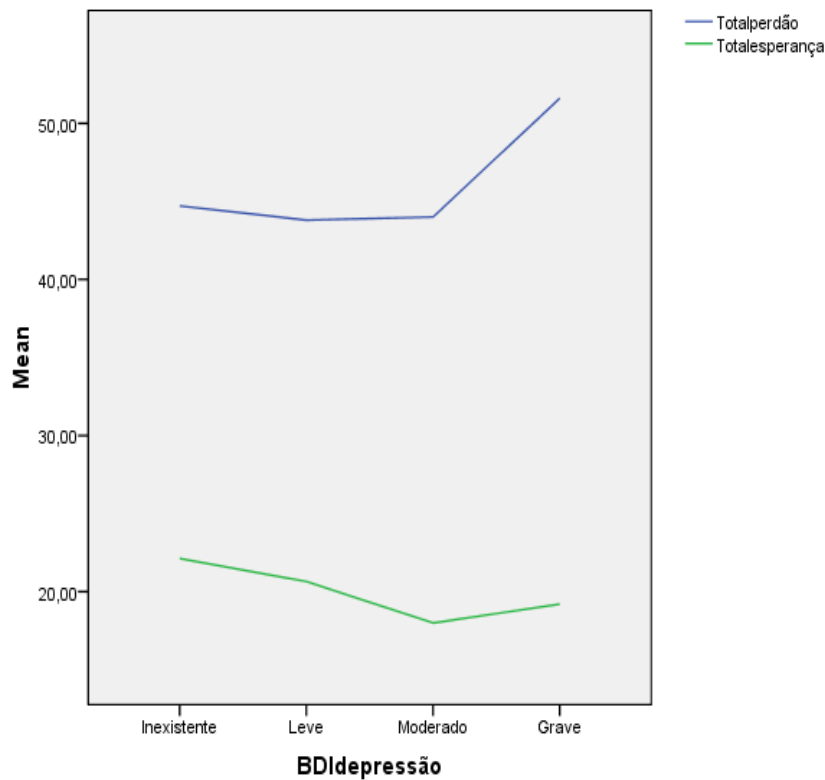
<b>BDI depressão</b>		<b>Média do Total Esperança Estado</b>	
<b>N</b>	<b>Grau</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
55	Inexistente	22,1273	6,32179
20	Leve	20,6500	6,08082
2	Moderado	18,0000	8,48528
5	Grave	19,2000	3,27109
82	Total	<b>21,4878</b>	6,14886

### 11.3. Análise das Médias totais da Esperança Estado e do Perdão com o grau da Depressão

Segundo as indicações de Vaz Serra & Pio Abreu (1973) o grau da depressão enquadra-se nos seguintes valores:

0 - 12,99 = **0** (Inexistente); 13 - 19,99 = **1** (grau leve da depressão); 20 – 26,99 = **2** (grau moderado da depressão); a partir de 27 = **3** (grau grave da depressão).

*O Inventario Depressivo de Beck* dividiu a nossa amostra em dois grupos: grupos dos não deprimidos **55** idosos (67,1%) e grupos dos deprimidos **27** idosos inqueridos (32,9%). O grupo dos deprimidos subdivide em deprimidos com o *grau leve* da depressão 20 idosos (24,4%); deprimidos com o *grau moderado da depressão* 2 idosos (2,4%); deprimidos com o *grau grave da depressão* 5 idosos (6,1%).



**Figura 11 - Representação das médias totais da esperança estado e do perdão com o grau da depressão**

#### **11.4. Relação dos Totais entre Perdão, Esperança Estado e Depressão (Correlação de R de Pearson)**

Da realização das correlações entre as médias totais do perdão, da esperança e da depressão, concluiu-se que não se verifica associação significativa entre as médias.

As análises efectuadas apresentam valores significativos que nos permitem inferir que quanto maior é o perdão maior é a esperança e maior é a depressão (de forma significativa). Por outro lado, quanto maior é a depressão menor é a esperança. Assim, os valores das correlações para o perdão e a esperança ( $r = 0,177$ ;  $P = 0,111$ ); para o perdão e a depressão ( $r = 0,109$ ;  $P = 0,331$ ) e para a esperança e a depressão ( $r = -0,163$ ;  $p = 0,144$ ).

**Tabela 78 – Correlação de Pearson dos totais dos Instrumentos**

<b>Variáveis</b>	<b>R de Pearson</b>	<b>Escala do perdão</b>	<b>Escala da Esperança Estado</b>	<b>B.D.I. Depressão</b>
<b>Escala do Perdão</b>	Correlação de Pearson	1,000	0,177	0,109
	P		0,111	0,331
	N	82,000	82	82
<b>Escala Esperança Estado</b>	Correlação de Pearson	0,177	1,000	-0,163
	P	0,111		0,144
	N	82	82,000	82
<b>B.D.I. Depressão</b>	Correlação de Pearson	0,109	-0,163	1,000
	P	0,331	0,144	
	N	82	82	82,000

#### **11. 5. Correlação dos Totais dos Instrumentos e dos Grupos de Sintomas**

A partir da tabela 79, as variáveis consideradas se relacionam entre si de forma positiva e negativa e na sua maioria de maneira moderada. Assim, o perdão encontra-se relacionado de forma positiva e moderada com a esperança e a depressão. A esperança encontra-se relacionada de forma moderada e positiva com o perdão e de forma moderada e negativa com a depressão. É de salientar que existe uma associação negativa entre a esperança e a incapacidade de decisão ( $r = - 0,228$ ;  $p = 0,114$ ).

**Tabela 79 – Correlações dos totais dos instrumentos e grupo de sintomas**

Variáveis	R de Pearson	Escala Do Perdão	Escala da Esperança E.
Escala do Perdão	Correlação de Pearson	1,000	0,177
	P		0,111
	N	82,000	82
Escala da Esperança Estado	Correlação de Pearson	0,177	1,000
	P	0,111	
	N	82	82,000
Estado de ânimo triste	Correlação de Pearson	0,122	0,041
	P	0,277	0,713
	N	82	82
Pessimismo	Correlação de Pearson	-0,048	-0,215
	P	0,669	0,052
	N	82	82
Sentimento de fracasso	Correlação de Pearson	0,002	-0,0055
	P	0,987	0,623
	N	82	82
Insatisfação	Correlação de Pearson	0,059	-0,126
	P	0,598	0,261

	N	82	82
Sentimento de culpabilidade	Correlação de Pearson	0,031	-0,074
	P	0,785	0,511
	N	82	82
Sentimento de punição	Correlação de Pearson	0,105	-0,151
	P	0,347	0,176
	N	82	82
Ódio de si mesmo	Correlação de Pearson	-0,100	-0,105
	P	0,369	0,348
	N	82	82
Auto-acusações	Correlação de Pearson	0,091	-0,151
	P	0,415	0,176
	N	82	82
Desejos suicidas	Correlação de Pearson	-0,043	-0,119
	P	0,701	0,288
	N	82	82
Crises de choro	Correlação de Pearson	0,200	0,071
	P	0,071	0,525
	N	82	82
Irritabilidade	Correlação de Pearson	0,183	-0,005
	P	0,099	0,962
	N	82	82
Afastamento Social	Correlação de Pearson	-0,027	-0,201
	P	0,809	0,069
	N	82	82
Incapacidade de decisão	Correlação de Pearson	0,114	-0,228*
	P	0,307	0,040

