

---

## ÍNDICE

<b>Os direitos fundamentais no Brasil</b> Como referências à qualidade de vida <i>Mary Rangel e Jéssica do Nascimento Rodrigues</i>	5 / 10
<b>Envelhecimento e qualidade de vida</b> Para além da integridade e do desespero <i>Rute Ralha-Simões e Helena Ralha-Simões</i>	11 / 19
<b>Autismo</b> Uma perspetiva neuropsicológica <i>Nora Almeida Cavaco</i>	21 / 31
<b>A família da criança com NEE</b> Resiliência familiar: contributos da coparentalidade, coesão e adaptabilidade <i>Luciany Faray Ferreira e Maria Helena Martins</i>	33 / 43
<b>O mal-estar relacionado com o trabalho</b> Estudo das propriedades psicométricas de um inventário de sintomas (ISMERT) <i>Nuno Murcho, José Eusébio Pacheco e Saul Neves de Jesus</i>	45 / 52
<b>Educação positiva e bem-estar subjetivo</b> Impacto de diferentes estratégias no 1.º ciclo do ensino básico <i>Luís Sérgio Vieira, Alicia Brianna Saxe e Sara Gonçalves</i>	53 / 66
<b>A percepção da qualidade de vida</b> Um estudo comparativo de idosos institucionalizados <i>J. A. Malveiro e Saul Neves de Jesus</i>	67 / 86
<b>Diabetes Mellitus tipo2:</b> Qualidade de vida, educação e equilíbrio psíquico <i>Nathália Brandolim Becker e Maria Geralda Viana Heleno</i>	87 / 92
<b>Informação aos autores:</b>	93



## NOTA INTRODUTÓRIA

Neste terceiro número da OMNIA publicamos artigos sobre educação, saúde e qualidade de vida. Temas que nos conduzem àquele que pode ser considerado o grande objetivo das sociedades ocidentais: o bem-estar geral, isto é: o bem-estar de todos e de cada um.

O primeiro texto é de autoria de Mary Rangel e Jéssica Rodrigues que nos apresentam um estudo que destaca a importância da garantia dos direitos a todos os cidadãos, sem privilégios e sem discriminações para a construção e manutenção de uma sociedade democrática e plural, a partir da análise da Constituição Brasileira.

Rute e Helena Ralha-Simões, propõem uma reflexão crítica sobre os novos desafios do significativo acréscimo da população idosa nas sociedades ocidentais, problematizando os diversos caminhos que conduzem à qualidade de vida dos mais velhos.

Por sua vez Nora Cavaco apresenta-nos um texto que aborda o autismo numa perspetiva neuropsicológica de avaliação e reabilitação.

Luciany Faray Ferreira e Maria Helena Martins propõem-nos uma reflexão sobre os contributos da coparentalidade, coesão e adaptabilidade para a resiliência familiar em resposta às necessidades advindas do nascimento de uma criança com necessidades educativas especiais.

Nuno Murcho, José Eusébio Pacheco e Saul Neves de Jesus apresentam-nos um estudo de validação de um instrumento que permite avaliar a variável que pretende medir os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho. Estudo efetuado em várias unidades hospitalares localizadas no Algarve (Portugal).

Luís Vieira, Alicia Saxe, e Sara Gonçalves apresentam-nos dois estudos onde se avaliam os contributos de diferentes intervenções de educação positiva no bem-estar subjetivo, propondo o debate e a reflexão sobre a eficácia da adoção de diferentes estratégias de educação positiva em contexto escolar.

Jorge Malveiro e Saul Neves de Jesus apresentam-nos um estudo comparativo da perceção da qualidade de vida em idosos institucionalizados. Estudo comparativo efetuado com idosos residentes da Aldeia-lar de S. José de Alcalar em Portimão (Portugal), idosos residentes em Lares de Idosos, e idosos utentes de Centros de Dia/Convívio.

Finalmente, Nathália Brandolim Becker e Maria Geralda Viana Heleno apresentam-nos um estudo de caso para avaliar a qualidade de vida, a dinâmica psíquica e os níveis glicémicos de uma pessoa com Diabetes Mellitus de tipo 2, participante de um grupo psicoeducacional.

Um ano após a saída do nosso primeiro número, esperemos que este projeto se possa agora consolidar e que a chegada de novos colaboradores possa contribuir para uma maior pluralidade de temas e a sua integração recíproca.

Francisco Baptista Gil

### FICHA TÉCNICA

# OMNIA

**Revista Interdisciplinar  
de Ciências e Artes**

**Número:** 3  
Outubro 2015

**ISSN:** 2183-4008

**Diretora:**  
Helena Ralha-Simões

**Diretor-Adjunto:**  
Francisco Baptista Gil

**Conselho Editorial:**  
Helena Ralha-Simões, Francisco  
Baptista Gil, Carlos Marques  
Simões, Ida Lemos, Maria  
Helena Martins, Rosanna Barros  
e Cláudia Ribeiro de Almeida

**Assistente editorial:**  
Rute Ralha-Simões

**Edição:**

**GREI**  Grupo de Estudos  
Interdisciplinares

**Editor:**  
Francisco Baptista Gil

**Número temático:**  
Educação, Saúde  
e Qualidade de Vida

**Coordenação:**  
Saul Neves de Jesus

**Contactos:**  
Rua Vergílio Ferreira, 11  
8005-546 Faro  
[grupo@grei.pt](mailto:grupo@grei.pt)

**[www.grei.pt](http://www.grei.pt)**

**Depósito Legal:** 388238/15

**Publicação de difusão restrita**



---

Mary Rangel<sup>1</sup>

Jéssica do Nascimento Rodrigues<sup>2</sup>

## OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO BRASIL como referências à qualidade de vida

**Resumo:** Este estudo teve o propósito de desenvolver análises e construir argumentos sobre a importância da garantia de direitos a todos os cidadãos, sem privilégios e sem discriminações, considerando essa garantia como condição de uma sociedade democrática. Leva-se também em conta que essa garantia de direitos, pautada no princípio da igualdade e da inclusão, é também princípio de um ambiente social saudável. A metodologia adotada na formulação do artigo caracteriza-se como um ensaio teórico, no qual são abordados fundamentos da educação inclusiva e são analisados os Direitos Fundamentais na Constituição Brasileira, a partir do seu Artigo 5º e seus Incisos, ressaltando-se, em todos eles, a igualdade como princípio essencial. Nas considerações finais, reafirma-se o valor da sociedade democrática, fazendo-se referência à interculturalidade e ao multiculturalismo, como processos reconhecidos e valorizados no reconhecimento da pluralidade que define o espaço democrático e o Estado de Direito.

**Palavras-chave:** Direitos fundamentais; qualidade de vida; sociedade saudável; interculturalidade.

## FUNDAMENTAL RIGHTS IN BRAZIL as reference to quality of life

**Abstract:** The purpose of this study was to develop an analysis and build arguments for the importance of guaranteeing rights to all citizens without any privilege and discrimination, considering this guarantee as a condition for a democratic society. It was also taken into consideration that this guarantee of rights, based on the principle of equality and inclusion, is also a principle of a healthy social environment. The methodology adopted in the formulation of this article is characterized as a theoretical essay one, in which fundamentals of inclusion education are approached and the Brazilian fundamental Constitutional rights, from article 5 and its paragraphs on, highlighting that, in all of them, equality is an essential principle. In the final considerations, the value of a democratic society is reclaimed, making reference to interculturality and multiculturalism as processes that are acknowledged and valued in the recognition of the plurality that defines the democratic space and the State of Rights.

**Keywords:** Fundamental rights; quality of life; healthy society; interculturality.

---

<sup>1</sup> Professora Titular da área de Ensino-Aprendizagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil,  
Professora Titular de Didática da Universidade Federal Fluminense, Brasil  
Editora da "Revista Conhecimento & Diversidade" da Unilasalle, Rio de Janeiro, Brasil  
Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil  
com Pós-Doutoramento na área de Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

<sup>2</sup> Professora e investigadora do Colégio Pedro II, Brasil  
Diretor da Licenciatura em Artes Visuais da Universidade do Algarve  
Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense, Brasil,  
Frequentando o Pós-Doutoramento em Educação na mesma Universidade

## Introdução

Este estudo tem o propósito de rever o Artigo 5º da Constituição Brasileira e seus Incisos, observando o princípio de igualdade que preside aos direitos fundamentais. Esse princípio constitui-se como referência essencial à qualidade da vida cidadã e, conseqüentemente, a uma sociedade saudável. No aspecto metodológico, este artigo apresenta-se como um ensaio teórico.

Há muitas questões envolvidas no âmbito da qualidade de vida e da educação em saúde. Entre elas, incluem-se, na sua dimensão e complexidade, as questões relativas à dialética inclusão/exclusão, à desigualdade e estratificação social, à desconsideração à política, em seu sentido de ciência do bem público, além de outras que interferem na garantia de direitos e de dignidade humana.

Além desses fatores que prejudicam as condições de viver com dignidade e promover uma sociedade saudável, cujas relações não são afetadas pelos vírus da exclusão e da injustiça, que proliferam no cenário das desigualdades, há outros fatores que, ao contrário, agem em favor da saúde social. Entre esses fatores, encontram-se os que se inscrevem no campo pedagógico, a exemplo da formação escolar e acadêmica através de processos que se realizam de modo crítico e reflexivo, propiciando aos alunos a visão contextualizada do real e da importância dos direitos.

Observa-se, desse modo, que a educação tem várias dimensões de suas práticas formativas, de modo que, além da dimensão técnica, referida à competência docente, possam também se exercer, nessas práticas, as dimensões humana e política do ato educativo.

Vera Candau (1988) é uma autora que tem dado significativa atenção às dimensões do processo educacional, pedagógico, cujos critérios definem e orientam as ações, não só de ensinar e aprender, como também de ensinar a aprender.

Na dimensão técnica, o ensino e a aprendizagem desenvolvem-se a partir de práticas competentes de professores, norteadas por princípios de ensino que auxiliam, efetivamente, a aprendizagem, garantindo que os alunos elaborem e reconstruam o conhecimento.

Na dimensão humana, o ensino e a aprendizagem

desenvolvem-se a partir de ações docentes que se conduzem através de princípios de afetividade, inclusão, consideração relativamente aos alunos, em suas formas singulares de ser, contribuindo no sentido em que as atividades didáticas se tornem agradáveis e motivadoras.

Na dimensão política, o ensino e a aprendizagem desenvolvem-se de modo contextualizado e crítico, estimulando os alunos à observação das circunstâncias sociais que envolvem a escola e a universidade, interferindo na eficiência e na eficácia de seu trabalho. Essas circunstâncias incluem os índices de pobreza, de falta de assistência de serviços públicos de saúde, de precariedade de alimentação, e outras intervenientes nos processos e nos resultados da educação e da formação pedagógica, desejando-se que se realizem com qualidade, a nível cognitivo e social.

Hannah Arendt (2007), teórica política de expressivo reconhecimento, deixou, em suas pesquisas e em suas ênfases políticas, reflexões significativas sobre os direitos humanos, sobre a liberdade e sobre o valor de movimentos sociais de reivindicação de direitos.

Ao analisar a segunda guerra mundial, Arendt (2000) denuncia o desrespeito pelos direitos públicos fundamentais, relativamente à *polis* (à coletividade), influenciando na desconsideração à democracia, dominada por regimes autoritários, demonstrando o quanto o autoritarismo destrói a liberdade, oprime os povos e lhes tira os direitos necessários à qualidade e dignidade da vida.

Sobre as desigualdades, autores como Barbosa (2009), Lahire (2003), Barros (2005) e Gomez (2000) trazem contribuições relevantes sobre os seus vários vetores de análise, contribuindo para compreender que o respeito pelas diferenças é um fator fundamental para a superação de arbitrariedades e de atitudes de exclusão e de naturalização da ausência de garantia de direitos.

O respeito pela diversidade e pela pluralidade, que se manifestam no mundo democrático, são essenciais à vida e à convivência, nas quais o acolhimento e a inclusão das diferenças assegurem, igualmente, os direitos. Esse princípio aplica-se à diversidade, em todas as suas manifestações, sejam elas raciais, de gênero, de cultura, de religião, e outras que caracterizam a humanidade, nas suas várias expressões.

Sobre inclusão e exclusão, vários autores têm auxiliado a perceber as suas múltiplas implicações e os seus múltiplos fatores, concorrendo para a sua compreensão e para o entendimento da sua complexidade de processos e efeitos. Entre esses autores, incluem-se Crochik (2011), Ferreira e Guimarães (2006), além de outros com preocupações semelhantes.

É importante que os fatores, as atividades, as implicações e os efeitos das desigualdades sociais e suas relações com práticas excludentes, naturalizadas nos ambientes e nas relações que se estabelecem no cotidiano da vida e do trabalho, sejam objeto da educação e da formação de sujeitos capazes de ver e agir para além das aparências, engajando-se no movimento em favor do significado real da democracia e do respeito humano que lhe é inerente.

Chega-se, desse modo, ao Artigo 5º da Constituição Brasileira de 1988, no qual se definem direitos públicos fundamentais, que se constituem como prerrogativa de *todos* os cidadãos, sem discriminações de classe, gênero, aparência, enfim, sem desconsideração pelas diferenças que caracterizam os seres humanos, garantindo-lhes a igualdade de direitos.

### **Dos Direitos Fundamentais na Constituição Brasileira**

*Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.*

Observa-se, portanto, que o princípio da igualdade preside e introduz os direitos públicos fundamentais, frisando-se que não deve haver discriminação de qualquer tipo, assegurando-se também esses direitos aos estrangeiros residentes no país. Os direitos fundamentais incluem os de viver com liberdade e com segurança, prevendo-se que a propriedade é um valor a ser assegurado. Com perspectivas semelhantes, o Artigo 5º se desdobra em vários Incisos:

*I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;*

Nesse Inciso, contempla-se a igualdade de gênero, tanto no exercício de direitos, quanto na prática das obrigações. Desse modo, direito e dever associam-se, como elementos essenciais da cidadania.

*II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;*

A lei normatiza as ações, de modo que não sejam impostas de forma arbitrária. Fazer, ou não, algo de direito, não é uma questão a ser imposta, mas sim a ser regulada por lei.

*III - ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante;*

A violência, a tortura, são atos abomináveis que desrespeitam a vida e a dignidade humana. Não haverá, pois, regime político ou ação de pessoas e grupos que possam submeter o cidadão a práticas violentas, que desrespeitem o direito à vida saudável.

*IV - é livre a manifestação do pensamento, sendo vedado o anonimato.*

A liberdade de pensamento é garantida constitucionalmente, de forma clara, viável, sem que o cidadão tenha que esconder-se, ou silenciar-se. As ideias e o pensamento que as exprimem são assegurados, sem recorrer ao anonimato.

*V - é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.*

O dano moral é um erro fundamental da vida cidadã. Ao sujeito submetido a esse tipo de dano é garantida a indenização e o direito à resposta, seja esse dano de natureza material, moral ou de prejuízo ao conceito e à imagem social.

*VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e às suas liturgias.*

O ecumenismo é também direito público fundamental, não podendo haver discriminação ou perseguição

por motivo de princípios e práticas religiosas, cujos cultos e liturgias são protegidos pela Constituição.

*VII - é assegurada, nos termos da lei, a prestação de assistência religiosa nas entidades civis e militares de internação coletiva.*

Não só a diversidade religiosa é garantida, como também é assegurada a assistência de religiosos a pessoas ou grupos, em locais de internamento coletivo, sejam clínicas ou outros locais em que essa assistência seja útil.

*VIII - ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei.*

A crença religiosa, os princípios filosóficos, as adesões políticas são asseguradas, ressaltando-se, apenas, que não eximem os sujeitos da observância da lei.