	N	82	82
Distorção da imagem corporal	Correlação de Pearson	0,087	-0,175
	P	0,437	0,116
	N	82	82
Incapacidade de trabalhar	Correlação de Pearson	-0,035	-0,066
	P	0,754	0,554
	N	82	82
Perturbações do sono	Correlação de Pearson	0,108	-0,021
	P	0,335	0,851
	N	82	82
Fatigabilidade	Correlação de Pearson	0,061	-0,095
	P	0,589	0,396
	N	82	82
Perda de apetite	Correlação de Pearson	0,068	-0,111
	P	0,546	0,319
	N	82	82
Perda de peso	Correlação de Pearson	0,024	-0,138
	P	0,832	0,217
	N	82	82
Hipocondria	Correlação de Pearson	-0,047	-0,112
	P	0,672	0,314
	N	82	82
Diminuição da libido	Correlação de Pearson	0,095	0,130
	P	0,396	0,245
	N	82	82

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



## **12 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Toda a investigação deve ser conduzida de forma a obter um resultado científico. Daí, a necessidade de utilização de meios científicos que nos levam a concretizar os nossos objectivos.

Os participantes deste estudo constituem uma amostra de conveniência, representativa do concelho de Beja, de Vidigueira e Portimão. É formada de 82 idosos (31 do género masculino e 51 do género feminino), na sua maioria analfabeta, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos. Inúmeras variáveis foram tidas em consideração para a sua caracterização, contudo, deu-se mais relevância ao género, à idade e às habilitações académicas.

O perdão, sendo uma variável subjectiva não é fácil a sua avaliação. Mas é necessário tentar controlar a capacidade das pessoas para perdoar e serem perdoados; diagnosticar e promover a esperança e avaliar a saúde mental. Assim, para esta investigação foram utilizadas os instrumentos destinados a avaliar cada uma das dimensões assinaladas anteriormente. Dessa forma, para analisar o perdão foi utilizada a escala do Perdão; para avaliar a esperança foi aplicada a escala de Esperança Estado (versão portuguesa) e para averiguar a saúde mental serviu-se do “Inventário Depressivo de Beck” (versão portuguesa).

**A Escala do Perdão (Oliveira, J. B. 2000)** aplicada nesta investigação teve a nota mínima de **24,00** e a máxima de **60,00**. Considerou-se a pontuação média de **44,89** e um desvio padrão de **8,65**. Relativamente à consistência interna, foi determinado o valor do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de **0,753**. Os resultados da correlação da nota total do teste e seus respectivos itens indicam que todos os itens contribuíram para a nota total da escala, com a excepção dos itens 9 e 12 que apresentaram valores negativos. A validade do construto foi determinada através do teste de **KMO** (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) com o valor de **0,804**, onde foi determinado dois factores. O factor 1 que explica 39,47% de variância, está representado pelos itens 7, 2, 1, 10, 8, 5, 4 e 11 (são bons itens) e o factor 2 que explica 14,78% de variância é representado pelos itens 6, 9, 12, e 3 (trata-se de itens problemáticos. Os dois factores em conjunto explicam 55,25% do total de variância.

A posição dos idosos, relativamente às respostas aos itens, das diferentes categorias foi analisada com base na idade, no género e nas habilitações académicas, considerando um nível de significância de 5%. Relativamente a idade, os resultados das correlações indicam que apenas o *item 2* apresenta uma associação estatisticamente significativa com a idade ( $r = 0,287$ ;  $p=0,009$ ) (*tabela 7*). Quanto ao género, os resultados indicam que o *item 1* ( $\chi^2(4) = 10,768$ ;  $p=0,029$ ) (*tabela 6*) e o *item 2* ( $\chi^2(4) = 10,602$ ;  $p=0,031$ ) (*tabela 7*) apresentam uma associação estatisticamente significativa com o género. Em relação às habilitações académicas, os resultados indicam que o *item 1* ( $\chi^2(4) = 52,634$ ;  $p = 0,000$ ) (*tabela 6*), o *item 2* ( $\chi^2(4) = 26,129$ ;  $p = 0,052$ ) (*tabela 7*) e o *item 3* ( $\chi^2(4) = 28,659$ ;  $p = 0,026$ ) (*tabela 8*) apresentam uma associação estatisticamente significativa com as habilitações académicas.

Da análise do teste **t** realizado, concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na média total do perdão entre homens e mulheres ( $p = 0,288$ ;  $t = -1,069$ ) (*tabela 5*). De igual modo, na comparação dos resultados entre as pontuações médias para o perdão dos indivíduos deprimidos e não deprimidos, o teste **t** realizado confirmou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,789$ ;  $t=0,269$ ) (*tabela 74*).

Em relação ao perdão e a idade, os resultados das correlações de Pearson realizados demonstraram que não existem associação estatisticamente significativa entre a variável perdão e a idade ( $r = 0,113$ ;  $p = 0,313$ ).

Relativamente ao perdão e as habilitações académicas o teste **ANOVA** realizado concluiu-se que não existem associações estatisticamente significativas nas pontuações médias para o perdão em relação as habilitações académicas dos inqueridos ( $p=0,164$ ;  $F= 1,678$ ) (*figura 7*).

Finalmente, foram determinadas as médias do total perdão por grau da depressão. Como se pode observar na *tabela 75*, não se verifica grandes diferenças de médias do perdão nos diferentes graus da depressão.

**A Escala de Esperança Estado (Snyder et al., 1996; Faria, M.C., 2000)** utilizada nesta investigação, cuja nota mínima de **8,00** e a nota máxima de **30,00** obteve o valor médio de **21,48** e um desvio padrão de **6,14**. Em relação à consistência interna, foi determinado o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach com o valor de **0,881**, considerado ser um bom alfa. A validade do construto foi determinada pelo meio do teste **KMO** (Kaiser-Meyer-Olkin) com um valor de **0,874**. Foram identificados dois factores. O factor 1, que explica 63,57% de variância está representado pelos itens 4, 5, e 6 (itens ligado a um

plano com vista a atingir um determinado objectivo). O factor 2, que explica 9,78% de variância é representado pelos itens 1, 2, 3 (itens ligados a acção). Os dois factores explicam em conjunto 73,15% de variância. De acordo com a *tabela 19*, todos os itens revelam-se consistentes com a escala.

A posição dos idosos em relação à resposta aos itens das diferentes categorias foi examinada com base na idade, no género e nas habilitações académicas. Relativamente à idade, os resultados das correlações indicam que a *item 1* apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a idade ( $r = 0,244$ ;  $p = 0,027$ ) (*tabela 22*). Em relação ao género, os resultados dos testes confirmam que não existem associação estatisticamente significativa entre género e o nível de concordância com os itens respostas das diferentes categorias da esperança estado. Quanto às habilitações académicas, os resultados dos testes **Kruskal-Wallis** indicam que a *item 4* ( $\chi^2(5)=34,748$ ;  $p = 0,021$ ) (*tabela 25*) e a *item 6* ( $\chi^2(5) = 57,641$ ;  $p = 0,000$ ) (*tabela 27*) apresentam uma associação estatisticamente significativa com as habilitações académicas.