*IX - é livre a expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença.*

A liberdade é também um direito que protege a expressão da atividade intelectual, das ideias, das manifestações artísticas, da produção científica e da comunicação e seus meios, como jornais, revistas, e outros meios de divulgação.

*X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.*

A intimidade, a vida pessoal, a honra, assim como o conceito e a imagem social são invioláveis e a transgressão a esse direito será punida pelo prejuízo material e moral que causa ao cidadão.

*XI - a casa é asilo inviolável do indivíduo, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação ju-*

*dicial;*

A casa é protegida, constituindo-se em local inviolável, que não pode ser invadido e desrespeitado, salvo em situações excepcionais, em que haja necessidade de flagrante delito, ou em situações de acidente, ou prestação de socorro, ou de ação judicial.

*XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal.*

Tanto as comunicações por carta, como por telegrama, ou por telefone, são protegidas pelo princípio da inviolabilidade, a não ser para a finalidade de investigação de crimes ou de instrução de processos judiciais.

*XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer.*

O trabalho é um valor essencial, preservando-se o princípio da qualificação profissional, em conformidade com a lei. Destaca-se, portanto, que o trabalho é um direito, observando-se que esse direito é parte da qualidade de vida e da dignidade humana.

*XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional.*

O acesso à informação representa também o acesso ao conhecimento, aos factos, às notícias, preservando-se apenas o sigilo da fonte em situações nas quais esse sigilo é uma proteção relacionada com o exercício profissional.

*XV - é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens.*

A locomoção, o ir e vir, no território nacional, é um direito em tempo de paz, de modo que o cidadão possa entrar, permanecer ou sair, garantindo-lhe os seus bens, o seu património.

*XVI - todos podem reunir-se pacificamente, sem armas, em locais abertos ao público, independentemente de autorização, desde que não frustrem outra reunião anteriormente convocada para o mesmo local, sendo apenas exigido prévio aviso à autoridade competente.*

A reunião pacífica de pessoas é garantida, assim como a ocupação autorizada do local, requerendo-se apenas a comunicação às autoridades. Essa reunião é um movimento social permitido e garantido, como parte da liberdade de expressão de ideias.

*XVII - é plena a liberdade de associação para fins lícitos, vedada a de caráter paramilitar.*

A liberdade de associação com propósito lícito também é garantida, com fins pacíficos, e sem natureza paramilitar, assegurando-se, desse modo, que associar-se é um direito a ser preservado.

Os incisos XVII, XVIII, XIX, XX, XI tratam do direito a associações e cooperativas, sem interferência do Estado e sem que haja compulsoriedade de participação. As instâncias associativas têm direito à representatividade de seus participantes em questões judiciais e extrajudiciais. Esses Incisos também se constituem, portanto, como garantias aos movimentos sociais.

Os Incisos XXII, XXIII, XXIV, XXV e XXVI dizem respeito ao direito à propriedade, ressaltando a sua função social e definindo, a partir dessa função, os limites de sua desapropriação. A propriedade familiar rural também recebe proteção e incentivo ao seu desenvolvimento.

A partir desses Incisos, a Lei Magna da sociedade brasileira normatiza questões referidas ao direito, que é conferido aos autores, de utilização, publicação ou reprodução de suas obras (Inciso XXVII), de participação individual em obras coletivas (Inciso XXVIII) e de proteção às obras industriais (Inciso XXIX).

Os Incisos XXX e XXXI asseguram o direito à herança e definem a sucessão de bens estrangeiros. O Inciso XXXII define os direitos do consumidor. O Inciso XXXIII assegura o direito a receber informações dos órgãos públicos. Os Incisos XXXIV, XXXV e XXXVI reafirmam a defesa legal dos direitos sociais e o Inciso XXXVII assegura que não poderá haver juízo ou tribu-

nal de exceção.

Os Incisos de XXXVIII até LXXVII tratam de direitos e ações no âmbito penal, procurando, sobretudo, assegurar medidas justas de proteção do indivíduo e da sociedade e sua aplicação na forma da lei, a ser garantida a todos, sem privilégios.

### **Considerações finais**

Ao percorrer os Incisos que detalham os direitos, em cujo *caput* encontra-se a garantia da igualdade de seu acesso, seu exercício, sua aplicação, observa-se, sobretudo, que esses direitos, que são igualmente de todos, sem discriminações ou privilégios, são garantias da sociedade democrática e plural, na qual as diferenças não justificam ou se traduzem em desigualdades. Confirma-se, então, o princípio de que decisões igualitárias são características de uma sociedade na qual se estabelecem relações saudáveis.

Destaca-se, portanto, nessa reflexão, que nos termos dos direitos públicos fundamentais são combatidos, essencialmente, o preconceito e a exclusão, enquanto processos discricionários, que expressam autoritarismo e poder de hierarquização social.

Assim, enfatizam-se, como condições de qualidade e dignidade da vida, os temas e princípios da justiça social, da inclusão, da pluralidade e da igualdade, assinalando-se, então, que o respeito à diversidade, em todas as suas expressões, tem implicações na qualificação e no respeito dos aspectos que identificam pessoas, grupos e nações, favorecendo a dignidade humana e a convivência respeitosa e solidária.

“As culturas nacionais, ao produzir sentidos sobre a nação, sentidos com os quais podemos nos identificar, constroem identidades. Esses sentidos estão contidos nas estórias que são contadas sobre a nação, memórias que conectam seu presente com o seu passado, e imagens que dela são construídas” (Hall, 2005, p. 51).

Assinala-se também que a interculturalidade amplia o diálogo entre grupos regionais e entre povos, contribuindo para processos e movimentos contra-hegemônicos que animam e fortalecem a consideração à diversidade, compreendendo-a como direito humano e, portanto, so-

cial, assim como endossa a consideração sociopolítica aos princípios do multiculturalismo e à pluralidade de identidades que, no seu conjunto, constituem a essência da humanidade. “A cultura adquire formas diversas, étnicas, raciais, religiosas, artísticas e tantas outras [...]. Essa diversidade se manifesta na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade” (UNESCO, 2005).

As relações ao nível nacional e internacional requerem o acolhimento e a atitude respeitadora perante as diferenças, as várias formas de ser no mundo, os ambientes sociais e os espaços políticos, para que se possa estabelecer um diálogo que aproxime e supere os fatores e as circunstâncias da violência. É nesse sentido e com esse propósito que Morgenthau (2003) focaliza a política entre as nações e a luta pela paz.

Destacam-se, desse modo, na fundamentação do acolhimento à diversidade cultural e à pluralidade que define o espaço democrático e o Estado de Direito, os estudos sobre multiculturalismo, que incluem, em seus elementos de análise, entre outros, os hábitos, as condu-

tas, as linguagens, as religiões, os credos, as crenças, as raças e etnias, a serem acolhidos e preservados em favor da convivência respeitosa e da garantia de direitos e da dignidade humana.

Questões dessa natureza são discutidas e fundamentadas em suas implicações e sua problematização em abordagens críticas como, entre outras, as de Mc Laren (1997), Santos e Trindade (2002), Fleuri (2003) e Cerqueira Filho (1982).

Assim, ao finalizar estas considerações sobre os direitos, com atenção aos termos da Constituição Brasileira, realça-se, sobretudo, que os princípios constitucionais aplicados à vida e às relações sociais, no âmbito de cada país e entre as nações, se constituem em requisitos à vida e à convivência com qualidade e dignidade humana, sendo imperioso, então, que se aproxime o discurso legal das práticas sociais e das políticas efetivas. O distanciamento entre discurso e prática fragiliza a confiança e a esperança num mundo em que a paz supere a violência e a consideração efetiva aos direitos humanos supere a descrença, a desesperança e a injustiça.

### Referências bibliográficas

- Arendt, H. (2000). *Entre o passado e o futuro*. (5.ª ed.). São Paulo: Perspectiva.
- Arendt, H. (2007). *A condição humana*. (10.ª ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Barbosa, M.L. de O. (2009). *Desigualdade e desempenho: uma introdução à sociologia da escola brasileira*. Belo Horizonte, MG: Argumentum.
- Barros, J.A. (2005). Igualdade, desigualdade e diferença em torno de três nações. *Análise social*, 40(175), 345-366.
- Candau, V. (Org.) (1988). *Rumo a uma nova didática*. Petrópolis: Vozes.
- Cerqueira Filho, G. (1982). *A questão social no Brasil: crítica do discurso político*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Imprensa Oficial.
- Crochik, J.L. (2011). *Preconceito, indivíduo e cultura*. São Paulo: Robe Editorial.
- Ferreira, M.E.C. & Guimarães, M. (2006). *Educação inclusiva*. Rio de Janeiro: D P & A.
- Fleuri, R.M. (Org.) (2003). *Educação intercultural: mediações necessárias*. Rio de Janeiro: D P & A.
- Gomez, J.M. (2000). *Política e democracia em tempos de globalização*. Petrópolis: Vozes.
- Hall, S.A. (2005). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: D P & A.
- Lahire, B. (2003). Crenças coletivas e desigualdades culturais. *Educação e Sociedade*, Campinas, 84(24), 938-995.
- Mc Laren, P. (1997). *Multiculturalismo crítico*. São Paulo: Cortez.
- Morgenthau, H.J. (2003). *A política entre as nações: a luta pelo poder e pela paz*. São Paulo: Imprensa Oficial.
- Santos, R. dos & Trindade, A.L. da. (2002). *Multiculturalismo crítico: mil e uma faces da escola*. Rio de Janeiro: D P & A.
- UNESCO (2005). *Global alliance for cultural diversity*. Acedido em maio 24, 2015, em [http://www.unesco.org.br/areas/cultura/areastematicas/diversidadecultural/index\\_html/mostra\\_documento](http://www.unesco.org.br/areas/cultura/areastematicas/diversidadecultural/index_html/mostra_documento).

---

**Rute Ralha-Simões<sup>1</sup>****Helena Ralha-Simões<sup>2</sup>**

## ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA Para além da integridade e do desespero

**Resumo:** Atualmente, um crescente número de pessoas continua a prosseguir os seus objetivos rumo à felicidade no final de uma vida cada vez mais longa. Este acréscimo da população idosa nas sociedades ocidentais – antes escassa e, outrora, mesmo residual – coloca novos desafios a que nem sempre sabemos dar resposta, tornando urgente uma reflexão crítica sobre esta questão – tão atual quanto inexplorada – mesmo que novos olhares venham abalar antigas certezas. Há um longo caminho a percorrer pois os referenciais da ciência psicológica que equacionam a estabilidade e a mudança no desenvolvimento humano só há pouco aceitaram abandonar a excessiva focalização nos anos anteriores à idade adulta. Problematizando os diversos caminhos que conduzem à qualidade de vida dos mais velhos, propomo-nos contribuir para elucidar em que circunstâncias é possível manter uma boa qualidade de vida no final da existência, com base nalguns referenciais sobre o desenvolvimento psicológico ao longo do ciclo de vida.

**Palavras-chave:** envelhecimento; qualidade de vida; psicologia do *life-span development*; crises psicossociais; Erik Erikson.

### AGING AND QUALITY OF LIFE beyond integrity and despair

**Abstract:** Nowadays, an increasing number of people continue to pursue its goals toward happiness at the end of an increasingly long life period. This increment in the elderly population of Western societies – previously relatively scarce or even almost residual – brings us new challenges that we can not always meet. So, a critical reflection on this issue is now an urgent matter - so pressing as it is unexplored - even if our new looks mean to question old assurances. However, we have a long way to go because the reference of psychological science – that equate stability and change in human development – only recently agreed to abandon his previous excessive focus in the years before adulthood. To accomplish such goal one must discuss the various paths that lead to the quality of life of older people, in order to contribute to clarify under what circumstances is it possible to maintain a good quality of life at the end of our existences; this must be grounded on the perspectives that deal with the psychological development throughout the life cycle.

**Keywords:** aging; quality of life; life-span development psychology; psychosocial crises; Erik Erikson.

---

<sup>1</sup> **Assistente Editorial da OMNIA – Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes**

Licenciada em Turismo pela Universidade do Algarve  
Mestranda em Gerontologia Social na Universidade do Algarve

<sup>2</sup> **Professora Coordenadora aposentada da Universidade do Algarve**

**Coordenadora do GREI – Grupo de Estudos Interdisciplinares**  
**Investigadora do CIDInE – Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional**  
Licenciada em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Pós-graduada em Psicologia Genética pela Université Catholique de Louvain, Bélgica  
Doutorada em Psicologia da Educação pela Universidade de Aveiro

### Introdução

A expansão de uma faixa etária cada vez mais idosa – tanto mais significativa quanto surge a par com um decréscimo da natalidade – é uma característica marcante das sociedades desenvolvidas na nossa época, a qual coloca numerosos desafios a que a carência de modelos explicativos pertinentes para a compreender nem sempre permite dar as adequadas respostas; deixa por isso em aberto a busca de significado de muitas das novas questões que, a este propósito, hoje em dia, se colocam.

Tendo presente uma abordagem psicológica que equaciona esta última etapa da vida em termos das crises psicossociais dominantes subjacentes, a de Erik Erikson – inovadora numa altura em que raramente se olhava para além da idade adulta, aceitando também implicitamente que esta última constituía algo de homogêneo –, o presente artigo propõe-se refletir sobre a necessidade de introduzir referenciais provenientes de um domínio com crescente relevância neste campo – a Gerontologia – para reatualizar a perspetivação desta realidade no quadro das teorias acerca do desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida.

Urge no entanto revalorizar fatores antes negligenciados, pois que então a apreciação deste período final da existência era sobretudo entendida como um balanço sobre o que foi a própria vida. Neste enquadramento, um idoso pouco diferenciado, tanto em termos etários como no que respeita às suas circunstâncias pessoais, era perspetivado como irremediavelmente encurralado no presente. Com efeito, era visto com estando confinado entre a *integridade* que poderia retirar de uma apreciação positiva do caminho percorrido e o *desespero* do que lhe foi impossível alcançar, uma vez que já não é agora possível voltar atrás. Além disso, era também considerado como alguém sem amanhã, dado que, nessa avaliação retrospectiva, estava de algum modo inconsciente de que, mesmo nesta altura da existência, é ainda possível construir novas metas e novos objetivos num envelhecimento ativo que vise preservar ou alcançar finalmente a qualidade de vida a que não foi possível aceder anteriormente.

### 1. O envelhecimento – uma realidade da nossa época

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as pessoas são identificadas como sendo idosas quando têm mais de 65 anos de idade; isto, nos países desenvolvidos. Contudo, se estivermos a falar daqueles ainda em desenvolvimento, aí os indivíduos já são qualificados deste modo logo que ultrapassam os 60 anos. No entanto, importa referir que nem todos concordam com esta cronologia assim definida como é o caso da área de medicina que aborda particularmente esta questão – a geriatria – segundo a qual só ao completarem os 75 anos é que as pessoas entrarão na terceira idade (WHO, 2002).

Ao longo dos anos tem-se verificado uma grande alteração dos fenómenos demográficos em virtude de uma acentuada diminuição do número de nascimentos, a qual tem vindo associada a uma propensão para as pessoas viverem muito mais anos do que acontecia no passado. Com base em estudos realizados, a OMS declarou que nas próximas décadas, até 2050, a população mundial com mais de 60 anos irá chegar aos 2 bilhões; do mesmo modo o Instituto Nacional de Estatística prevê que, em Portugal o número de idosos poderá atingir nessa altura os 2,95 milhões; ou seja, irá então perfazer mais um milhão do que os que existiam em 2005 (1,78 milhão). Por este motivo, há necessidade de se aprofundarem melhor as necessidades desta faixa etária que tem vindo a crescer e a tornar-se por isso cada vez mais importante, tanto mais que o já mencionado aumento da esperança de vida, embora muito ligado à melhoria dos cuidados de saúde, tem componentes múltiplas envolvidas. Por esse motivo, a sua abordagem é algo de deveras delicado uma vez que, apesar do prolongamento do tempo de vida das pessoas em sociedades como a nossa ser uma realidade com aspetos muito positivos, se levantam também algumas outras questões que é preciso ter igualmente em consideração, uma vez que os indivíduos manifestam, em consequência disso, algumas alterações, tanto a nível biológico como cognitivo, a que nem sempre é fácil dar as respostas adequadas (INE, 2002; WHO, 2002).

Com efeito, tem-se verificado a necessidade de um estudo mais aprofundado das particularidades dos sujei-

tos que se encontram nesta faixa etária, o que deverá ser feito quer a nível biológico, quer social mas, sobretudo a nível psicológico. No que concerne a este último aspeto, Fernández-Ballesteros (2009, pp. 34-35) afirma que o campo de conhecimentos básicos para a Gerontologia, em termos psicológicos se refere privilegiadamente “(...) ao estudo de alterações e / ou estabilidade que ocorre ao longo do tempo em funções psicológicas, tais como atenção, perceção, aprendizagem e memória, emoção e personalidade, entre outros fenómenos psicológicos”.

## 2. O processo de envelhecimento e a qualidade de vida

Poder-se-ia esperar que o facto de se viver até uma idade cada vez mais avançada em sociedades como a nossa asseguraria a todos um acréscimo de tempo que permitiria, por si só, que se atingissem os objetivos que em geral nos propomos alcançar para melhor usufruir dos aspetos positivos da existência, dando-nos assim acrescidas e melhores oportunidades para sermos felizes.

No entanto, como salienta Anabela Mota Pinto (2006, p. 80) na sua resenha sobre o envelhecimento em Portugal, isto pode não ser necessariamente assim, uma vez que “*o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas*”. A mesma autora (Mota Pinto, 2006, p. 80) defende também que, no seu entender, esta situação é indissociável do conceito de ‘*esperança de vida sem incapacidade*’, socorrendo-se de uma frase da Organização Mundial de Saúde para exprimir essa ideia quando esta preconiza que, nesta etapa final da existência, é sobretudo preciso “*dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida*”.

No entanto, como também defendem Osório e Pinto (2007), não se pode medir a qualidade de vida que é mantida durante o processo de envelhecimento apenas com base no número de anos que cada pessoa vive, nem a partir das condições de boa saúde que continuam a ser asseguradas, mas é essencial ter igualmente em consideração a manutenção de uma adequada capacidade de al-

teração de atitudes e de ajustamento às novas condições com que os idosos se vão defrontando, aspetos esses que são multideterminados e dependem largamente de numerosas circunstâncias tais como as relações que lhes é possível estabelecer com outros grupos de diferentes faixas etárias, bem como pela sua possibilidade em preservar as suas próprias condições de vida, a nível pessoal, social e mesmo financeiro.

A este propósito, os mencionados autores consideram que é necessário confrontar duas perspetivas diferentes acerca do aumento de anos de vida do sujeito que se encontram bem traduzidas nas designações alternativas de *envelhecimento versus velhice*. Enquanto a primeira se refere a esta situação como a um processo gradual em geral ligado a uma transição da vida ativa para outra fase com características diversas, em geral coincidente com a reforma, a última focaliza um certo momento de entrada numa idade da vida – a velhice – que é vista sobretudo como sendo assinalada pela decadência progressiva do indivíduo. Nesse sentido, a velhice seria então vista como algo de definitivo que se caracteriza pela ausência de futuro do sujeito bem como pela sua incapacidade de transformação tendo em vista a manutenção do anterior estado de bem-estar de que anteriormente gozava.

Note-se no entanto que, nos tempos atuais, esta altura da existência é já habitualmente vista como um processo que é sem dúvida caracterizado por algumas mudanças que sucedem simultaneamente ao “ir ficando mais velho” mas que não são, todas elas, necessariamente, de carácter negativo. Há contudo ainda um longo caminho a percorrer para que o envelhecimento deixe de estar associado a uma conotação negativa pois que, ainda com demasiada frequência, se encara esta fase da vida como sendo marcada sobretudo por aspetos ligados com a decadência física e mental (Osório & Pinto, 2007).

Ora, é indispensável romper com este estado de coisas, o que só será possível conhecendo melhor as reais particularidades dos idosos, sejam elas carências ou pontos fortes. A Gerontologia pode dar aqui um importante contributo uma vez que, como refere Fernández-Ballesteros (2009), permite abarcar saberes de múltiplos

domínios científicos, designadamente do âmbito da Biologia, da Psicologia e da Sociologia, podendo por isso ser considerada como algo que é simultaneamente bio-psico-social, dado que mobiliza e sistematiza conhecimentos de natureza multi e interdisciplinar.

Acresce porém que, na reflexão sobre esta temática, é necessário não esquecer que, tal como os seres humanos não são iguais uns aos outros, distinguindo-se pela sua diversidade, também com o processo de envelhecimento assim sucede. Por outro lado, nem todas as nossas funções orgânicas e psicológicas envelhecem ao mesmo ritmo, donde resulta que, enquanto algumas pessoas apresentam resistência a este processo de envelhecimento, outras não reagem tão bem ao passar dos anos, o que pode ser atribuível ao próprio envelhecer ou resultar de algum processo patológico.

Neste sentido, é oportuno mencionar aqui os conceitos de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido que procuram ter em conta todas estas questões, sendo que o primeiro é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde, como um “*processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (WHO, 2002, p. 12); o segundo, por sua vez, é identificado com base em parâmetros que permitem reconhecer que a capacidade funcional do idoso constitui um dos seus fatores mais proeminentes, embora assente igualmente em alguns outros critérios, como a satisfação com a vida, a longevidade, a ausência de incapacidades, as oportunidades de participação social ativa e uma potencial capacidade de adaptação positiva, que constituem de igual modo fatores preditores de um envelhecimento bem-sucedido (Teixeira & Neri, 2008).

### **3. A velhice – senescência ou uma etapa da vida com especificidade própria?**

Desde o início do século vinte que, à luz do paradigma evolucionista introduzido por Charles Darwin, se refletiu significativamente no quadro das muitas tentativas da Psicologia para compreender o psiquismo humano. Em consequência disso, assistiu-se a uma proliferação de perspetivas que o encaravam não de modo estático

mas como algo em perpétuo movimento que poderia ser identificado desde que se reconstituisse o percurso evolutivo do sujeito ao longo do tempo. Como seria de esperar, isto não deixou de influenciar a maneira de conceptualizar qualquer das etapas do percurso de vida do ser humano (Lerner, 1983; Ralha-Simões, 2003; Schröder, 1992; Walkerdine, 1993).

Nos inícios do surgimento desta tendência – que coincidiu com uma fase em que Psicologia do Desenvolvimento e a Psicologia da Criança quase se confundiam – foi-se abandonando a anterior visão deficitária que comparava os desempenhos infantis com os que, nas mais variadas áreas, os seres humanos em geral conseguiam evidenciar na sua fase de plena maturidade (Marchand, 2001; Simões & Ralha-Simões, 2015).

Contudo, embora fosse sendo progressivamente ultrapassada, esta posição não desapareceu propriamente, pois que quando abordamos ainda hoje em dia o envelhecimento – em termos psicológicos sobretudo, mas não só – não raras vezes continuamos a eleger o adulto como a medida de todas as coisas, face à qual se irá então apreciar até que ponto é que uma determinada pessoa na fase final da sua vida perdeu ou não capacidades. Marchand (2001) defende que esta ideia de que o idoso é sobretudo alguém em declínio intelectual vigorou com quase unanimidade até à década de cinquenta vindo a dar fundamento ‘científico’ a uma visão algo estereotipada acerca do envelhecimento que é pautada por o encarar quase sempre como sinónimo de deterioração física e intelectual.

Com efeito, só a partir da segunda metade do século XX – principalmente nas suas duas últimas décadas – se passou a ter uma visão um pouco mais otimista a tal propósito. Para tal contribuíram certas conceções teóricas, entre as quais se evidencia o modelo de inteligência de Cattell (1971, cit. por Marchand, 2001) que avança a ideia de que existiriam dois tipos de capacidades intelectuais, uma delas mais dependente dos aspetos fisiológicas do que de outras influências externas como, por exemplo, da escolaridade formal de que um determinado indivíduo beneficiou – que se poderia designar como *inteligência fluída* – e uma outra – que foi denominada *inteligência cristalizada* – que englobaria um conjunto de

conhecimentos e de competências interligados, nomeadamente, com a verbalização, a capacidade de avaliar a própria experiência e com outras competências que nos habilitam para refletir sobre os variados problemas que se colocam no confronto com a realidade. Enquanto a primeira destas inteligências – dita *fluída* – se encontra no seu auge no início da idade adulta, tendendo a partir daí ao declínio, a segunda – dita *cristalizada* – manter-se-ia estável ou apresentaria até uma certa propensão para ir mostrando progressivos ganhos ao longo de toda a idade adulta.

No entanto, em geral, perspetivas como esta não são em geral tidas em linha de conta, pois não se privilegia de modo constante a procura de uma determinada especificidade deste grupo – cada vez mais representativo das sociedades de países desenvolvidos como a nossa – constituído por pessoas muito diferenciadas entre si e que indubitavelmente poderão evidenciar um decréscimo de competências mas que apresentam também, por outro lado, incontestavelmente, novas virtualidades como as que lhe são facultadas pela sabedoria e pela experiência de vida (Marchand, 2001; Mota-Pinto, 2006).

Por outro lado, continuamos muitas vezes a proceder como era usual em muitos modelos de desenvolvimento psicológico enunciados no passado que, quando caracterizavam o indivíduo no final da existência, o faziam quase que em termos hipotéticos dado o carácter relativamente diminuto desta faixa etária face à totalidade da população em geral. Além disso, parece ter persistido na visão do idoso uma posição sobejamente já abandonada na conceção da infância em Psicologia do Desenvolvimento, uma vez que se continuou a encarar a velhice como um período da vida em que o sujeito se distingue principalmente por aquilo em que fica aquém dos desempenhos que se conseguem exhibir na idade adulta; na verdade, essa posição parece ressurgir na tendência para avaliar os desempenhos do sujeito na última fase da sua existência sobretudo em termos deficitários (Kohlberg, 1990; Loevinger, 1987; Marchand, 2001; Simões & Ralha-Simões, 2015).

Saliente-se que, a esta situação, acresce ainda uma outra circunstância que é preciso ter em conta. A caracterização dos indivíduos como alguém que evolui e se

modifica progressivamente em termos psicológicos pôs, além disso, demasiado a tónica na abordagem dos primeiros anos de vida até sensivelmente o limiar da adolescência, altura em que as transformações físicas são mais marcantes, tendência essa muito generalizada mesmo nos autores fundamentais que pontuaram neste domínio científico. Este olhar sobre o percurso de vida só veio a ser transformado pela conceção mais abrangente do desenvolvimento humano da *life-span development psychology* nas últimas décadas antes da passagem do milénio, sendo então assumido como um processo omnipresente ao longo de todo o ciclo de vida (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006; Marchand, 2001; Simões & Ralha-Simões, 2015).

Efetivamente, a maior parte dos teóricos que, ao longo do século passado, se debruçaram sobre o desenvolvimento humano – fornecendo incontornáveis contributos como foi o caso, designadamente, de Heinz Werner, Arnold Gesell, Henri Wallon, Jerome Bruner ou Jean Piaget – não vislumbraram muito mais do que aquilo que seria típico da maior parte dos sujeitos uma vez alcançada a maturidade, sendo raros os modelos que iam para além do limiar da idade adulta, o que levou alguns continuadores – como foi o caso de Riegel (1973), por exemplo, no que concerne à teoria piagetiana – a terem de propor etapas subsequentes, sempre que a perspetiva teórica tinha no seu entender indevidamente estacionado demasiado cedo ao longo do percurso (Ralha-Simões, 2003).

Foram disso exceção alguns autores, verdadeiros percursores do que viria a constituir uma quase evidência muitas décadas depois da enunciação das suas teorias, já quase no final do século XX. De entre eles destaca-se, muito em particular, Erik Erikson que identificou determinadas crises psicossociais, comuns a todos nós, as quais, de etapa em etapa, desde o nascimento até à morte, fariam evoluir o ser humano em *oito idades* sucessivas. Em cada uma delas elegera determinadas polaridades que se antagonizariam conflituamente em busca de uma resolução, cujos tópicos em confronto iriam estando sucessivamente na ordem do dia, de modo a assegurar ou não – em função da prevalência de um dos polos, que podia ser considerado como mais positivo ou

desejável – o sucesso e a continuidade do percurso desenvolvimental do sujeito (Erikson, 1971, 1976; Ralha-Simões & Simões, 1998).

#### **4. A perspectiva de Erik Erikson – ou o idoso encurralado entre a integridade e o desespero**

Não obstante a versatilidade do seu entendimento acerca do desenvolvimento humano, fundamentado no olhar múltiplo que lhe permitiram os seus referenciais antropológicos, sociológicos e psicanalíticos, Erik Erikson não deixa de fornecer uma perspectiva muito pertinente sobre a derradeira idade da vida do ser humano, não obstante a focalize sobretudo como um balanço final concentrado em pesar se o idoso que a ele procede pode ou não aceitar aquilo que experimentou durante a sua existência, ao lançar um olhar crítico sobre a respetiva adequação da forma como agiu relativamente a essas ocorrências ao longo de todo o seu percurso de vida.

Nesta ótica, no final da vida, contrastar-se-iam dois tipos de resultados polarizados desse balanço, a *integridade* e o *desespero*. A primeira resultaria de uma boa integração do percurso desenvolvimental anterior bem-sucedido e culminaria na emergência da sabedoria; sabendo gerir os triunfos e as desilusões inerentes ao que viveu, tolerante relativamente a outras realidades que não a sua, o idoso conseguiria assim aceitar que foi responsável pelo rumo que a sua existência tomou, defendendo o seu estilo de vida sem lamentar nem exprimir fortes sentimentos de pesar pelo que não lhe foi possível alcançar. Pelo contrário, o segundo, geralmente acompanhado pelo receio da morte e pela insatisfação com os outros, consigo próprio ou com as instituições, surge associado com a expressão do pesar pelo tempo agora curto que não vai permitir ao idoso recomeçar nem refazer aquilo que o desgosta relativamente ao que considera que foi a sua existência (Erikson, 1971; Marchand, 2001)

No entanto, este idoso da última idade da vida de Erikson seria provavelmente ainda perspectivado como alguém que estava, em geral, muito isolado e privado dos seus contemporâneos que não lhe sobreviveram, o que não retrata de modo algum as atuais circunstâncias em que os indivíduos acedem ao limiar do envelheci-

mento – o qual, apesar de isto não ser consensual, como referimos antes, se situa algures em torno da sexta década da vida – podendo formular uma expectativa realista de dispor de um período de vida relativamente alargado com qualidade até ao seu término, em geral até mais de duas décadas depois, o que os leva a poder ensaiar ou mesmo iniciar muitos dos sonhos que ficaram por cumprir, note-se que para grande consternação dos sistemas de proteção social da velhice que aí alicerçam receios de insustentabilidade, sejam eles ou não fundamentados (Mota Pinto, 2006; Rodrigues & Dias, 2012).

A realidade hoje existente já não é a mesma, tendo vindo a sofrer significativas alterações ao longo do tempo as conceções relativas a quem é idoso e sobre como se é idoso. Podemos encontrá-las na própria literatura, como, por exemplo, quando vemos como Júlio Dinis em *Uma família inglesa – cenas da vida do Porto*, escrita em 1868, há cerca de século e meio, nos retrata, por um lado, o guarda-livros *Manuel Quintino*, referido como sendo já um velho aos 55 anos de idade e, por outro, uma diferente personagem, essa octogenária – *Kate*, antiga ama de *Richard Whitestone* –, a qual é encarada como um perigo para si própria e para os outros e vive, por isso, fechada e isolada no mirante, uma parte separada da casa, por estar paraplégica e demente. Com efeito, desde então muito se alteraram as representações não só relativas ao que é típico do envelhecimento mas no que respeita à própria identificação da idade em que ele acontece.