Na comparação dos resultados por género, o teste de **Mann-WhitneyU** utilizado concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de esperança estado para homens e mulheres (Mann-Whitney U = 585,500;  $p=0,120$ ); (*tabela 21*).

Relativamente à esperança estado e saúde mental (deprimidos e não deprimidos), os resultados do teste Mann-WhitneyU indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias dos indivíduos deprimidos e não deprimidos para a esperança estado (Mann-Whitney U = 585,500;  $p=0,120$ ) (*tabela 76*).

Relativamente à idade e à esperança estado, os resultados das correlações da idade com as pontuações obtidas para a esperança estado concluíram que não existem uma associação estatisticamente significativa ( $r = 0,209$ ;  $p = 0,060$ ). Quanto a esperança estado e as habilitações académicas os resultados dos testes **Kruskal-Wallis** concluíram que não existem associações estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas para a esperança estado e as habilitações académicas dos inqueridos ( $\chi^2(4) = 7,128$ ;  $p=0,129$ ). Foi determinado a média do total esperança estado segundo o grau da depressão, pelo que se pode observar na *tabela 77*, não existem grandes diferenças de médias de esperança nos diferentes graus da depressão.

**O Inventário Depressivo (Beck, A.T., 1967)**, versão portuguesa de Vaz-Serra e Pio Abreu, J.L., (1973) foi utilizado nesta investigação com o objectivo de estudar a depressão nos idosos, analisando a saúde mental dos mesmos.

O Inventário Depressivo de Beck (versão portuguesa) aplicado neste estudo obteve a nota mínima de **0,00** e a nota máxima de **36,00**. Considerou-se o valor médio de **10,91** e o desvio padrão de **7,93**. Relativamente à consistência interna, foi determinado o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach com o valor de **0,834**, pelo que se considera ser um bom alfa. Assim, cada grupo de sintomas apresenta uma boa consistência interna com o teste como se pode observar na tabela 29. A validade do construto foi determinada através do teste de **KMO** (Kaiser-Meyer-Olkin) cujo valor é de **0,708**. Neste procedimento, foram identificados 6 factores: o factor 1, que explica 26,55% de variância é representado pelo desejo suicidas, insatisfação, estado de ânimo triste, crise de choro e irritabilidade; o factor 2, que explica 10,71% de variância é representado pela incapacidade de trabalhar, diminuição da libido, hipocondria e fadigabilidade; o factor 3, que explica 8,92% de variância é representado pelo sentimento de culpa, auto-acusações e sentimento de fracasso; o factor 4, que explica 7,42% de variância é representado pelo ódio de si mesmo, pessimismo, distorção da imagem corporal; o factor 5, que explica 5,85% de variância é representado pelo sentimento de punição, afastamento social; o factor 6, que explica 5,54% é representado pela perda do sono, perda de peso, perda de apetite.

A posição dos inqueridos, face aos grupos de sintomas respostas das diferentes categorias foi analisada com base no género e nas habilitações académicas. Relativamente ao género, os resultados do teste **de Mann-WhitneyU** indicam que existe associação estatisticamente significativa entre o género e “a diminuição da libido” ( $\chi^2 (3) = 11,834$ ;  $p = 0,008$ ) (tabela 52). Relativamente às habilitações académicas, os resultados do teste **Kruskal-Wallis** indicam que existem associações estatisticamente significativas entre as habilitações académicas e “o sentimento de culpabilidade” ( $\chi^2 (12) = 10,243$ ;  $p = 0,595$ ) (tabela 57); entre as habilitações académicas e “auto-acusações” ( $\chi^2 (8) = 21,252$ ;  $p = 0,007$ ) (tabela. 60); entre as habilitações académicas e “perturbação do sono” ( $\chi^2 (12) = 30,878$ ;  $p = 0,002$ ) (tabela 69); entre as habilitações académicas e a “diminuição da libido” ( $\chi^2(12)=22,087$ ;  $p=0,037$ ) (tabela 73).

Na comparação dos resultados entre género e depressão, o teste de **Mann-WhitneyU** concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias relativamente a depressão para homens e mulheres (Mann-WhitneyU = 617,500;

$p = 0,098$ ) (tabela 31). Relativamente à idade e saúde mental (B.D.I.) os resultados das correlações de Pearson confirmam que não existem associação estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas para a depressão e a idade ( $r = 0,275$ ;  $p=0,012$ ). Quanto à saúde mental (B.D.I.) e habilitações académicas os testes de **Kruskal-Wallis** confirmaram que não existem associações estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas para o B.D.I. e as habilitações académicas ( $\chi^2(4)=0,353$ ;  $p=0,986$ ).

O Inventário Depressivo de Beck tem como principal objectivo diferenciar todos os elementos de uma população depressiva, em confronto com elementos de outras populações não depressivas. Neste caso, o Inventário Depressivo distinguiu dois grupos dentro da amostra utilizada neste estudo: grupo dos indivíduos não deprimidos com **55** idosos e grupos dos indivíduos deprimidos com **27** idosos. O grupo dos deprimidos subdivide-se em indivíduos com o grau leve da depressão (**20**), indivíduos com o grau moderado da depressão (**2**) e indivíduos com o grau grave da depressão (**5**) (cf. as tabelas 75 e 77). Verifica-se que os idosos deprimidos constituem uma minoria dentro da amostra.

Relativamente às médias dos instrumentos usados neste estudo, a *figura 10* dá-nos a conhecer o relacionamento das médias entre si, pelo que se pode concluir o seguinte: o perdão aumenta com o grau grave da depressão, e por outro lado, a esperança diminui com o aumento da gravidade da depressão.

Os resultados das correlações entre as médias totais dos instrumentos concluíram-se que: quanto maior é o perdão, maior é a esperança ( $r = 0,177$ ;  $p = 0,111$ ); quanto maior é o perdão, maior é a depressão ( $r = 0,109$ ;  $p = 0,331$ ). Por outro lado, quanto maior é a esperança menor depressão ( $r = - 0,163$ ;  $p = 0,144$ ) (tabela 78). Assim, podemos averiguar que a esperança se relaciona de forma negativa com a depressão.

Com base na tabela 79, podemos verificar que as variáveis se relacionam entre si de forma positiva e negativa e na sua maioria de maneira moderada. Neste sentido, o perdão encontra-se relacionado de forma positiva e moderada com a esperança e a depressão. Por outro lado, a esperança encontra-se relacionada de forma moderada e positiva com o perdão e de forma moderada e negativa com a depressão.

Quanto aos resultados das hipóteses enunciadas neste estudo, passamos a descrevê-los e a discuti-los à luz da fundamentação teórica, de acordo com os vários autores que abordamos na primeira parte desta investigação.