Não obstante o passar do tempo, a polaridade identificada por Erikson (1971) como típica da etapa final da existência permanece todavia muito pertinente, pois que esta é uma altura de mudanças, transições e inquietações, quanto mais não seja pela redefinição do próprio estilo de vida, pelas ruturas e pelo afastamento do mundo do trabalho ou, ainda, em consequência das perdas e dos lutos quer pelos companheiros de uma vida quer, simplesmente, pelos amigos e conhecidos que, além da tristeza e da saudade, relembram ao idoso a sua própria mortalidade. Todavia, nos tempos atuais, é necessário introduzir aqui também um olhar em frente, em busca de diferentes equilíbrios e de novas motivações, a fim de assegurar um envelhecer ativo e com qualidade que

não constitua uma mera antecâmara da morte, seja ela pontuada pela desilusão ou pela autossatisfação. Assim, dever-se-á complementar esse inegável balanço final, que não deixará nunca de estar também na ordem do dia nesta altura da vida, com uma perspetivação positiva complementar que ajude a transcender essa falsa alternativa entre pôr um ponto final nos esforços por viver, satisfeito com o que se fez, ou desistir disso com amargura, pois que se ficou aquém do que foi sonhado e falta agora o tempo e a energia para recomeçar de modo a ensaiar novos caminhos.

As perspetivas de Lawrence Kohlberg (1990) e Jane Loevinger (1982, 1987) poderão também dar algum contributo neste sentido pois que se concentram sobretudo em aspetos positivos e em novas virtualidades que viriam a par com o envelhecimento. Contudo, estes autores que, no início da segunda metade do século XX, tal como tinha antes feito Erik Erikson (1971, 1976), se distinguiram por não partilharem a alienação dos seus contemporâneos – que pareciam tão convictos de que a diferenciação do desenvolvimento humano acabava por volta dos finais da adolescência – têm contudo uma visão ainda bastante fugaz e imprecisa das características dos últimos estádios que enunciam – respetivamente, no que concerne ao desenvolvimento moral e ao desenvolvimento do ego.

Com efeito, Kohlberg age como se estivesse a formular uma quase abstração que raramente se poderia observar na realidade; por seu turno, Loevinger pouco vai além da diferenciação entre o penúltimo e o último estádio, circunstância essa em parte justificada pela pouca frequência das respostas suscetíveis de serem classificadas nesses últimos níveis do desenvolvimento do ego, sem dúvida interligada com a instabilidade e a escassez da população idosa questionada que respondeu ao teste de avaliação do desenvolvimento do ego – o SCT – em torno do qual esta autora edificou a sua teoria.

Ambos são contudo unânimes de que, qualquer das últimas etapas da sequência de níveis que cada um deles identifica, a bem da completude do modelo proposto, está pouco representada na globalidade da população e que quando esses estádios terminais são finalmente atingidos, em geral isso sucede bastante tarde no curso da

vida dos seres humanos. Não são porém de estranhar estes dados, numa altura em que os idosos eram não só em geral menos, como atingiam idades menos avançadas antes de morrer, não permanecendo além disso, muitas vezes, em condições cognitivas e motivacionais adequadas para poder ser envolvidos nestes estudos com contributos válidos (Kohlberg, 1990; Loevinger, 1982, 1987; Simões & Ralha-Simões, 1999).

Note-se, todavia, que tanto um como o outro, se distinguem por dar uma visão do idoso – que tivesse a felicidade de sobreviver o suficiente para se enquadrar nessas últimas etapas desenvolvimentais mais complexas e sofisticadas que definiram – mais consentânea com a de alguém dotado de uma sabedoria e de um discernimento apreciáveis e portanto tendencialmente mais capaz de procurar e disfrutar da qualidade de vida nesta sua última etapa apesar de todos os contratemplos. Assim, longe de verem o envelhecimento em termos da estruturação deficitária que muitos aceitavam sem discussão, atribuem ao sujeito nesta altura da existência uma flexibilidade que lhe permitiria um procedimento melhor, mais ético, feliz e distanciado do impacto negativo das vicissitudes que nos podem atingir em qualquer idade (Simões & Ralha-Simões, 1999).

### **Considerações finais**

Na nossa época, nas sociedades em que se usufrui de uma abundância considerável que não estava disponível nas gerações precedentes – não obstante os desafios colocados pelas atuais crises e vicissitudes da economia mundial – assiste-se a uma melhoria nas condições sociais o que permitiu alargar o tempo da existência humana; daí resulta uma reconstituição da composição populacional, que veio alterar significativamente a proporção de idosos face às restantes faixas etárias, em particular às mais jovens.

Tal facto não é apenas consequência de um outro fator muitas vezes sublinhado – a generalizada redução das taxas de natalidade nos países mais desenvolvidos – mas também, e sobretudo, do acentuado acréscimo da esperança de vida dos mais velhos, os quais vivem mais e com bastante qualidade, preservados pelos atuais progressos da medicina de doenças e incapacidades que,

abreviando os anos de que no passado dispúnhamos para viver não eram vistas como resultantes de patologias específicas mas sim como manifestações típicas da velhice e consideradas por isso como algo de natural e inevitável.

A consequente expansão deste grupo etário – que antes era demasiado pouco numeroso e que subsistia em geral em deficientes condições físicas e mentais – é algo de complexo, não só porque nele se encontram englobados indivíduos muito diversificados mas porque há que ter em conta que sobreviver mais anos não significa automaticamente aceder a uma melhor qualidade de vida durante um período mais longo. Além disso, existem vários modos de assumir esta nova etapa, consoante cada indivíduo em particular que a protagoniza está predominantemente influenciado por circunstâncias ditas normais ou patológicas, o que vai, sem dúvida, condicionar um envelhecimento mais ou menos ativo e bem-sucedido.

Por tudo isto é importante reequacionar as antigas conceptualizações psicológicas que perspetivavam este período sobretudo como um breve balanço final antes de uma morte que todos aceitavam que ocorreria inevitavelmente muito em breve, não dando margem para planos e tornando até descabida e despropositada uma projeção no futuro.

Na verdade, a generalização e o alargamento desta faixa etária levou à necessidade de transcender os referenciais conceptuais que tradicionalmente a focalizavam; há que não só diferenciar períodos – no âmbito dos quais se podem ir sucessivamente caracterizando os idosos, de modo diversos, conforme os subníveis etários onde se enquadram – mas é também indispensável olhar de modo inovador para os principais problemas e desafios comuns a cada um deles. Ora, isso implica procurar

constatar regularidades e identificar pontos de afinidade relevantes sem ficar demasiado circunscrito aos antigos modelos que urge reformular tendo em conta as novas realidades do nosso tempo.

Assim há que assumir que as novas condições referidas permitem atualmente esperar bastante mais da vida, mesmo perto do seu término, do que presumia Erik Erikson quando propôs a polaridade da última crise psicossocial do desenvolvimento humano – *integridade versus desespero*. Nos nossos dias, a tónica já não deve ser posta apenas nesse balanço final, num olhar para trás que buscava o equilíbrio entre os sentimentos de integridade – que retrospectivamente se retiravam ao considerar que tinha valido a pena viver – e os apontamentos menos positivos do que tinha corrido menos bem e que, dado já não se poder voltar atrás, caso fossem prevalentes, conduziriam o idoso ao desânimo.

Com efeito, as circunstâncias mencionadas introduzem uma situação inédita até agora, prolongando expectativas e a abertura a novas vivências até ao final da existência, sobretudo no idoso que assume este novo papel abraçando os novos desafios de uma forma ativa; trata-se assim de olhar ainda em frente mesmo nesta fase final da vida, propondo-se objetivos, ousando esperar e construir novas metas e não apenas de avaliar a nossa atuação no passado com mais ou menos aceitação ou satisfação.

Por conseguinte, é necessário reequacionar os contributos da Psicologia do Desenvolvimento ao Longo do Ciclo de Vida, para o estudo desta etapa final da existência, à luz dos modelos que equacionam as particularidades dos idosos e indagam acerca da importância de um envelhecimento ativo e bem-sucedido na manutenção de uma adequada qualidade ao longo de todo o percurso de vida.

## Referências bibliográficas

- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (2006). Life span theory in developmental psychology. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology: Vol.1. Theoretical models of human development*, 6th ed. (pp. 569–664). New York: Wiley.
- Birren, J. E. & Schaie, K. W. (Eds.) (2006). *Handbook of the psychology of aging*, 6th ed. San Diego: Elsevier.
- Erikson, E. (1971). *Childhood and society*. Middlesex: Penguin Books.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *La psicología de la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Fonseca, A.M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.). *Manual de Gerontologia* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- INE (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística*, 32.
- Kohlberg, L. (1990). Which postformal levels are stages? In M. Commons, C. Armon, L. Kohlberg, F. Richards, T. Grozer & J. Sinnott (Eds.). *Adult development, vol 2: Models and methods in the study of adolescent and adult thought* (pp. 263-268). New York: Praeger.
- Ladislav, R. (1995). *O envelhecimento – factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lerner, R.M. (Ed.). (1983). *Developmental psychology: historical and philosophical perspectives*. Hillsdale: Erlbaum.
- Loevinger, J. (1987). *Paradigms of personality*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Loevinger, J. (1982). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mota-Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 11(2), 74-86.
- Osório, A & Pinto, F. (Coord.). (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ralha-Simões, H. & Simões, C.M. (1998). Resiliência e tarefas de desenvolvimento: a educação e as diferentes etapas da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(2), 345-360.
- Ralha-Simões, H. (2003). *Resiliência e psicologia do desenvolvimento: o conceito de resiliência na encruzilhada entre estabilidade e mudança e o futuro da teoria desenvolvimentista*. Provas públicas para o lugar de Professor Coordenador em Psicologia da Educação da Escola Superior de Educação da Universidade do Algarve. Faro: Universidade do Algarve (lição proferida perante um júri – documento policopiado).
- Riegel, K. (1973). Dialectic operations: the final period of cognitive development. *Human Development*, 16, 345-370.
- Rodrigues, E. & Dias, I. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 179-201). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Schröder, E. (1992). Modeling qualitative change in individual development. In J.B. Asendorpf & J. Valsiner (Eds.). *Stability and change in development – a study of methodological reasoning* (pp.1-20). Newbury Park: Sage.
- Simões, C.M. & Ralha-Simões, H. (1999). *Contextos de desenvolvimento e teorias psicológicas*. Porto: Porto Editora.
- Simões, C.M. & Ralha-Simões, H. (2015). *Triangular conceitos: desenvolvimento, maturidade, competência*. Lisboa: Ex Libris.
- Teixeira I.N.D.O & Neri A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*, 19(1), 81-94. DOI:10.1590/S0103-65642008000100010.
- Walkerdine, V. (1993). Beyond developmentalism? *Theory & Psychology*, 2(4), 451-469.
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. (A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002).



---

Nora Almeida Cavaco<sup>1</sup>

## AUTISMO

### Uma perspetiva neuropsicológica

**Resumo:** A pessoa com a perturbação do espectro do autismo apresenta-se desde muito precocemente com características específicas e persistentes na comunicação e interação social recíproca, com padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, o que muito limita e compromete a sua vida diária. Pesquisas neuropsicológicas trouxeram-nos uma visão enriquecedora sobre o desenvolvimento da criança e as disfunções cerebrais o que nos permite conhecer e avaliar para uma intervenção mais ajustada e consciente junto da pessoa autista, numa perspetiva neuropsicológica de avaliação e reabilitação, possibilitando-nos traçar novos caminhos para um maior entendimento sobre funcionalidades e funções executivas no autismo.

**Palavras-chave:** Perturbação do espectro do autismo; avaliação neuropsicológica; funções executivas; desenvolvimento psicológico.

## AUTISM

### A neuropsychological perspective

**Abstract:** The person with the disorder of autism spectrum presents from very early with specific and persistent features in communication and reciprocal social interaction, with restricted and repetitive patterns of behavior, interests and activities which greatly limits and compromises their daily life. Neuropsychological research brought us an enriching insight into child development and brain dysfunctions which allows us to understand and evaluate for a more adjusted and conscious action to the autistic person, a neuropsychological assessment and rehabilitation perspective, enabling us to chart new paths to a greater understanding of functionality and executive functions in autism.

**Keywords:** Autism spectrum disorder; neuropsychological assessment; executive functions; psychological development.

---

<sup>1</sup> **Diretora dos cursos de mestrado e pós-graduação em Ciências da Educação na especialidade de Domínio Cognitivo e Motor do ESEAG - Grupo Lusófona**  
**Docente convidada da Universidade de São Paulo, Brasil**  
Licenciada em Psicologia e Mestre em Psicologia da Educação na especialidade de Necessidades Educativas Especiais pela Universidade do Algarve  
Doutorada em Educação Infantil e Familiar, Investigação e Intervenção Psicopedagógica pela Universidade de Málaga

## Introdução

Conviver com o autismo é sem dúvida conviver com outros olhares, outras formas de ver e sentir os outros e o mundo que nos rodeia. Esta síndrome intrigante desafia e testa a todo o momento os nossos saberes, as nossas teorias e conhecimentos. Assim, cada vez que me debruço sobre esta temática faço-o com uma nova abertura, com uma nova amplitude, norteadas pela flexibilidade de pensamento e pela capacidade de avaliar o nosso próprio entendimento sobre o desenvolvimento humano. Esta postura, enquanto investigadora, é essencial já que nos possibilita cruzar conhecimentos e saberes, falar uma outra linguagem, ouvir todos os sinais e sons, mesmo que nos pareçam silenciosos. Como podemos explicar esta enorme complexidade?

Nós temos conhecimento das diversas teorias explicativas do desenvolvimento típico e atípico, mais especificamente no que concerne ao comprometimento social. Existem diferentes abordagens – como a abordagem psicanalítica, as teorias sociocognitivas, da linguagem e as teorias neuropsicológicas – que explicam as habilidades do autista em entender e retirar o significado do que percebe, em focar e dividir a atenção pelos vários estímulos, evidenciando a capacidade de se auto-organizar, de demonstrar flexibilidade e para planejar e gerir as situações do dia-a-dia. Dessa forma, é possível aqui identificar alguns comprometimentos a nível executivo e da funcionalidade dos lobos frontais.

A neuropsicologia surge então como uma ciência que incide sobre as disfunções cerebrais, do sujeito típico ou atípico, sejam elas causadas por lesão ou não, e sua respetiva repercussão sobre os comportamentos manifestos. Uma diversificada e correta avaliação neuropsicológica possibilita por isso uma intervenção consciente e adequada a respeito da reabilitação neuropsicológica da pessoa autista, com o objetivo de melhorar as suas funcionalidades e de promover assim, nestas crianças, adolescentes e adultos, uma melhor qualidade de vida. A avaliação neuropsicológica surge como algo imprescindível para a compreensão do desenvolvimento da criança desde a infância, já que nos auxilia no diagnóstico de determinadas patologias neurológicas e permite assim realizar a intervenção e o tratamento de problemas

comportamentais nos comprometimentos do foro psiquiátrico e psíquico e, de um modo geral, nos problemas de desenvolvimento infantil.

O objetivo deste texto é abordar o autismo numa perspectiva neuropsicológica, de avaliação e reabilitação, a fim de refletir sobre as funcionalidades, capacidades executivas e cognitivas do sujeito com perturbações do espectro do autismo, de modo a abrir novos caminhos para um melhor entendimento sobre esta realidade.

## O autismo e a avaliação neuropsicológica

Definir o autismo não é tarefa fácil visto que as fronteiras existentes entre as várias perturbações do espectro do autismo são muito ténues. A palavra autismo traduz uma forma de estar de um determinado indivíduo que se encontra fechado em si próprio, ou seja, num estado ou condição em que se aparenta estar incomumente absorvido em si próprio (Marques, 2000; Cavaco, 2014a).

O autismo não é uma condição de "tudo ou nada"; ao contrário, é visto como um contínuo que vai do grau leve ao severo, existindo uma grande associação entre autismo e atraso mental, sendo que a gravidade do atraso mental não está necessariamente associada à gravidade do autismo.

A palavra autismo atualmente pode ser associada a diversas síndromes. Os sintomas variam amplamente, o que explica por que atualmente se refere o autismo como um espectro de transtornos. Todavia, dentro deste espectro encontramos sempre a tríade de comprometimentos que confere uma característica comum a todos eles. Alguns são diagnosticados simplesmente como autismo, traços autísticos, etc. Além destes, existem diversas síndromes identificáveis geneticamente ou que apresentam quadros diagnósticos característicos, que também estão englobadas no espectro do autismo.

Segundo Gillberg e Gillberg (1989), o autismo é uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e um distúrbio de desenvolvimento revelando como característica sintomática a tendência ao isolamento. A palavra autismo vem do grego *Autos* que significa *eu* ou *próprio*. Esta designação é usada porque as crianças que apresentam esta síndrome passam por um estágio em que se voltam para si mesmas e não se interessam pelo

mundo exterior.

Os transtornos do espectro do autismo (*autistic spectrum disorder*) são perturbações do desenvolvimento que normalmente surgem nos primeiros três anos de vida da criança com incidência na comunicação, na interação social, na imaginação e no comportamento. Não é algo que a criança possa contrair, não é causado pelos pais nem pelos educadores mas constitui antes uma condição, um estado, que acompanha a criança até à adolescência e à idade adulta, prolongando-se ao longo de toda a sua vida. No entanto, as crianças com transtornos do espectro do autismo continuarão a demonstrar progressos ao nível desenvolvimental, o que vem evidenciar que muito se pode fazer para as ajudar a crescer de uma forma mais harmoniosa e positiva.

É importante referir igualmente que não existem padrões fixos para o aparecimento dos distúrbios do espectro do autismo, nem uma idade determinada para o aparecimento dos sintomas referidos; estes tornam-se evidentes gradativamente, oscilando bastante em função de vários fatores que podem ser considerados como barreiras e/ou facilitadores para uma maior ou menor manifestação das características autísticas (estimulação, idade, nível de gravidade).

Muitas crianças podem não apresentar todos os sintomas característicos da patologia até hoje identificados, podendo umas evitar completamente o contato visual enquanto outras podem apresentar a este nível dificuldades menos acentuadas e não tão perceptíveis.

Desde que, através do contributo de Kanner (1943), se definiu o autismo, até à atualidade, são notórias as várias alterações a que este diagnóstico foi sujeito. Este facto deve-se, provavelmente, entre outras circunstâncias, à existência de inúmeras diferenças entre os indivíduos que possuem esta perturbação de desenvolvimento.

Com efeito, as diferenças que se encontram nos relatos feitos por Kanner e por Asperger (1993; cit. por Cavaco, 2014) são notórias, nomeadamente no que se refere às capacidades linguísticas, motoras e de coordenação, assim como relativamente às capacidades de aprendizagem. Desta forma, e devido à inconsistência generalizada em identificar uma noção concreta e estável do autismo, Lorna Wing (1996) vem sugerir uma solução,

ao considerar que o quadro diagnóstico do autismo varia de uma forma considerável, introduzindo por isso esta autora o conceito de *perturbações do espectro do autismo*. Wing propõe assim a introdução deste conceito de “*espectro do autismo*”, uma vez que concebe a existência de uma gama de comportamentos típicos do mesmo distúrbio.

O autismo é então visto como um transtorno que afeta o desenvolvimento global da criança em muitos aspetos, nomeadamente a nível da interação social recíproca, com notório e acentuado comprometimento nos comportamentos não-verbais, nomeadamente referentes ao contato através do olhar, ao uso das expressões faciais para as diversas emoções ou situações, aos gestos inadequados, assim como relativos à postura corporal, a qual se manifesta igualmente deficitária e desajustada. Todos estes indicadores variam no seu grau, assumindo diferentes formas, conforme as idades em que se encontram e o entendimento/interesse que os autistas podem revelar relativamente aos outros, implicando também, neste processo, a compreensão face ao funcionamento social e às regras sociais.

É importante por isso sensibilizar para estas questões, em que, muitas vezes as crianças com perturbação autística podem revelar desinteresse para com os outros nomeadamente em relação aos próprios irmãos e a outras crianças, demonstrando ausência de entendimento e de perceção sobre o que os outros estão sentindo, querendo, ou manifestando, ao nível das suas respetivas vontades, interesses ou motivações. Assim, estas crianças e jovens demonstram um enorme déficit, muitas vezes acentuado e persistente no domínio das competências verbais e não-verbais revelando uma falha significativa e explícita no que concerne à capacidade comunicativa.

Neste quadro característico sobre o autismo podemos ainda constatar que a nível comunicacional, para aqueles que têm o uso da fala, revela uma enorme dificuldade para iniciar e manter um discurso, uma conversa, evidenciando uma linguagem repetitiva, estereotipada, desajustada que evidencia imaturidade gramatical e até mesmo metafórica. Assim, muitas vezes, só aqueles que realmente entendem o sujeito em questão conse-

guem perceber a linguagem utilizada ou, então, apenas os sujeitos que falam a mesma linguagem.

A nível do jogo também são evidentes as limitações manifestadas, revelando estes sujeitos ausência de alguns tipos de jogos como: o jogo realista espontâneo, o jogo diversificado, assim como se constata uma incapacidade em realizar e desenvolver jogos imaginários, jogos imitativos, de forma contextualizada e/ou consonantes com o seu estágio de desenvolvimento.

Os sujeitos com perturbação autística revelam ainda determinados padrões de comportamento, interesses e atividades repetitivos, estereotipados e restritos (DSM-V, 2014). Manifestam acentuadas restrições nos seus interesses e muitas vezes preocupação e até mesmo obsessão por um só foco de interesse que tanto pode ser um objeto – tal como cordões ou botões – ou uma outra situação – como, por exemplo, fixação nas sequências ou nas datas – podendo mesmo ficar fascinados e fixados por partes de determinados objetos, rituais e rotinas que se impossíveis de serem alterados ou eliminados do quotidiano do sujeito, provocando a desordem e o caos na organização diária dos indivíduos com perturbação do espectro do autismo.

Quando falamos de autismo ou de perturbação autística, em grande parte dos casos associamos este diagnóstico ao de deficiência mental, podendo esta última variar conforme a severidade da perturbação. O que também é significativo revelar é que se pode constatar que, na maioria das vezes, as aptidões cognitivas relativamente ao nível de inteligência não é igual, evidenciando-se uma discrepância entre as capacidades não-verbais e as capacidades verbais, por exemplo, uma criança com um fraco entendimento, a nível do que significa determinado código linguístico, pode conseguir no entanto ler e decifrar esse mesmo código, de uma forma fluente, considerando a sua estimulação, a sua faixa etária e a sua maturidade desenvolvimental para o efeito.

Em termos de apresentação do quadro característico desta perturbação, também podemos referir outras manifestações comportamentais e sintomatologias diversificadas como a hiperatividade, o défice de atenção ou a redução do foco da atenção, bem como a auto e a hetero-agressividade (automutilação), a impulsividade, as bir-

ras, assim como uma hipersensibilidade aos sons, cheiros, à dor e ao contacto físico. Na perturbação autística podemos verificar também a ausência de medo e desajuste aos perigos nomeadamente aos perigos reais colocando muitas as vezes a vida em risco.

A avaliação neuropsicológica salienta-se neste quadro pela importância de se refletir sobre aspectos muitas vezes abordados e efusivamente debatidos sobre a sustentabilidade da avaliação neuropsicológica ser realizada através de testes psicométricos validados ou de uma avaliação neuropsicológica ser sustentada por testes que surgem como instrumentos de suporte, de aplicação e de apoio à investigação clínica desenvolvida pelo neuropsicólogo.

Considerando que a perturbação autística apresenta, na sua generalidade, um prejuízo significativo sobretudo ao nível das suas funções intelectuais, sendo este transtorno invasivo do desenvolvimento caracterizado por atrasos, limitações e desvios a nível das competências e das habilidades sociais ou comunicacionais e outras funcionalidades como a intelectual e executiva, a avaliação neuropsicológica que incide na expressão comportamental das disfunções cerebrais permite uma amplitude de recursos a testes específicos para avaliar as inúmeras funções executivas, facilitando-nos assim o acesso a dados qualitativos e quantitativos que possibilitam um conhecimento mais pormenorizado e um entendimento mais específico para o delineamento de estratégias de intervenção, tais como a reabilitação neuropsicológica, com o objetivo de trabalhar os aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais (prejudicados e preservados) associados a quadros de lesões ou disfunções, no intuito de melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das crianças e adolescentes (Byard, Fine, & Reed, 2011, Cavaco, 2014).

Investigar o papel dos sistemas cerebrais específicos nas formas mais elaboradas e complexas da atividade mental é a função da neuropsicologia como ciência determinante na compreensão, avaliação e consequente intervenção nos processos mentais do ser humano (Luria, 1981).

O uso de medidas com velocidade de precisão dos processos mentais veio em muito enriquecer os proces-

avaliativos tradicionais, contribuindo para uma avaliação mais precisa – quantitativa mas também qualitativa – na medida em que fatores como as características sociais e culturais do sujeito são tidas como essenciais, assim como, o estado situacional do sujeito em questão, ajustando-se a avaliação ao indivíduo no respeito pelas suas singularidades no momento da aplicação assim como pelo que é unicamente pretendido pela avaliação.

As características apresentadas pela criança autista são complexamente abordadas e explicitadas por diferentes teorias. Surge então nestas abordagens teóricas sobre o autismo uma divisão entre o que é defendido como fruto de um desenvolvimento basilar do comportamento social e o que é referido por outras teorias que assestam que, na base desse desenvolvimento social deficitário existem fragilidades cognitivas e executivas que originam todo esse desajuste, nomeadamente a nível da atenção e das suas mudanças, da capacidade de planificar e de liderar a ação, procurando explicar assim a rigidez comportamental das crianças autistas (Dawson & Rogers, 2014).

As diversas teorias sobre o autismo e as várias ciências que temos ao nosso alcance para um melhor entendimento sobre o funcionamento psicológico e neuropsicológico da criança autista permitem-nos saber quais as relações entre o cérebro e as funções cognitivas e executivas, sobretudo as mais afetadas nomeadamente a linguagem, a memória e a atenção, bem como a capacidade de planificação e monitorização da ação.

### **O autismo e as funções executivas**

O transtorno do espectro do autismo engloba pelo menos quatro níveis de análise, considerando o conjunto de teorias incidentes: o etiológico, das estruturas e dos processos cerebrais, o neuropsicológico e o de sintomas comportamentais (Pennington & Ozonoff, 1996).

Nos últimos anos, a neuropsicologia tem vindo a demarcar-se como ciência, no que concerne aos transtornos do espectro do autismo, pelas evidências tanto a nível dos diversos prejuízos cognitivos manifestados como no que concerne às competências e funções preservadas na criança que apresenta este transtorno. A avaliação neuropsicológica permite-nos assim perceber quais

as funcionalidades e as disfuncionalidades do sujeito com autismo ou com uma perturbação do espectro do autismo, permitindo um delineamento da intervenção e do tratamento nos mais diversos contextos da criança, nomeadamente a nível das práticas educativas.

Os indivíduos com este transtorno apresentam fragilidades, falhas, a nível das funções executivas e isto constatou-se através de vários estudos efetuados no sentido de comparar as semelhanças e as diferenças entre os comportamentos dos autistas quando comparados com os de outros indivíduos que apresentavam disfunções a nível do córtex pré-frontal. Estas constatações revelaram um quadro padronizado de inflexibilidade e perseveração comportamental assim como um descontrolo inibitório (Pennington & Ozonoff, 1996).

A neuropsicologia como ciência estuda e investiga a expressão corporal das disfunções cerebrais, compreendendo o envolvimento do cérebro como um todo cujas áreas se interligam numa interdependência e interrelação únicas, com integração das suas componentes para que o seu funcionamento global surja como algo harmonioso, equilibrado e perfeito, que denominamos sistema funcional.

Para a construção e desenvolvimento das habilidades intelectuais, que são processos básicos, ou seja, para que elas surjam harmoniosamente, as baterias neuropsicológicas possibilitam uma avaliação tanto no que concerne ao desempenho cognitivo geral e global como também, no que diz respeito à determinação das funções específicas da atenção, da linguagem, da memória e das funções executivas. Estas funções podem ser avaliadas segundo o modelo *luriano*, havendo a explorar funções através de tarefas específicas ou avaliadas através de testes, escalas e baterias de avaliação neuropsicológicas estruturadas.

Estes instrumentos permitem-nos o acesso a resultados que podem ser extremamente importantes para promover uma intervenção precoce, possibilitando uma deteção e prevenção no que diz respeito a qualquer distúrbio desenvolvimental, nomeadamente no caso dos distúrbios do espectro do autismo, contribuindo assim para um ganho significativo no processo de desenvolvimento da criança, ao contribuir em muito para o seu processo evolutivo específico.

As funções executivas estão associadas e interligadas às regiões frontais, assumindo estas então um papel crucial na execução de uma ou várias atividades. O lobo frontal assume as funções executivas e domina uma parte significativa do nosso cérebro enquanto as suas componentes posteriores são responsáveis pelo ato motor propriamente dito, tendo a representação do corpo humano, numa vertente vertical de cima para baixo (cabeça para os pés), em que cada região comanda o movimento de uma parte do corpo. As componentes anteriores ao lobo frontal denominam-se pré-frontais e são responsáveis pelo planeamento, pela coordenação entre a perceção recebida e pela organização dos diferentes movimentos, assumindo assim a função de supervisora de um grupo ou equipa que planifica ações complexas, de modo a oferecer respostas rápidas às situações e aos problemas colocados pelos contextos e ambientes, pelos interesses e motivações, organizando também e promovendo respostas motoras. Tudo isto a partir das informações recebidas que podem ser emotivas, da atenção, e mnemónicas, provindas do cerebelo e do sistema límbico, assim como das regiões posteriores sensoriais.

As funções executivas são um constructo abrangente que engloba processos cognitivos elaborados, complexos e responsáveis pelo controle, pela integração, pela organização e pela manutenção de diversas habilidades cognitivas. Quando falamos em processamento executivo falamos da atenção e da focalização da atenção em informações significativas, da inibição de processos e informações irrelevantes ou competitivas, da programação de processamentos complexos, do planeamento de tarefas e subtarefas sequenciais e da monitorização do desempenho ou do adequado funcionamento das habilidades supervisionadas pelas funções executivas, num encadeamento comportamental adaptativo, auto-organizado, equilibrado, harmonioso com vista a atingir um fim a alcançar uma meta (Hamdan & Pereira, 2009; Hill, 2004).