Relativamente à **primeira hipótese**, que mencionava que o desenvolvimento da competência emocional do perdão é factor de promoção de saúde mental do sênior:

os resultados deste estudo não permitiram confirmar esta hipótese, uma vez que a correlação da média total do perdão e da depressão apresentaram valores moderados e positivos ( $r = 0,109$ ;  $p = 0,331$ ) que nos permitem concluir que quanto maior for o perdão maior será a depressão.

Estes resultados não são corroborados pelos estudos de diversos autores, tais como, (Hebel & Enright, 1993, cit. in Oliveira, 2004) que demonstraram através de diversas investigações, que perdoar (e ser perdoado) reduz a ansiedade, a depressão e a pressão arterial, promovendo a auto-estima. Segundo Berry e Worthington (2001, cit. in Oliveira, 2004) o perdão é benéfico para a saúde física e psíquica. De acordo com os autores (Maltby, Macaskill & Liza, D. cit. in Oliveira, 2004) quem não se perdoa a si mesmo apresenta tendência para o neuroticismo, a depressão e a ansiedade. A falta de perdoar aos outros reflecte uma introversão social e outras disfunções sociais. Oliveira (2004) salienta que, com o perdão ganhamos a saúde física, psíquica e lucramos nas relações sociais. Ainda, segundo Enright (2008), os cientistas e os terapeutas conseguem demonstrar os benefícios do perdão na saúde física e psíquica. Neste sentido, os resultados de um estudo realizado pelos cientistas provaram que aqueles que dedicam ao processo do perdão se tornam psicologicamente mais saudável. Segundo um terapeuta e psiquiatra canadiano, as pessoas que apresentam uma grande variedade de sintomas psicológicas podem sentir-se curadas através do perdão.

Contudo, devemos salientar que este estudo foi realizado com idosos, cuja saúde física e psíquica encontram-se marcadas por diversas mazelas e circunstâncias pouco ou nada favoráveis à vida.

Relativamente à **segunda hipótese**, esta prevê que o desenvolvimento de competência emocional da esperança é factor da promoção da saúde mental do sênior: esta hipótese foi confirmada, pois através dos resultados, observou-se que existe uma correlação negativa entre a esperança e a depressão ( $r = - 0,163$ ;  $p = 0,144$ ), indicando que quanto maior for a esperança, menor será a depressão.

Em relação a esta hipótese, os resultados encontrados são corroborados pelos estudos de Snyder e colaboradores (in Oliveira, 2004) que estudaram a esperança do ponto de vista psicológico, relacionando-a com a ansiedade e com outras neuroses e psicoses. Do mesmo modo, os resultados dos estudos realizados por Seligman (2008) confirmaram que o optimismo e a esperança provocam uma maior resistência à depressão quando

somos atingidos por acontecimentos negativos, oferecem um melhor desempenho no trabalho, especialmente quando nos deparamos com desafios e uma melhor saúde física. Em relação a **terceira hipótese**, que postula que quanto maior for a capacidade de perdoar menor será a depressão: esta hipótese não se confirma. Através dos resultados, verifica-se que existe uma correlação positiva e moderada entre o perdão e a depressão ( $r = 0,109$ ;  $p = 0,111$ ), o que permite concluir que quanto maior for capacidade de perdoar maior será a depressão.

Estes resultados não foram corroborados de acordo com a revisão bibliográfica que efectuamos. De acordo com Enright (2008), o perdão, entendido correctamente e praticado com paciência, aumentará o bem-estar e a saúde emocional do perdoador. Pois, muitas pessoas cansadas de se sentirem mal perdoam para sentir-se melhor. Assim, o perdoador deixa de estar concentrado em si e passa a concentrar-se no outro. Dr. Hunter, (cit. in Enright, 2008), um psiquiatra referiu que as pessoas que apresentam uma grande variedade de sintomas psicológico podem sentir-se curadas através do perdão. Descobriu que quem sofre de ansiedade pode sentir uma crescente paz interior através do perdão. Quem sofre da depressão, ou de raiva intensa, ou mesmo de paranóia, demonstrou uma redução significativa dos seus sintomas.

Considerando a dimensão desenvolvimental, a maior capacidade dos idosos a perdoar, certamente deve-se a uma maior sabedoria atingida com a idade. Os estudos comparando outras idades com a velhice, concluem que, em geral, os idosos manifestam maior disposição em perdoar que os adultos e os adolescentes, assistindo a um aumento de capacidade de perdoar com a idade (Olivera, 2005, p. 80). Portanto, independentemente da saúde mental na pessoa idosa, o perdão tende a aumentar ao aproximar o fim da vida. Como afirma Hermógenes (2007, p. 238) “ (...) a nossa expectativa de duração é modesta, portanto, convém perdoar agora quando ainda podemos”. Dessa forma, com a aproximação do final da existência, os idosos querem dar-se bem com todos e sentir-se amado de todos e viver em paz com todos. Na perspectiva de serem agraciados, perdoam tudo ainda que lhes custem. Perdoar é uma tarefa difícil para todos, mas também para o idoso. Daí que a sua saúde mental pode entrar em declínio uma vez que não querem exteriorizar a sua raiva perante aqueles que os ofendem.

Estes resultados abrem o caminho para uma nova forma de ver o idoso, compreender as suas emoções e preocupações e levá-los a viver com dignidade e segurança, sem ser objecto de exploração e maus-tratos físicos ou mentais. Ainda implica a justiça no

tratamento por parte dos cuidadores, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros factores.



## CONCLUSÃO DAS IMPLICAÇÕES

Com esta investigação procurou-se averiguar se o desenvolvimento das competências emocionais: perdão e esperança poderiam ser factores de promoção da saúde mental do sénior.

Os resultados do estudo pratico do perdão e esperança como factor de promoção de saúde mental do sénior, afigura-se de grande importância, pois, apesar de os idosos demonstrarem uma grande disponibilidade para perdoar, a saúde mental de 27 idosos continua abalada pela depressão, o que contraria em parte a revisão bibliográfica realizada na parte inicial desta investigação.

Em jeito de conclusão, vamos apresentar em primeiro lugar, uma síntese geral sobre a parte teórica da investigação; em segundo lugar, apresentamos uma síntese da caracterização da amostra; em terceiro lugar, apresentamos uma síntese das características psicométricas dos instrumentos utilizados na investigação; em quarto lugar, apresentamos uma síntese de todos os resultados; em quinto lugar, descrevemos sucintamente os resultados que dizem respeito às hipóteses enunciadas neste estudo; em sexto lugar, sugerimos algumas pistas para futuros estudos nesta área; em sétimo lugar, apresentamos uma breve reflexão pessoal sobre o presente trabalho. Por fim, apresentamos um planeamento de um projecto de acção de formação para cuidadores de idosos que irá acompanhar este trabalho de investigação.

Assim, ao nível da **síntese geral da parte teórica da investigação**, podemos dizer que entre as diversas denominações que podem caracterizar o século XXI, chamar-lhe “século dos idosos”, como o século XX foi apelidado por Hellen Key (*cit. in Oliveira, 2008*) “século de crianças”. A União Europeia declarou o ano 1993 como “Ano europeu da educação e da formação permanente” incluindo a última etapa da vida.