Alguns autores referem modelos de funcionamento executivo global e seus componentes (Chan *et al.*, 2008). A maioria dos modelos existentes contempla os processos cognitivos que não englobam muitos aspectos emocionais e que são considerados “frios”, lógicos e

abstratos:

- a) As *Três Unidades Funcionais* (Luria, 1981): são unidades funcionais básicas que interagem entre si, sendo a terceira unidade responsável pela programação, regulação e monitoramento do comportamento humano. As lesões nos lobos frontais provocam limitações, danos no funcionamento e na autorregulação comportamental.
- b) O *Sistema Atencional Supervisor - SAS* (Schallice, 1988): Programação, regulação e monitorização das ações e dos pensamentos humanos com dois distintos processamentos: 1. *Automático*: este processamento automático é responsável pelos comportamentos ou ações aprendidos e habituais, possibilitando ao indivíduo estabelecer prioridades na ordem desses comportamentos ou ações. 2. *Controlado*: o processamento controlado é responsável pelo controle de atividades ou comportamentos não habituais, os quais geralmente envolvem planeamento e tomada de decisão.
- c) O *Modelo Tripartite* (Stuss e Benson, 1986): São três sistemas que atuam na monitorização das funções executivas e da atenção. São dois sistemas responsáveis pela manutenção do estado de alerta do sujeito, realizando o terceiro sistema o controle executivo que envolve o planeamento, a seleção de estímulos e de respostas e a monitorização do desempenho diário. Comprometimentos neste sistema conduzem a problemas de atenção, prejuízos de *insight* e de organização de comportamentos direcionados a objetivos e metas.
- d) A *Teoria de meta-negligência* (Duncan, 1995): O comportamento é orientado em direção a etapas ou metas que são elaboradas, armazenadas e verificadas na mente pelo sujeito para organizar uma resposta comportamental apropriada às solicitações externas (ambientais) ou internas.
- e) Os *Marcadores somáticos* (Damásio, 1995): Este modelo enfatiza o papel do lobo frontal na emoção e no comportamento social, em especial na tomada de decisão. Sensações corporais atuam como sinalizadores emocionais no processo de tomada de decisões.

f) *As Funções executivas em quatro domínios: volição, planeamento, ação propositiva e monitorização* (Lezak ; Howieson; Loring, 2004): A *volição* envolve aspectos relacionados com a intenção, a iniciativa e a motivação; o *planeamento* está relacionado com as capacidades de conceptualização, julgamento e tomada de decisões; a *ação propositiva* está relacionada com o controle inibitório, a flexibilidade cognitiva e com os processos atencionais (atenção focada e atenção dividida), e a monitorização encontra-se associada com a utilização de *feedbacks* para o ajuste de respostas cognitivo-comportamentais, de forma a torná-las mais adequadas ao contexto.

g) *O Modelo de memória de trabalho* (Baddeley, 2000; Baddeley, 2003): Sistema de armazenamento de informações temporário: o sujeito pode manipular um determinado volume de informações, necessárias para a execução de ações. Composta por quatro componentes: alça fonológica, registro visuoespacial, *buffer* episódico e executivo central.

Os sujeitos com perturbação autística ou transtornos do espectro do autismo revelam as suas habilidades prejudicadas ao contrário dos indivíduos que apresentam um desenvolvimento normativo ou típico. Estes últimos manifestam uma funcionalidade cognitiva que lhes permite, aos contrário dos sujeitos com o transtorno do espectro do autismo, desenvolver estratégias de representação mental, comportamentos, capacidade mnemónica e de planificação que evidenciam uma flexibilidade cognitiva que se encontra ausente nos sujeitos autistas. Ao invés, estes revelam comportamentos inflexíveis, rígidos com dificuldades severas a nível da comunicação e da interação social (Sigman *et al.*, 2006).

Não existe ainda uma fundamentação teórica consolidada sobre quais os componentes executivos mais afetados e sobre quais seriam os que se encontram mais consolidados e preservados; no entanto, é um lugar-comum afirmar que mesmo os sujeitos com transtorno do espectro do autismo com quociente de inteligência preservado podem apresentar fragilidades nas áreas da interação social, da comunicação de cariz pragmático, assim como evidenciar comportamentos ritualísticos, re-

petitivos e estereotipados.

As manifestações autísticas evidenciam uma enorme complexidade; por outro lado, a diversidade entre os sujeitos com o transtorno do espectro do autismo, implica uma visão complexa, profunda e alargada sobre esta problemática, conduzindo a um conhecimento e leitura do cérebro nas suas funções e subfunções com recurso a uma avaliação neuropsicológica de carácter quantitativo e qualitativo; só assim será possível ler o ser humano na sua especificidade de modo a permitir diferenciar uma situação normativa de outra patológica, com a ajuda de instrumentos de rastreio cognitivo de fácil aplicação. Estes recursos de teor neurológico permitem-nos, enquanto técnicos e investigadores da área, conhecer de uma forma mais profunda o cérebro autista, viabilizando assim uma intervenção e uma reabilitação neuropsicológica, entendidas como um processo ativo capacitante para sujeitos com défice cognitivo, mais ajustada e centrada nos distúrbios apresentados, de forma a minimizar, prevenir e estimular, cada vez mais e mais precocemente, estas crianças que, apesar de revelarem uma problemática de carácter permanente, não apresentam uma situação estanque, linear, nem insuperável. Por esse motivo, esta não deixa de ser suscetível de ser tratada no sentido de ser alcançado um bom nível de funcionamento social, físico e psíquico, através das mais variadas abordagens, sejam elas educacionais, comportamentais, psicoterapêuticas ou psicofarmacológicas.

### **Reabilitação neuropsicológica no autismo**

Após a avaliação, a reabilitação neuropsicológica procura, através dos métodos utilizados de tratamento, maximizar as funções cognitivas através da funcionalidade na execução das tarefas diárias e da interação social. Por outro lado, com base numa vertente biopsicossocial, a reabilitação psicológica envolve todos aqueles que direta ou indiretamente intervêm com o sujeito tendo em conta os contextos em que ele se move, assim como os fatores subjetivos implicados, sejam eles ligados com a família ou com os pares. Baseada na plasticidade neuronal de capacitação do cérebro para se auto regenerar e na adaptação morfológica, a reabilitação neuropsicológica, relativamente a algumas disfunções e fragili-

dades nas diversas áreas desenvolvimentais focadas, vai permitir uma intervenção que visa a recuperação, a compensação ou a substituição comportamental (Nunes, 2008).

Contudo, para que tudo isto aconteça é extremamente importante que todos os intervenientes, que de alguma forma lidam com o sujeito autista, consigam entendê-lo como um ser em desenvolvimento ao longo da vida e, por isso, sempre capaz de aprender, apesar de todas as barreiras e de todas as contrariedades, diferenças e limitações que possa manifestar. Os pais e a família, por estarem mais próximos do sujeito com o transtorno do espectro do autismo são um dos recursos mais importantes e essenciais para todo o desenrolar do processo de reabilitação, dadas a qualidade das informações e a riqueza de conhecimento diário que detém sobre o sujeito com esta perturbação. São assim sabedores de quais os seus interesses e as suas necessidades, do modo como age e se comporta nas situações diárias e em novas situações, da forma como intervém e consegue lidar com as situações para resolver os problemas e os obstáculos, bem como sabem como planifica.

Com efeito, os indivíduos com o transtorno do espectro do autismo não revelam estas capacidades funcionais tal como nos é habitual; são atípicos nas respostas que dão às mais diversas situações. E isto porquê? Sabemos que a nível executivo revelam estas limitações e particularidades que muito prejudicam as relações interpessoais, a comunicação e a capacidade de abstração. A presença de uma evidente inflexibilidade e rigidez nas áreas mencionadas, mesmo sem comprometimento cognitivo são visíveis. Estas fragilidades, que se exprimem em facetas comportamentais, surgem muitas vezes como manifestações estereotipadas e repetitivas que podem dar origem à presença de rituais. Ora são os compromettimentos, lesões, nas regiões frontais que originam este quadro de dificuldades e de limitações. Agora que conhecemos as diferenças entre o normativo e o patológico no que concerne à funcionalidade autística passemos a refletir sobre onde incidir e de que modo incidir.

As estratégias de intervenção resultam de todos os componentes e recursos humanos e materiais, que juntamente com os resultados obtidos através do conjunto de

testes neuropsicológicos utilizados, irão permitir um trabalho de reabilitação que se visa intensivo: a nível cognitivo, comportamental e emocional, que vai ser preciso levar a cabo com a criança autista. Perceber quais as áreas e vertentes mais afetadas e quais as consequências associadas a essas lesões ou disfunções é de extrema importância para agirmos no sentido de melhorar e reabilitar as funcionalidades através da estimulação neuronal direcionada e planificada para o efeito. A reabilitação neuropsicológica do sujeito autista depende pois do conhecimento que possamos deter sobre o mesmo; no entanto, a diversidade de manifestações e das características, dos estímulos sentidos e da ausência deles são fortes barreiras que é necessário serem ultrapassadas para que a intervenção seja a mais adequada e ajustada possível.

Sabendo que a área frontal no autista é uma área que se encontra afetada e que é responsável por diversas competências executivas, podemos prever desde logo que existem comprometimentos, mesmo que não tenhamos o domínio do conhecimento total sobre as causas subjacentes ao facto de se desenvolverem os transtornos do espectro do autismo. Este conhecimento dá-nos todavia as ferramentas necessárias para trabalhar nessas áreas fragilizadas, através de uma intervenção reabilitativa, neuropsicológica específica e direcionada para colmatar e recuperar eventuais lacunas, potenciando, através de facilitadores, os pontos fortes do sujeito autista através de um trabalho holístico e sistémico em que todos os intervenientes nos mais diversos contextos a ele ligados possam realizar essa potenciação no respeito pela individualidade do autista, das suas dificuldades e das resistências que nos vários momentos possa manifestar.

Após a obtenção do conhecimento das áreas e subáreas afetadas, possibilitada pela avaliação neuropsicológica e no quadro do processo de ensino e aprendizagem, é-nos possível entender as conexões ou a ausência dessas conexões (entre as funções corticais superiores) responsáveis pela linguagem, pela memória, pela atenção e pela aprendizagem através de símbolos como a escrita, a leitura e conceitos, entre outros aspetos. Através do cruzamento dos dados que podem influenciar o processo de

desenvolvimento, poderemos então atuar, de forma conscienciosa e responsável, através de estratégias clínicas e educativas eficazes para a obtenção da reabilitação do autista.

Esta reabilitação neuropsicológica destes indivíduos implica um trabalho biopsicossocial intensivo e específico suportado por métodos quantitativos e qualitativos de tratamento. Através de exercícios que permitem a plasticidade neuronal – capacidade esta inerente ao cérebro que lhe permite a adaptação da sua própria morfologia, assim como a recuperação funcional e a regeneração – várias intervenções podem ser realizadas para a reabilitação, tais como técnicas compensatórias mediante a utilização de estratégias de substituição comportamental, facultando outros meios possíveis ao sujeito autista de aprender ou reaprender determinada competência que irá contribuir para a aquisição da sua autonomia e bem-estar.

Os treinos funcionais não são só aplicados a quem revela lesões cerebrais, ocasionando afasias ou hemiple- gias; com efeito, são possíveis de realizar na reabilitação neuropsicológica do sujeito autista consoante os vários graus de complexidade da situação existente e visando a reorganização funcional. As características da personalidade do sujeito são também relevantes pois influem em muito nas causas ou na natureza da fragilidade cogniti- va, dado que esta não é fruto somente de uma lesão or- gânica ou cerebral, dependendo também de reações psi- cológicas a esse propósito tais como a ansiedade. O ambiente envolvente é igualmente importante e influente, assim como os estímulos, as condições de aprendizagem socioeducativas entre muitos outros aspetos a conside- rar. A reabilitação neuropsicológica é basicamente cog- nitiva e a família, amigos, educadores e outros técnicos devem ter este conhecimento, a fim de se poder potenci- ar todos os facilitadores, no sentido de lidar eficazmente com os comportamentos, as dificuldades cognitivas no quotidiano do sujeito, através de uma organização de respostas possíveis, alternativas, compensatórias que se revelem como as mais adequadas às diversificadas situa- ções que assumem também uma complexidade diversa.

Para que estes programas sejam funcionais e possí- veis de aplicar é contudo importante promover o treino

educativo de todos os que interagem com o autista, pois que para que estas metodologias reabilitativas se reve- lem positivas e dinâmicas é importante a sua aplicação nos diversos contextos que envolvem o sujeito com transtorno do desenvolvimento.

Uma observação atenta por parte dos intervenientes, com registo dos comportamentos e repostas explícitas e implícitas do sujeito em causa, às situações, ou a ausên- cia dessas repostas pelo mesmo, devem ser interpreta- das para uma intervenção e tratamento. A disciplina, as regras, a adequação à realidade do autista, das suas vi- vências, devem existir, ser respeitadas, de uma forma in- tensiva, deve-se de um modo geral trabalhar para que as aquisições contribuam para eliminar as barreiras possí- veis detetadas.

As funções cognitivas comprometidas podem ser as- sim trabalhadas, após terem sido identificadas através da avaliação neuropsicológica; deste modo, mediante a aplicação de um treino cognitivo, poder-se-á conseguir que o processo cognitivo sofra uma evolução positiva, consequentemente à intensidade e à repetição dos exer- cícios, das tarefas e práticas. As metas e as competên- cias a desenvolver, embora graduais, podem ser lentas e devem por isso ser bem organizadas e planificadas de uma forma crescente e hierárquica. Cada autista é um caso singular e o processo de reabilitação deve por esse motivo ser individualizado e personalizado no respeito pelas características do sujeito e da sua história de vida. Todo este processo de reabilitação implica a interajuda e a cumplicidade entre os pais e outros familiares e os téc- nicos, ou seja, um diálogo entre a casa, a clínica e a es- cola, para que seja possível avaliar e entender os resulta- dos e as melhorias que vão sendo obtidos. Os sucessos e os fracassos dependem de múltiplos fatores e da capaci- dade de resiliência de cada sujeito às situações perante as quais é colocado.

### **Considerações finais**

Esta abordagem da avaliação e da reabilitação neu- ropsicológica junto dos autistas leva-nos a refletir sobre as diversas técnicas e métodos de intervenção e de trata- mento possíveis de desenvolver, considerando as capa- cidades cognitivas, as capacidades de execução, as fun-

cionalidades dos sujeitos com a perturbação do espectro do autismo, assim como das barreiras e os facilitadores que devemos considerar aquando da utilização dessas mesmas técnicas e métodos de intervenção.

A perturbação do espectro do autismo apresenta défices bastante significativos na comunicação verbal e não-verbal, na interação social, com ou sem défice intelectual entre outros critérios de diagnóstico que são referenciados no DSM-V, ocasionando que a possibilidade da reabilitação de algumas funcionalidades do autista só seja viável através de uma reabilitação ajustada e funcional que pode contudo ser considerada na atualidade como uma realidade possível de concretizada com o apoio e o trabalho de todos os elementos do meio envolvente, tais como os pais e restante família e mesmo os amigos.

A neuropsicologia permite-nos saber quais as áreas cerebrais responsáveis pelas componentes executivas, elucidando-nos desta forma no sentido do delineamento de estratégias educacionais e clínicas cujo objetivo principal é proporcionar ao sujeito com o transtorno do espectro do autismo, aprendizagens para o desenvolvimento da sua autonomia, bem como algumas estratégias compensatórias que possam contribuir para a aquisição e desenvolvimento de competências sociais, emocionais, comportamentais e comunicacionais, que em muito, podem auxiliar na promoção de um desenvolvimento harmonioso e mais equilibrado destes sujeitos.

Juntamente com a neuropsicologia e com a aplicação de metodologias de avaliação rigorosas, de cariz quantitativo e qualitativo, a reabilitação neuropsicológica surge como um *tratamento* essencial e de extrema importância para a ativação psicológica dos autistas que conjuntamente com a avaliação neuropsicológica, que incide sobretudo na expressão comportamental das disfunções cerebrais, vai tornar possível avaliar as diversas funções executivas, permitindo-nos os seus dados claros e explícitos a possibilidade de um entendimento porme-

norizado e detalhado a nível da intervenção e reabilitação neuropsicológica.