As Nações Unidas depois de várias assembleias gerais onde foi abordado o problema do envelhecimento da população (*Limón, 2001, cit. in Oliveira, 2008*) declararam o ano de 1999 como ano dos idosos, sob o lema “ Construir uma sociedade para todos” com o objectivo de promover os princípios da ONU para as pessoas idosas (independência, participação, cuidados, auto-regulação, dignidade).

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países. Este processo interessa a todos, em primeiro lugar aos idosos e a todos os que se seguem, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos.

Segundo a OMS, sênior é aquele que já completou 65 anos, contudo, nos países em vias de desenvolvimento poderia ser os 60 ou ainda menos, devido á media de vida ser mais baixa. Da mesma forma, nos países mais desenvolvidos, em vez dos 65 anos poderia considerar-se 70 ou 75 como passagem a velhice, em relação com a média de vida.

De acordo com Zimerman (2000) envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. Os factores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo são as seguintes: uma alimentação adequada, a prática de exercício físico, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controlo do stress, apoio psicológico, atitude positiva perante a vida e ao envelhecimento.

O conceito do envelhecimento bem sucedido adquire actualmente uma importância determinante na vida dos sujeitos. De acordo com Rowe e Kahn (1999, *cit. in Oliveira, 2008*) entende-se por envelhecimento bem sucedido aquele em que os indivíduos continuam a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental. Dessa forma abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes dos mesmos; bom funcionamento físico e mental e empenhamento activo na vida. Baltes e Baltes, (1990, *cit. in Oliveira, 2880*) propuseram o modelo de optimização selectiva por compensação, segundo o qual, a velhice bem sucedida procura dois objectivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e evitamento de comportamentos de risco (perdas).

Em psicologia, bem como noutras ciências humanas e/ou sociais, a idade adulta e a velhice foram menos estudados do que a infância e a adolescência. Segundo Fonseca (2005), a partir dos anos 60 e designadamente nos EUA e na Alemanha, passou a existir um crescente interesse em torno das questões relativas ao desenvolvimento na idade adulta e na velhice, levando mesmo à emergência da gerontologia como campo de especialização. Birren e Schaie, (1960, *cit. in Fonseca*) foram cruciais para a generalização da ideia segundo a qual o desenvolvimento que ocorre para além da infância e da adolescência merece uma atenção científica idêntica ao desenvolvimento nos primeiros anos da vida.

Depois de vários estudos sobre esta matéria, concluiu-se que a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida se efectua através de ganhos e perdas, crescendo o adulto e o idoso cada vez mais em sabedoria. *Este desenvolvimento psicológico é acompanhado de uma grande estabilidade dos traços da personalidade*

*ao longo da vida, num crescendo que leva o idoso a atingir a sabedoria, encarando os ganhos e as perdas, conduzindo assim à um envelhecimento mais ou menos feliz.*

Ao abordar a velhice bem sucedida, urge referir-se a velhice mal-sucedida ou patológica. A maioria das pessoas idosas com 65 ou mais anos de idade sofrem pelo menos de uma doença crónica do foro médico e muitas delas têm problemas coexistentes. Respeitante às perturbações mentais, as pessoas idosas constitui um subgrupo significativo da população da terceira idade. De acordo com Oliveira (2005), a depressão é uma das perturbações mentais com maior incidência nos idosos que noutras idades.

O papel da psicologia positiva procura valorizar o lado positivo do envelhecimento dando maior importância às emoções positivas no idoso (esperança, bem-estar, felicidade, alegria, optimismo, perseverança, amor, perdão).

Apesar de ter recebido pouca atenção da parte dos cientistas sociais, até há pouco tempo, o perdão é um tópico central da vida quotidiana. Ao nível pessoal, familiar, comunitário, nacional e internacional, a qualidade das nossas relações com os outros é amplamente determinada pelo modo como conceptualizamos o perdão. O tema do perdão é muito actual, dada a longa onda de violência que parece submergir o nosso mundo. O perdão é uma necessidade absoluta para a continuidade da existência humana. Sem o perdão a humanidade pára e estagna. Trata-se de uma dimensão poderosa da personalidade, embora de difícil caracterização, e por isso também de difícil avaliação.

Relativamente ao perdão e saúde mental várias investigações concluíram que o perdão pode contribuir para diminuir a depressão e outras neuroses. Neste sentido, (Hebel & Enright, 1993, cit. in Oliveira, 2004) demonstraram através de diversas investigações, que perdoar (e ser perdoado) reduz a ansiedade, a depressão e a pressão arterial, promovendo a auto-estima. Segundo Berry e Worthington (2001, cit. in Oliveira, 2004) o perdão é benéfico para a saúde física e psíquica. De acordo com os autores (Maltby, Macaskill & Liza, D. cit. in Oliveira, 2004) quem não se perdoa a si mesmo apresenta tendência para o neuroticismo, a depressão e ansiedade. A falta de perdoar aos outros reflecte uma introversão social e outras disfunções sociais. Oliveira (2004) salienta que, com o perdão ganhamos a saúde física, psíquica e lucramos nas relações sociais. Ainda, segundo Enrgh (2008), os cientistas e os terapeutas conseguem demonstrar os benefícios do perdão na saúde física e psíquica. Neste sentido, os resultados de um estudo realizado pelos cientistas provaram que aqueles que dedicam ao processo do perdão se tornam psicologicamente mais saudável. Segundo um terapeuta e psiquiatra

canadiano, as pessoas que apresentam uma grande variedade de sintomas psicológicas podem sentir-se curadas através do perdão. Ainda, de acordo com Enright (2008), o perdão, entendido correctamente e praticado com paciência, aumentará o bem-estar e a saúde emocional do perdoador. Pois, muitas pessoas cansadas de se sentirem mal perdoam para sentir-se melhor. Assim, o perdoador deixa de estar concentrado em si e passa a concentrar-se no outro. Dr. Hunter, um psiquiatra (cit, in Enright, 2008), referiu que as pessoas que apresentam uma grande variedade de sintomas psicológico podem sentir-se curadas através do perdão. Descobriu que quem sofre de ansiedade pode sentir uma crescente paz interior através do perdão. Quem sofre da depressão, ou de raiva intensa, ou mesmo de paranóia, demonstrou uma redução significativa dos seus sintomas.

Às várias definições de homem (como animal, ou ser racional, ser político, ser religioso) se pode acrescentar-lhe esta: “ ser que espera” ou “ ser que vive de esperança” (Zavalloni, 1991, cit. in Oliveira 2004). De acordo com Rojas (2007), a esperança é o verdadeiro sustentáculo da existência. É a vontade de realizar novos projectos, é a expectativa de um futuro sempre enriquecedor e a crença na superação das próprias limitações. A esperança é o produto da confiança que possuímos em nós próprios e nos outros.

Em relação à esperança e saúde mental, os estudos de Snyder e colaboradores (cit. in Oliveira, 2004) estudaram a esperança do ponto de vista psicológico, relacionando-a com a ansiedade e com outros neuroses e psicoses. Do mesmo modo, os resultados dos estudos realizados por Seligman (2008) confirmaram que o optimismo e a esperança provocam uma maior resistência à depressão quando somos atingidos por acontecimentos negativos, oferecem um melhor desempenho no trabalho, especialmente quando nos deparamos com desafios e uma melhor saúde física.

Relativamente à promoção da saúde e envelhecimento, a qualidade de vida é uma peça fundamental na promoção da saúde física e mental. Trata-se de valorizar e dignificar a vida, tomando como aspecto central a saúde ao invés da doença. Em 1974, o documento intitulado “ Nouvelle Perspective sur la Santé des Canadiens” propõe uma concepção global de saúde identificando quatro factores susceptíveis de influenciar a doença e a mortalidade: a biologia humana, os hábitos de vida, o ambiente, e a organização de cuidados de saúde (Berger, 1995). Estes factores podem ser decisivos na determinação de uma existência feliz ou infeliz.

A vida quotidiana, com a sua complexidade e competição crescente, enquadrada por estruturas socioeconómicas desviantes, exige-nos decisões morais a toda a hora, sendo a formação ética o nosso guia a cada passo.

Em relação à **síntese da caracterização da amostra**, salientamos que é uma amostra de conveniência, constituída de 82 idosos, representativa do concelho de Beja, Vidigueira e Portimão. Os inqueridos englobam os dois géneros, (31 do género masculino e 51 do género feminino), na sua maioria analfabeta, com idades compreendidas entre os 65 e 85 anos. De entre as variáveis utilizadas para a caracterização dos participantes no estudo, deu-se maior importância ao género, à idade e às habilitações académicas.

Quanto à **síntese das características psicométricas dos instrumentos utilizados no estudo**, vamos abordar cada instrumento em particular. Em relação a *Escala do Perdão*, o estudo da consistência interna revela um valor do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,753. Nem todos os itens são consistentes com a escala, como por exemplo, os itens 9 (- 0,98) e 12 (- 0,45) que apresentam valores baixos na correlação com a nota global da escala. Os restantes itens apresentam valores reveladores de serem bons itens. A validade do construto foi determinada através do teste de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) cujo valor é de 0,804. Foram identificados dois factores: o factor 1, que explica 39,47% da variância é representado pelos itens 7, 2, 1, 10, 8, 4 e 11; o factor 2, que explica 14,78% da variância é representado pelos itens 6, 9, 12, e 3. Os dois factores explicam em conjunto 55,25% do total da variância.

Relativamente à *Escala de Esperança Estado*, os resultados do estudo da consistência interna revelam um bom coeficiente  $\alpha$  de Cronbach com o valor de 0,881. Todos os itens são consistentes com a escala. A validade do construto foi feita através do teste de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) com o valor de 0,874. Foram encontrados dois factores: o *factor 1* que explica 63,57% da variância está representado pelos itens 4, 5, e 6; o factor 2 que explica 9,78% da variância é representado pelos itens 1, 2 e 3. Os dois factores explicam em conjunto 73,15% da variância.

Quanto ao “*Inventário Depressivo de Beck*” (versão Portuguesa), os resultados do estudo da consistência interna revelam um bom coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, cujo valor é de 0,834. Todos os sintomas são consistentes com o teste. A validade do construto foi determinada através do teste de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) com o valor de 0,708. Foram identificados 6 factores: o *factor 1* explica 26,55% da variância; o *factor 2* explica 10,71% da variância; o *factor 3* explica 8,92%; o *factor 4* explica 7,42% da

variância; *o factor 5 explica 5,85% da variância e o factor 6 explica 5,54% da variância.* Estes factores explicam em conjunto 64,99 % da variância.

Em relação à **síntese dos resultados**, podemos concluir que, quanto à **Escala do Perdão**, os idosos inqueridos obtiveram a pontuação média de 44,89 e um desvio padrão de 8,65, com o mínimo de 24,00 e o máximo de 60,00. Relativamente à posição dos idosos face aos itens respostas das diferentes categorias do perdão, concluiu-se que, a opinião dos idosos se posiciona mais na parte mais positiva dos itens. No que diz respeito ao género, os resultados indicam que não existem diferenças significativas na média total do perdão entre homens e mulheres. Na comparação dos resultados entre as pontuações médias para o perdão dos indivíduos deprimidos e não deprimidos, concluiu-se que não existem diferenças significativas. Relativamente ao perdão e às habilitações académicas, não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa entre as pontuações médias para o perdão em relação às habilitações académicas. Em relação à idade e ao perdão, concluiu-se que não existe associação significativa entre a variável perdão e a idade.

Quanto à **Escala de Esperança Estado**, os resultados indicam-nos que os idosos em geral obtiveram uma pontuação média de 21,48 e um desvio padrão de 6,14, com o valor mínimo de 8,00 e o máximo de 30,00. Ao nível da opinião dos idosos face aos itens respostas das diferentes categorias da esperança estado, verificou-se que os idosos se posicionam mais na parte mais positiva dos itens. Relativamente ao género sexual, os resultados indicam-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias de esperança estado para homens e mulheres. Quanto à saúde mental (B.D.I.) deprimidos e não deprimidos, concluiu-se que não existem diferenças significativas nas pontuações médias dos indivíduos deprimidos e não deprimidos para a esperança estado. Em relação à esperança estado e às habilitações académicas, os resultados das correlações indicam-nos que não existem associação estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas para a esperança estado e as habilitações académicas. Relativamente à idade e à esperança estado, verificou-se que não existe associação significativa entre a idade e as pontuações obtidas para a esperança estado.

Em relação ao **“Inventário Depressivo de Beck”** (versão portuguesa), os resultados indicam-nos que os idosos em geral obtiveram uma pontuação média de 10,91 e um desvio padrão de 7,93, com o valor mínimo de 0,00 e máximo de 36,00. Relativamente à saúde mental, o B.D.I. permitiu a distinção de dois grupos (Deprimidos e Não Deprimidos). O grupo dos deprimidos é formado de 27 idosos, sendo 20 com o grau

leve, 2 com o grau moderado e 5 com o grau grave da depressão. Com estes resultados, concluiu-se que os indivíduos deprimidos correspondem à uma minoria da amostra, cuja saúde mental se encontra afectada. Enquanto que, o grupo dos não deprimidos em número de 55 constituem a maioria da amostra e demonstram ter uma boa saúde mental. Na comparação dos resultados entre género e depressão, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias relativamente a depressão para homens e mulheres. Quanto à idade e saúde mental (B.D.I.), os resultados das correlações indicam-nos que não existe associação significativa entre a idade e as pontuações obtidas para a depressão. Relativamente à saúde mental (B.D.I.) e habilitações académicas, verificou-se que não existe associação estatisticamente significativa entre as pontuações obtidas para a depressão e as habilitações académicas. Em suma, conclui-se que os instrumentos aplicados na investigação não foram influenciados pela idade, género ou habilitações académicas.