Refletir sobre o autismo utilizando as mais atuais e complexas ferramentas que a ciência nos oferece é sem dúvida acreditarmos que enquanto seres humanos em desenvolvimento somos capazes de nos redescobrir constantemente e crescer mais e com mais qualidade através de uma prática clínica e/ou educacional conscienciosa e ética em que a pessoa com autismo seja considerada como capaz de evoluir, de se desenvolver dentro dos seus tempos e capacidades, com menos barreiras e mais alicerces potenciadores de uma vida mais ajustada e menos penalizada não só socialmente como principalmente com a sua própria pessoa, o seu próprio SER.

Conhecer as funcionalidades dos autistas e as suas áreas mais afetadas, como critérios de diagnóstico, assim como, perceber o papel da neuropsicologia e as suas ferramentas auxiliares que, de uma forma criteriosa e rigorosa, permitem o acesso ao conhecimento específico das áreas cerebrais lesadas cognitivamente e das áreas responsáveis pela execução de determinadas funcionalidades, ajudar-nos-á a perceber porquê e como poderemos reabilitar mesmo os sujeitos com um quadro funcional gravemente deficitário, a nível global, social, da comunicação ou da imaginação, que apresentem mesmo eventuais desajustes comportamentais graves.

Através de um trabalho de reabilitação neuropsicológica de estimulação e de compensação ao longo da vida o autista pode minimizar as suas dificuldades e as limitações que lhe são ocasionadas por esta sua situação clínica, na maioria dos contextos e nas mais diversas circunstâncias em que possa se encontrar. Embora elas se mantenham durante toda a sua vida, às barreiras e dificuldades devemos poder contrapor facilitadores educacionais e clínicos que possam minorá-las e conseguir alcançar melhorias significativas na sua qualidade de vida e bem-estar.

## Referências bibliográficas

- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (11), 417-423.
- Baddeley, A. (2003). Working memory: looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 829-839.
- Byard, K., Fine, H., & Reed, J. (2011). Taking a developmental and systematic perspective on neuropsychological rehabilitation with children with brain injury and their families. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(2), 165-184.
- Cavaco, N. (2014a). O Profissional e a educação especial: Uma abordagem sobre o autismo. Editorial Novembro.
- Cavaco, N. (2014b). Minha criança é diferente?. WAK Editores.
- Costa, D.I., Azambuja, L.S., Portuguesez, M.W. & Costa, J.C. (2004). Avaliação neuropsicológica da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 111-116.
- Chan, R.C.K., Shum, D., Touloupoulou, T., & Chen, E.Y.H. (2008). Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 201-216.
- Damásio, A.R. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: Operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist*, 1(1), 19-25.
- Duncan, J., (1995). Attention, intelligence, and the frontal lobes. In M.S. Gazzaniga (Ed.). *The cognitive neurosciences* (pp. 721-733). Cambridge: MIT Press.
- Dawson, G. & Rogers J.S. (2014). *Intervenção precoce em crianças com autismo*. Lidel.
- DSM-V (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Editora: Climepsi Editores.
- Gillberg, I.C. and Gillberg, C. (1989). Asperger syndrome - Some epidemiological considerations: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631-638. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00275.
- Hamdan, A.C. & Pereira, A.P.A. (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(3), 386- 393.
- Hill, E.L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24, 189-233.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Children*, 2, 217- 250.
- Lezak, M.D., Howieson, D.B. & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Luria, A.R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Marques, E. (2000). *Perturbações do espectro do autismo*. Coimbra: Quarteto.
- Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Pennington B.F. & Ozonoff S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Shallice, T. (1988). *From neuropsychology to mental structure*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sigman, M., Spence, S. J. & Wang, A. T. (2006). Autism form developmental and neuropsychological perspective. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 2, 327-355.
- Stuss, D. T. & Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven Press.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum: a guide for parents and professionals*. London. Constable.



---

Luciany Faray Ferreira<sup>1</sup>

Maria Helena Martins<sup>2</sup>

## A FAMÍLIA DA CRIANÇA COM NEE

### Resiliência familiar: contributos da coparentalidade, coesão e adaptabilidade

**Resumo:** A parentalidade é considerada uma das fases mais complexas do ciclo vital da família, uma vez que a chegada de um filho acarreta novos papéis na vida do casal, implica mudanças e exige adaptações. Com o nascimento de um filho com Necessidades Educativas Especiais (NEE), a família enfrenta inúmeros desafios que podem causar um profundo impacto na família e nas interações entre os seus membros, podendo desencadear sofrimento emocional, sentimentos de ansiedade e frustração.

Enquanto algumas famílias acabam por conseguir ser bem-sucedidas, revelando uma boa qualidade de vida, outras encontram-se menos preparadas para aceitar o desafio que uma criança deficiente representa. A adaptação saudável a esta realidade requer a utilização de fatores de proteção e resiliência. Fatores da dinâmica familiar como a coparentalidade, a coesão e a adaptabilidade familiar, podem constituir-se como valiosos fatores de proteção e resiliência, revelando-se importantes contributos para a promoção da saúde nesta população.

**Palavras-chave:** Família; criança com NEE; resiliência familiar; coparentalidade; coesão; adaptabilidade.

## THE FAMILY OF THE CHILD WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

### Family resilience: contributions from co-parenting, cohesion and adaptability

**Abstract:** Parenthood is one of the most complex phases of the family vital cycle. Since the arrival of a child brings new roles in married life, it implies changes and requires adaptations. With the birth of a child with Special Educational Needs (SEN), the family faces a number of challenges that can have a profound impact on the family and interactions among its members which can trigger emotional distress, feelings of anxiety and frustration.

While some families are able to be successful, revealing a good quality of life, others are less prepared to accept the challenge that a disabled child is. A healthy adaptation to this reality requires the use of protective factors and resiliency. Factors of family dynamics as the co-parenting, family cohesion and adaptability, can be as valuable protective factors and resiliency, revealing important contributions to the promotion of health in this population.

**Keywords:** Family; child with SEN; family resilience; co-parenting; cohesion; adaptability.

---

<sup>1</sup> **Psicóloga Educacional - Supervisora Pedagógica, no Colégio Educador (Brasil)**

Licenciada em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (Brasil)

Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve

<sup>2</sup> **Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve**

Diplomada em Educação Pré-Escolar pela Escola Normal de Educadores de Infância de Évora

Licenciada em Psicologia Educacional pela Universidade do Algarve

Mestre em Educação Especial pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Doutorada em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve

## **Introdução**

O nascimento de um filho acrescenta novos papéis na vida do casal, o que implica mudanças e exige adaptações. Muitos autores consideram que o nascimento do primeiro filho é o acontecimento-chave que marca a transição para uma nova fase da organização familiar (Relvas, 2000), constituindo-se a parentalidade uma das etapas mais significativas do ciclo vital da família.

Perante a notícia do nascimento de um filho com necessidades educativas especiais (NEE), a sua família vê-se obrigada a reformular sonhos, aspirações e idealizações que nutria em relação àquela criança. O confronto com o diagnóstico de deficiência pode desencadear na família um vasto número de reações, sendo que esta irá ter que enfrentar uma série de novos desafios. A problemática apresentada pela criança, particularmente se esta é severa, pode causar um profundo impacto na família e nas interações entre os seus membros, podendo desencadear intenso sofrimento emocional, ansiedade e frustração (Nielsen, 1999).

Com o nascimento de uma criança com NEE, as relações familiares tanto se podem fortalecer como se podem desintegrar, sendo que o período de adaptação dos membros da família a esta nova realidade pode variar de família para família. Em alguns casos o processo é longo e difícil, noutros é relativamente mais fácil. Enquanto algumas famílias são capazes de ser bem-sucedidas ao proceder às necessárias adaptações, outras encontram-se menos preparadas para aceitar o desafio que uma criança deficiente representa (Nielsen, 1999).

Desta forma o estudo de fatores como a resiliência, a coparentalidade, a coesão e a adaptabilidade familiar, revela-se um importante contributo para a compreensão da dinâmica familiar desta população e consequente promoção da saúde familiar.

A presente reflexão pretende apresentar os contributos da coparentalidade, coesão e adaptabilidade para a resiliência familiar em resposta às necessidades advindas do nascimento de uma criança com NEE.

## **A família da criança com necessidades educativas especiais (NEE)**

Ao longo dos tempos o conceito de família tem vindo a alterar-se histórica e culturalmente. No seu sentido tradicional, a família desenvolve-se a partir de um casal que

se une num projeto, numa aliança, originando a partir dessa união uma rede extensa e complexa de relações e laços entre os membros que dela advêm (Ribeiro, 2007).

Slepoj (2000) salienta que o conceito de família não é passível de uma definição unívoca para todas as épocas e culturas, sendo possível encontrar disparidades consideráveis e distintas, quer na sua definição, quer nas funções e papéis que se lhe encontram associados enquanto todo e, individualmente, a cada elemento que a constitui.

Atualmente, a família já não pode ser apenas entendida como um grupo social composto pela união estável entre um homem e uma mulher e os filhos que derivam desta relação (Ribeiro, 2007). Muitas das alterações no conceito de família devem-se, segundo este investigador às mudanças na sociedade contemporânea, tais como o divórcio, as mudanças no papel da mulher, os casais reconstituídos, as famílias monoparentais, os casais homossexuais, de entre outras práticas que vêm ganhando espaço e reconhecimento no ambiente social e jurídico.

É neste sentido que Relvas (2000) refere que, com as alterações decorridas ao longo do tempo no seio familiar, deparamo-nos com vários tipos de organização familiar: as famílias nucleares sem filhos biológicos, as famílias nucleares com filhos biológicos, as famílias monoparentais, quer sejam masculinas ou femininas (que estão a surgir em maior número na nossa sociedade), as famílias reconstituídas, alargadas, adotivas e de acolhimento.

Esta diversidade corresponde a uma multiplicidade de definições do que se concebe como família. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde ampliou este conceito, defendendo que esta não pode ser limitada a grupos de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, definindo família como qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum.

Apesar de este conceito englobar uma complexa teia de relações e significados, de acordo com Ribeiro (2007), o termo família é frequentemente utilizado para designar os indivíduos que se relacionam entre si de uma forma mais ou menos constante num espaço comum. De acordo com esta autora, são estas relações de

convívio e laços de parentesco que vão alicerçar os valores da socialização, entreajuda e solidariedade necessários para o bom funcionamento da família e dos seus membros.

De acordo com a perspectiva de Bertalanffy (1972) cada família é um sistema, ou seja, uma ordem dinâmica, de partes e processos entre os quais se exercem interações recíprocas. A família é assim concebida como um sistema aberto constituído por muitas unidades ligadas no conjunto por regras de comportamento e funções dinâmicas, em constante interação entre elas e em intercâmbio com o exterior.

Partilhando similar conceção, Minuchin, Colapinto e Minuchin (1998) referem que a família é um sistema, um todo organizado, cujos membros são interdependentes, sendo que a estabilidade dos padrões de interação é garantida pelas características hemostáticas das famílias. Também Relvas (2000) reforça que a família deve ser entendida como um sistema, numa perspectiva holística, como uma unidade indissociável. Assim, uma família não pode ser compreendida isoladamente do resto do sistema, pois de acordo com os princípios do pensamento sistémico, os membros de uma família estão relacionados uns com os outros.

Nessa perspectiva o indivíduo é entendido como um ser em desenvolvimento, em múltiplos contextos envolventes, com influências diretas e indiretas de cada sistema e da interação entre sistemas ao longo do tempo. A forma como se organizam e inter-relacionam os subsistemas familiares traduz a estrutura familiar (Bronfenbrenner, 1986).

É no grupo familiar, através da interação com os pais, que habitualmente, a criança aprende os padrões de relacionamento e desenvolve características e habilidades importantes para a convivência em outros ambientes. Deste modo, a família exerce um papel fundamental para o desenvolvimento psicológico saudável de crianças e adolescentes (Ribeiro, 2007). A família é considerada, assim, um espaço educativo por excelência e o núcleo central de individualização e socialização (Slepoj, 2000).

Ao longo do ciclo de vida da família podem ocorrer diversas mudanças, as quais os seus membros terão que enfrentar. Segundo Relvas (2000) existem dois tipos de

crise familiar - a crise natural e a crise acidental. Enquanto a primeira decorre do processo evolutivo e natural do ciclo de vida da família, constituindo os marcos das várias etapas do ciclo de vida da família, a crise acidental surge sem previsibilidade. Assim sendo, muitas vezes requer mais recursos que não foram equacionados com o tempo e o espaço necessários (Relvas, 2000).

O nascimento de uma criança portadora de deficiência é o exemplo de uma crise acidental numa família. As famílias são contudo sistemas flexíveis, evoluindo para níveis mais complexos com maior ou menor dificuldade. As famílias que não conseguem evoluir, porque se fecham excessivamente não encontrando caminhos para essa coevolução, podem entrar em disfuncionamento que pode cristalizar-se na patologia de um ou mais dos seus elementos (Relvas, 2000).

Minuchin, Colapinto e Minuchin (1998) concluem que durante os períodos de estabilidade o sistema tem por base padrões familiares adaptados à realidade em que se insere. Contudo, quando se introduzem mudanças a desorganização instala-se, pois a adequação dos padrões deixa de existir. Este período, tendo uma nota de incerteza e tensão, é muitas vezes penoso. Deste modo uma reorganização é imperativa. Esta consiste, então, na integração das exigências atuais com os padrões anteriores, restabelecendo o equilíbrio.

Quando a criança apresenta NEE esta mudança tende a ser mais profunda e, conseqüentemente mais stressante. Ao ser confrontada com este diagnóstico a família vê-se obrigada a confrontar os seus sonhos, aspirações e idealizações a respeito daquela criança, o que pode originar um vasto número de reações dentro do seio familiar. O período de adaptação dos membros da família a esta nova realidade pode variar de uma família para outra. Em alguns casos o processo é longo e difícil, noutros pode ser relativamente mais fácil (Nielsen, 1999).

A primeira fase deste processo corresponde, geralmente, a um choque inicial (confusão); segue-se a rejeição (negação da realidade) e a incredulidade, sentimentos de culpa (autocensura), frustração, mágoa, raiva, seguidos algumas vezes por depressão e desânimo. A aceitação e elaboração da realidade da problemática da criança tende a acontecer mais tarde. Nesta fase os pais

conseguem uma organização e ajustamento emocional, ao mesmo tempo em que tentam adequar a sua atuação às necessidades da criança (Nielsen, 1999).

O'Hara e Levy (1984) comparam a reação dos pais que recebem a informação de que o filho é portador de NEE ao que geralmente o ser humano sente quando perde alguém que ama, "por morte" ou separação. Segundo estes investigadores, o período de luto é caracterizado por fases distintas de ajustamento dos pais à realidade da deficiência do filho. A reação dos pais, em particular, e da família como um todo, dependerá de fatores como as características da criança, as competências e recursos dos pais como cuidadores, a história de cada membro da família, as situações de conflito anteriormente atravessadas e a maneira como estas foram solucionadas, a capacidade de comunicação do grupo familiar, o nível socioeconómico da família, a existência ou não de uma rede de apoio (familiar e extrafamiliar), a capacidade da família de se relacionar com os outros e de procurar ajuda, a possibilidade de que a família esteja enfrentando outra crise para além da chegada de um filho com necessidades especiais, e por último, das características dos serviços disponíveis às crianças e às suas famílias (Bronfenbrenner, 1986; Fiamenghi & Messa, 2007).