**Passamos agora a descrever sucintamente as conclusões que obtivemos relativamente às hipóteses enunciadas neste estudo:**

Em relação à primeira hipótese, concluiu-se que quando maior for o perdão maior será a depressão, pelo que, não foi possível confirmar esta hipótese. Relativamente à segunda hipótese, concluiu-se que quanto maior for a esperança menor é a depressão, dessa forma, esta hipótese foi confirmada, dado que a esperança relaciona negativamente com a depressão. Finalmente, quanto à terceira hipótese, verificou-se que quanto maior for a capacidade de perdoar maior será a depressão. Neste sentido, esta hipótese não foi confirmada.

**De acordo com as nossas conclusões, cabe-nos evidenciar algumas pistas para futuros estudos nesta área:**

- Considera-se importante num futuro próximo, a realização de um estudo, onde fossem investigados os maus-tratos sobre idosos e sua relação com o perdão e a esperança na saúde mental dos mesmos, com a finalidade de conhecer se os maus-tratos podem ser factores da depressão.
- Uma outra sugestão: poderia passar-se estas mesmas escalas com outras amostras, incluindo uma população de adultos com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, a ver se se confirma que o perdão e a esperança possam ser factores de promoção de saúde mental.

Em relação a esta investigação, durante a sua realização, encontrámos algumas **dificuldades** que passamos a citar: a opinião acerca da validade externa desta

investigação, uma vez que, o tamanho da amostra reduziu-se a um número de 82 indivíduos, sendo inicialmente distribuídos 250 exemplares dos respectivos instrumentos de avaliação aos idosos, destes só foram devolvidos 120, e apenas 82 exemplares se encontravam devidamente preenchidos. Esta limitação implica uma representatividade reduzida, assim, como ao nível estatístico, interferiu no tratamento de alguns dados. Desta forma, os resultados aplicam-se apenas aos indivíduos da amostra, não podendo ser generalizado para toda a população idosa. Outro dos obstáculos encontrados, diz respeito à morosidade na aquisição de instrumentos de avaliação por parte de alguns dos autores, para depois prosseguir com o processo de aplicação e recolha dos mesmos.

Ao nível da validade interna, verifica-se que na Escala do Perdão, nem todos os itens se revelam consistentes com a escala, uma vez que, para os itens 9 e 12, a correlação entre estes itens com a nota global da escala quando os itens 9 e 12 são excluídos são -0,098 e -0,045 (valores negativos inferiores a 0,20), indicando assim que não são bons itens. Quanto aos outros instrumentos, não se verificaram limitações.

**Relativamente ao planeamento de um projecto de acção de formação para cuidadores de idosos**, após a sua elaboração foi remetido para o anexo. (Ver anexo 5).

Resta-nos dizer que o idoso deve ser encarado como um ser humano activo, participativo, saudável, uma pessoa com vida, capaz e com vontade de aprender, que quer e procura o prazer, a alegria e a felicidade.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Arkar, H.; Sari, O.; & Findaner, H. (2004). Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a Turkish sample. *Yeni Symposium*, 42 (1), 20-27.
- Alberoni, F. (2001). *A esperança*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Ana, C.; Neto, L.; Marujo, H. & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão 1 (XIII)*: pp. 115-136.
- Bayle, F. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 621-627.
- Berger, L. & Maillouse-Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa. Lusodidacta: pp. 107-120 e 123-153.
- Butler, R. (1984). O mito da deterioração mental: adolescentes, adultos e idosos. *Enciclopédia Salvat da Saúde (VIII)*: pp. 248-255. Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, L<sup>da</sup>.
- Correia, J. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cabete, D. (2004). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Losociência.
- Calado, D.; Fernandes, A. & Quaresma, M. (2004). *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência (2ª ed.)*. Lisboa: CESDET.
- Campos, R.C. (2000). Adaptação do questionário de experiências depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII): 285-309
- Enrigt, R. (2008). *O poder do perdão: o perdão pode transformar o sofrimento em esperança (1ª ed.)*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Clempesi Editores.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: UCatólica Editora.
- Freitas, A. (2006). *Envelhecimento e relações sociais: um estudo com pacientes psicóticos*. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. (Tese n.p.).

- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Faria, M.C. (2008). Crianças felizes, adultos saudáveis. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto: Universidade do Porto.
- Faria, M.C. (2000). O indicador de bem-estar – apoio social, saúde, optimismo, esperança e fonte de satisfação com a vida. *Interfaces da Psicologia (II)*, pp. 217-226. Apartamento de Psicologia e Educação. Universitária de Évora. Braga: Lusografe.
- Faria, M. C. (2000). *Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI. Conhecer através da relação e orientar para a saúde*. Coimbra: Tese de Doutoramento em Psicologia (Psicologia da Saúde), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra. (Tese n.p.).
- Felo, M. (2005). O envelhecimento: aspectos da saúde mental dos mais velhos em Portugal. *Cidade Solidária, n° 8*, pp. 8 -13.
- Gonzalez, B. & Ribeiro, J. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doença, 5 (1)*, 107-127.
- Hermógenes, J. A. (2007). *Saúde na terceira idade: ser jovem é uma questão de postura*. (15ª. ed.). Cascais, Portugal: Pergaminho S A.
- Kafetsios, K. (2006). Social support and well-being in contemporary Greek society: examination of multiple indicators at different levels of analysis. *Social indicators research, 76*, 127 – 145.
- Leal, I. & Magão, M. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro. Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doença, 1 (II)*. Lisboa.
- Mullet, E.; Azar, F.; Vinsonneau, G. & Girar, M. (1998). Conhece-se pouco a cerca do perdão. *Psicologia, Educação e Cultura, 2 (II)*.
- Nazareth, J. M. (1993). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Economia e Sociologia, Évora n° 56*, p.18.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepesi Editores.
- Oliveira, J. (2002). Perdão: teoria e avaliação (proposta para uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura, 2 (VI)*: pp. 303 – 320.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: Asa.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Legis Editora.

- Pinela, A. (1997). Fundamentação metafísica de esperança em Gabriel Marcel: Resumo de tese publicado na: *Revista PHILOSOPHICA*, nº 10, pp. 162 -168. *Edições Colibri*. Departamento de Filosofia da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa
- Paul, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almeida.
- Philibert, M. (1984). Velhice e sociedade: adolescente, adultos e idosos. *Enciclopédia Salvat da Saúde*. (VIII, PP. 218 – 228). Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, L<sup>da</sup>.
- Parreño, J. (1984). Actividades na vida diária dos idosos: adolescentes, adultos e idosos. *Enciclopédia Salvat da Saúde*. (VIII, pp. 270 – 275). Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil, L<sup>da</sup>.
- Rojas, E. (2007). *A deus depressão*. (1ª ed.). Lisboa: Livros D' Hoje.
- Rique, J.; Caminho, C.; Enright, R. & Queiroz, P. ( 2007). Perdão interpessoal e contextos de injustiças no Brasil e Estados Unidos da América. *Psico*, 2(38), pp. 182-189.
- Ribeiro, J. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547 – 558.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade autêntica: os princípios da psicologia positiva*. (1ª ed.). Cascais, Portugal: Pergaminho SA.
- Singer, P. (2000). *Ética prática*. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva. Livraria Escolar Editora.
- Spar, E. & Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores
- Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. ( 2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*; 37 (3): pp. 364 – 371.
- Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de Aplicação do “ Inventário Depressivo de Beck” à uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. “ *Coimbra Médica*, 20 (6): pp. 623 – 644.
- Vecchia, R.; Ruiz, T.; Bocchi, S. & Corrente, J. ( 2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), pp. 246 – 252
- Zimerman, G. I. (2000). *Aspectos biopsicossocial*. Porto Alegre: Artes Médicas.



## REFERÊNCIAS WEBGRÁFICAS

- Ascenso, F. (2007). Europa – um espaço de paz. (O perdão na reconstrução da Europa). (Documento www). URL: <  
<http://www.oesteonline.pt/noticias/noticia.asp?nid=17920>
- Audácia. (2008). Aprender a viver juntos. *Revista Electrónica*. (Documento www). URL: < <http://www.audacia.org/cgi-bin/quickregister/scripts/redirect.cgi?redirect=EkkpypAAEZoyTzJKLd>
- Avnery, U. (2008). “ An apology”: E humildemente, Israel pede perdão. (Documento www). URL: <<http://www.zope.gush-shalom.org/home/en/Channels/avnery/12134786338>.
- Brauns, F. (2005). A igreja adventista pede perdão por apoiar o nazismo. (Documento www). URL: < [http://www.adventistas.com/agosto2005/iasd\\_nazista.htm](http://www.adventistas.com/agosto2005/iasd_nazista.htm).
- Cruz, R. (s.d). Acompanhamento e animação de idosos. (Documento www). URL: < <http://www.forma-te.com/mediateca/download-document/2513-manual-acompanhamento-e-animacao-de-idosos.html>.
- Crosti, N. (2007). O milagre do perdão na tradição judaica e na tradição cristã. *Caderno nº 12*. (Documento www). URL: < [http://www.fundacao-betania.org/biblioteca/cadernos/pdf/Caderno12\\_O\\_Milagre\\_do\\_Perdao\\_Nicoletta\\_Crosti.pdf](http://www.fundacao-betania.org/biblioteca/cadernos/pdf/Caderno12_O_Milagre_do_Perdao_Nicoletta_Crosti.pdf).
- Camacho, M. (2007). Os sentimentos do perdão. (Documento www). URL: < <http://www.monicacamacho.com/blog/blog.php?bid=84&print=1>.
- Dias, A. (2007). Somos família. Valores de Sempre (EMRC). *Revista Audácia*. (Documento www.) URL: < <http://www.espaco-familia.pt/>.
- Filipe d’Avilez. (s.d). Tragédia na Pensilvânia e o culto do perdão. *Secretariado Nacional da Pastoral da Cultura*. (Documento www). URL: < [http://www.agencia.ecclesia.pt/ecclesiaout/snpcultura/arquivo\\_impressao\\_digital\\_traged](http://www.agencia.ecclesia.pt/ecclesiaout/snpcultura/arquivo_impressao_digital_traged).
- Guerreiro, J. (s.d). O papel da inteligência emocional nos desafios de um envelhecimento adaptado. (Documento www). URL: < <http://www.psicronos.pt/artigos/envelhecimentoadaptado.html>
- João Paulo II. (2001). Não há paz sem justiça, não há justiça sem perdão. *Fonte Ecclesia*. (Documento www). URL: < <http://www.paroquias.org/>

- Martinez, J. (2008). O perdão no islamismo. *Ministério CACP*. (Documento www).  
URL:< <http://www.L:///E:/perdãoeislão.htm>.
- Martins, R.M.(s.d.). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e cultura*.  
(Documento www). URL: < <http://www.ipv.pt>.
- Ministério da Saúde. (2004). Programas Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.  
(Documento www). URL: <  
<http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006491.pdf>.
- Neves, J. (2007). Sobre ética. *Verbo Jurídico*. (Documento www). URL: <  
<http://www.verbojuridico.pt/>  
<http://www.verbojuridico.net/doutrina/outros/etica.pdf>.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia positiva*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.  
Universidade de Coimbra.  
(Documento www). URL :< <http://www.psicologia.com.pt>.
- Nursing, nº 216. (2006). Cuidados domiciliários: uma modalidade de intervenção.  
(Documento www). URL: <  
[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_magazine&func=show\\_article&id=91](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_magazine&func=show_article&id=91).
- Ocaña, E. (2007). A sabedoria de perdoar e perdoar-se. *Caderno nº 11*. (Documento  
www).URL: <[Http://www.fundacao-](http://www.fundacao-betania.org/biblioteca/cadernos/pdf/Caderno_11_A_Sabedoria_de_Perdoar_e_Perdoar-)  
[betania.org/biblioteca/cadernos/pdf/Caderno\\_11\\_A\\_Sabedoria\\_de\\_Perdoar\\_e\\_Perdoar-](http://www.fundacao-betania.org/biblioteca/cadernos/pdf/Caderno_11_A_Sabedoria_de_Perdoar_e_Perdoar-).
- Oliveira, P. (2003). A geopolítica do perdão. *Nação e Defesa, nº105 – 2ª série*.  
(Documento www) URL: <  
[http://www.idn.gov.pt/publicacoes/nacao\\_defesa/resumos/105.pdf](http://www.idn.gov.pt/publicacoes/nacao_defesa/resumos/105.pdf).
- Programa Vida +. (2008). Envelhecimento activo. (Documento www). URL :<  
[http://sigarra.up.pt/up/web\\_gessi\\_docs.download\\_file?p\\_name=F351278844/Workshop\\_Envelhec\\_Activo\\_VIDA.pdf](http://sigarra.up.pt/up/web_gessi_docs.download_file?p_name=F351278844/Workshop_Envelhec_Activo_VIDA.pdf).
- Paróquias de Portugal. (1999). Papa quer perdão nas relações internacionais. *Fonte Publico*. (Documento www). URL: < <http://www.paroquias.org>.
- Perdão na Família. (Documento www). URL: < <http://www.espaço-familia.pt> .
- Ribeirinho, C. (2005). *I jornada – para um envelhecimento activo: descobrir novos caminhos*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. (Documento  
www). URL: <<http://www.google.pt>.

Ricoeur, P. (2005). O perdão pode curar. *Revista viragem n.º 21*, in *Fernanda HENRIQUES (org)*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 35 – 40. (Documento www). URL: < <http://www.lusosofia.net>

Santana-Maia. (2008). Peço perdão em nome de Portugal. Arquivado em: *Os Valores, Traição, Descolonização*. (Documento www). URL: < <http://www.google.pt>

Valério, M. (2006). IV jornada da 3ª idade – Sessão de sensibilização: “ Representações sociais da 3ª idade”.

(Documento www). URL: < <http://www.miguellavalerio.workdeprss.com>.

Wacussanga, J. (2003). O perdão e a perspectiva histórica – Questões de Reconciliação Nacional e dos direitos Humanos: Perdão V. Justiça. *ALSSA, uma abordagem psicossocial*, p.21. (Documento www). URL: <

<http://www.jovensredentoristas.com/FORMACAO/9.Eucaristia/9.5.Um%20Amor%20que%20Perdoa%20e%20um%20Amor%20que%20recria.pdf>