Vários outros fatores podem contribuir para a alteração da vida familiar. Podem destacar-se os tratamentos médicos, as cirurgias e hospitalizações, a ocorrência por vezes de sintomas inesperados e preocupantes, os problemas com transportes, com os cuidados a prestar aos restantes membros da família, com a dispensa de serviço sempre que é necessário tratar de um assunto relacionado com a criança, os tratamentos ou a alimentação que pode ocupar largos espaços de tempo (que implicam além do desgaste físico, uma falta de tempo para o lazer para si e para todos os elementos da família), os ciúmes ou rejeição por parte dos irmãos da criança e por vezes os problemas conjugais provocados por toda esta situação (Frude, 1991).

As possibilidades de atendimento com sucesso e a obtenção de bons resultados a nível desenvolvimental dependem muitas vezes da gravidade do caso da criança com NEE, pois quanto maior é esse grau, maior a carga stressante e piores os resultados. Uma família psicológi-

camente saudável e emocionalmente estável, com apoios extrafamiliares (instituições, profissionais liberais, amigos, vizinhos ou grupos sociais), apresenta maiores possibilidades de encarar e ultrapassar a situação. Os aspetos relacionados com a perceção, compreensão e expectativas das famílias face a uma criança com NEE que se relacionam com a própria herança cultural e as crenças familiares, as suas atitudes perante a realidade e as suas formas de funcionamento são ainda fatores importantes.

Neste sentido, a presença de uma criança com deficiência pode alterar a saúde emocional do grupo familiar, pois, a partir do momento que se admite a família como uma unidade, cujos membros são interdependentes, as características de um membro afetam os demais e vice-versa. De acordo com Frude (1991), esta ocorrência influencia negativamente a relação conjugal, podendo contribuir, por exemplo, para o aumento do número de divórcios. De facto, a literatura aponta para dificuldades conjugais devido às exigências adicionais de cuidar de uma criança com deficiência, dificuldades a nível sexual devido à falta de privacidade, cansaço, isolamento e receio de gerar outra criança com deficiência, mas por outro lado, refere que pode levar ao fortalecimento da relação do casal (Hornby, 1992).

Alguns estudos sugerem no entanto que nem todas as famílias de crianças com NEE apresentam uma adaptação negativa e que há famílias que conseguem desenvolver estratégias de enfrentamento bem adaptadas. Assim, a chegada de um filho deficiente não deve ser considerada como um fator determinante de desajuste familiar pois, segundo Fiamenghi e Messa (2007) os conflitos não surgem em resultado direto da deficiência, mas em função das possibilidades de a família se adaptar ou não a essa situação.

### **Dinâmica familiar: a coparentalidade, a coesão e adaptabilidade**

Algumas variáveis da dinâmica e funcionamento familiar, nomeadamente a coparentalidade, a coesão e a adaptabilidade familiar, têm sido referenciadas como estando diretamente relacionadas com a capacidade de adaptação familiar às situações *stressoras* ou adversas (Brás, 2009).

A parentalidade pode ser definida como o “conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou figuras substitutivas) junto dos filhos, no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal, os recursos de que dispõem dentro da família e fora dela, na comunidade” (Cruz, 2005; p.13).

Uma das variáveis que caracteriza o comportamento parental é a coparentalidade ou aliança parental. Na literatura, o conceito de coparentalidade pode ainda ser encontrado sob os termos: parceria parental (Floyd & Zmich, 1991, citados por Van Egeren & Hawkins, 2004) e parentalidade partilhada (Deutsch, 2001). Este conceito foi definido pela primeira vez por Weissman e Cohen (1984, citados por Abidin & Brunner, 1995) como a parte da relação conjugal/marital que está relacionada com a parentalidade e com a educação da criança. De acordo com estes autores, uma relação de coparentalidade só é estabelecida se forem observadas algumas condições imprescindíveis; i) ambos os pais devem investir na criança; ii) ambos devem valorizar o envolvimento do outro com a criança; iii) ambos devem respeitar a opinião do outro relativamente à criança, e por fim, iv) ambos os pais devem desejar comunicar um com o outro.

Para Van Egeren e Hawkins (2004) esta aliança parental implica suporte e coordenação entre as figuras parentais abrangendo diferentes modalidades familiares (casais casados, casais divorciados, casais em união de facto). Estes investigadores argumentam que a aliança parental não implica um acordo contratual que esteja inerente a uma relação conjugal, definindo-a enquanto uma “relação existente entre, pelo menos, dois indivíduos que estabelecem um acordo mútuo de conjunta responsabilidade no que se refere ao bem-estar e educação de uma criança” (p.166). De acordo com Abidin e Brunner (1995), a aliança parental mede o grau de comprometimento e cooperação que existe entre marido e mulher relativamente a aspetos da parentalidade.

A coparentalidade é entendida como um importante fator para o desenvolvimento da criança e qualidade da relação que esta estabelece com os pais. Uma das definições mais usuais do conceito é proposta por Feinberg (2003) que caracteriza a coparentalidade como “a forma como os pais, ou figuras parentais se relacionam entre si

no processo de serem pais” (p. 96). Este autor identificou quatro componentes da coparentalidade, nomeadamente:

- 1) A gestão conjunta da família: diz respeito às diversas interações que ocorrem entre os diferentes membros da família;
- 2) A divisão do trabalho: está relacionada com os deveres, responsabilidades e tarefas referentes à criança;
- 3) O suporte/boicote: refere-se ao apoio prestado, ou falta deste, relativamente ao outro membro da díade, no que respeita à sua competência parental;
- 4) O acordo na educação/cuidados da criança: diz respeito ao grau de concordância dos pais relativamente a estes dois pontos, englobando as questões de segurança, valores morais, prioridades educativas e necessidades emocionais (Feinberg, 2003).

Ainda neste âmbito, Feinberg (2003) desenvolveu o Modelo Ecológico, no qual descreve as características da coparentalidade em três níveis: individual, familiar e extrafamiliar. As características individuais referem-se tanto às características individuais dos pais, como às das crianças. De entre as características individuais dos pais, o autor destaca as atitudes e o equilíbrio emocional e mental. Destaca que as características individuais das crianças têm, de igual modo, influência no modo como os pais cooperam na sua educação e na satisfação das suas necessidades, dentro do papel que desempenham enquanto pais. As características familiares dizem respeito à relação interparental. Já as características extrafamiliares representam agentes que funcionarão como fatores de proteção face a fatores de stresse que surgem no desempenho da função, onde se pode destacar por exemplo, o suporte social (Feinberg, 2003).

Alguns autores apontam diferenças significativas na forma como homens e mulheres percecionam o compromisso de cooperação no tocante à educação e cuidados da criança. Assim, Abidin e Brunner (1995) sugerem que as mães terão uma maior perceção da coparentalidade do que os pais. Van Egeren (2004), por sua vez, defende que os pais se encontram mais satisfeitos com a relação de coparentalidade do que as mães e que, tal assertiva pode explicar-se através das mudanças que ocor-

rem com a transição para a parentalidade, que serão maiores para as mães (p. ex. amamentar, ter de ficar em casa, maior peso na divisão das tarefas domésticas, etc.).

De entre os diversos modelos de funcionamento familiar, o Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar de Olson, Portner e Laeve (1979, citados por Olson & Gorall, 2006) tem vindo a ser referenciado como importante, destacando-se as suas três dimensões: a coesão, a adaptabilidade e a comunicação.

A coesão é definida como os laços emocionais que os membros da família desenvolvem entre si; a adaptabilidade (flexibilidade), por sua vez, diz respeito à capacidade da mesma para mudar a sua estrutura de poder, as regras e os papéis quando confrontada com uma situação de stresse, para que possa mais facilmente contorná-la, e a comunicação, desempenha um papel mediador entre as duas primeiras dimensões (Olson & Gorall, 2006). As dimensões coesão e adaptabilidade são conceptualizadas em vários níveis, sendo que os níveis moderados são os mais adequados para o funcionamento equilibrado de uma família, enquanto os níveis mais extremos são considerados mais desajustados. A combinação entre esses níveis permite uma categorização das famílias em diferentes tipologias (Olson & Gorall, 2006).

Segundo estes investigadores a coesão diz respeito aos laços existentes entre os membros da família, sendo que esta dimensão avalia a forma como os elementos do sistema familiar funcionam e se equilibram em termos de separação e aproximação entre eles. Esta dimensão pode ser medida através das variáveis relacionadas com os vínculos emocionais, limites e coligações, espaço e tempo destinados a cada um, amigos comuns e individuais, tomadas de decisão, interesses e atividades de lazer. O grau de coesão de cada sistema familiar pode situar-se num dos quatro níveis resultantes do equilíbrio obtido entre a separação e a união familiar: o desligado (coesão muito baixa), o separado (coesão baixa a moderada), o ligado (coesão moderada a elevada) e o emaranhado (coesão muito alta). Níveis extremos de coesão (desligado e emaranhado) encontram-se associados a relações problemáticas a longo prazo. Quando os níveis de coesão são muito baixos (famílias desligadas) os in-

divíduos tendem a apresentar uma independência muito elevada em relação à família, pouco apego aos outros membros e falta de compromisso, o que culmina numa separação emocional e pouco envolvimento entre os elementos da família. No outro extremo, quando os níveis de coesão são muito altos (sistemas emaranhados), é comum existir demasiado consenso entre os membros e presença de fortes laços emocionais, o que gera uma grande dependência. Já os níveis centrais de coesão (sistemas separados e ligados) constituem indicadores de um funcionamento familiar considerado ideal, onde os membros são independentes, mas simultaneamente ligados à família. Famílias com níveis funcionais de coesão suportam os períodos de tensão e conseguem preservar sua identidade familiar. Nas famílias separadas, por sua vez, existe alguma separação emocional, mas em níveis funcionais, onde os membros valorizam o tempo passado em família. Observe-se que nas famílias ligadas há uma maior proximidade emocional entre os membros. Assim, nestes níveis considerados equilibrados (separados e ligados), há uma maior funcionalidade familiar, uma vez que os membros da família conseguem sempre que necessário, nomeadamente em situações de crise, oscilar entre os outros níveis, o que não se verifica nos níveis mais extremos (desligados e emaranhados), considerados como desequilibrados (Olson & Gorall, 2006).

A segunda dimensão, a adaptabilidade diz respeito à capacidade do sistema familiar alterar a sua estrutura de poder, papéis e regras face a situações de stresse, sejam elas situacionais ou desenvolvimentais. Esta dimensão é medida com base na avaliação dos tipos de liderança (assertividade, controlo e disciplina), dos estilos de negociação e dos papéis e regras de relacionamento (Olson & Gorall, 2006).

Segundo estes investigadores, os quatro níveis inerentes à dimensão de adaptabilidade são: i) rígido (adaptabilidade muito baixa), que se caracteriza pela existência de um líder fixo, pela rigidez de regras e papéis e pela incapacidade de mudança extrema; ii) estruturado (adaptabilidade baixa a moderada) que se caracteriza pela existência de um líder democrático, pela possibilidade de negociação entre os membros da família,

os papéis são estáveis, mas não rígidos e as regras firmes, mas passíveis de alteração; iii) flexível (adaptabilidade moderada a alta), que se caracteriza pela liderança igualitária e a democracia na tomada de decisões, existe partilha de papéis, que se caracterizam pela sua fluidez se necessário, e iv) caótico (adaptabilidade muito alta) que se caracteriza pela ausência total de liderança ou pela sua existência limitada, a impulsividade na tomada de decisões e a ténue definição de regras e papéis. De assinalar que os níveis extremos (rígido e caótico) encontram-se associados a famílias problemáticas. Nas famílias rígidas toda a dinâmica familiar é controlada por apenas um dos membros, havendo uma acentuada rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras. Já nas famílias caóticas, ao contrário, não há uma clara definição dos papéis entre os membros da família, evidenciando-se assim reduzida autoridade e ausência de liderança. Por seu turno, os níveis centrais de adaptabilidade (estruturado e flexível) constituem indicadores de sistemas familiares funcionais, uma vez que estes apresentam uma maior capacidade de adaptação a situações de stresse. Assim, as famílias que apresentam níveis mais ajustados de adaptabilidade estão mais capacitadas para encontrar o equilíbrio entre a estabilidade e a mudança. Nas famílias estruturadas a liderança tende a ser democrática, incluindo também as crianças, sendo passível de sofrer ajustamentos nos papéis e regras quando tais mudanças se fizerem necessárias. Nas famílias flexíveis, a liderança é marcadamente igualitária e democrática, sendo as crianças incluídas ativamente (Olson & Gorall, 2006).

Por fim, a terceira dimensão do Modelo Circumplexo identificada por Olson e colaboradores (2000, cit. in Olson & Gorall, 2006, a comunicação, surge como facilitadora das duas anteriores. É avaliada através das capacidades de escuta, empatia, capacidades de diálogo, respeito, atenção e capacidade de resolução de problemas. A boa capacidade de comunicação é característica dos sistemas equilibrados, funcionando como mediadora das dimensões adaptabilidade e coesão.

A combinação dos vários níveis familiares de coesão e adaptabilidade vão dar origem a um esquema operacional composto por dezasseis tipos de famílias. Assim, as

famílias consideradas mais equilibradas são aquelas que se inserem na zona central (flexível separada, flexível ligada, estruturada separada, estruturada ligada). Nos extremos encontram-se as famílias disfuncionais (caótica desligada, caótica emaranhada, rígida desligada, rígida emaranhada). As restantes zonas correspondem às famílias intermédias. Neste sentido, as famílias equilibradas são concebidas como mais funcionais e como detentoras de melhores competências de comunicação. Espera-se, então, que famílias equilibradas respondam de formas mais adaptativas perante as situações de crise do que famílias menos equilibradas (Olson, 2000, cit. in Olson & Gorall, 2006).

### **Resiliência familiar, coparentalidade, coesão e adaptabilidade**

Numa perspetiva construtivista, a definição de resiliência proposta por Ungar (2007) pode ser entendida como uma ampliação dos pressupostos de Bronfenbrenner (1986), ao indicar que a resiliência está dependente das interações dos diferentes níveis do sistema ecológico. Na perspetiva deste investigador a resiliência encontra-se mais relacionada com a qualidade do contexto ecológico, social e físico, onde o indivíduo se insere, do que com características individuais.

As investigações sobre resiliência, ao dirigirem a sua atenção para o funcionamento familiar, desencadearam o aparecimento de um novo construto, o de resiliência familiar. Este é um construto relativamente recente, tendo sido em meados dos anos 80 que as questões relacionadas com o *coping*, as competências/forças, os desafios e a adaptação do sistema familiar começaram a emergir (Hawley & Hann, 1996).

A literatura aponta que os fatores de stresse são experienciados de formas diferentes pelas famílias e que a resposta a estas situações adversas depende de vários fatores, tais como o contexto envolvente, o nível de desenvolvimento familiar (fases do ciclo de vida), a interação entre os fatores de risco, de proteção e, ainda, do significado atribuído pela família à situação. Desta forma, o equilíbrio familiar pode ser perturbado tanto por pequenas adversidades, como por situações de maior magnitude. A saúde da família e o seu bem-estar pode ser afeta-

do pela exposição prolongada a eventos stressantes ou por pequenos problemas que surgem no dia-a-dia (Hawley & Haan, 1996).

Segundo Hawley e Haan (1996), a família resiliente é capaz de repor o equilíbrio familiar face à situação de stresse, fortalecendo os seus membros e capacitando-os para enfrentar futuras adversidades. Nestes casos, as situações de stresse representam uma oportunidade para crescer e aumentar a capacidade de adaptação familiar, conduzindo a um maior nível de hemóstase, sendo que é a combinação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco que irá definir a forma como os mesmos influenciarão a resiliência familiar.

Um dos primeiros trabalhos pioneiros nesta área foi publicado por McCubbin e McCubbin (1993) sobre a tipologia das famílias resilientes, onde enfatizam que famílias resilientes são aquelas que resistem aos problemas provenientes de mudanças e conseguem adaptar-se às situações de crise. Estes investigadores concluem pela existência de quatro tipos de famílias: vulneráveis, seguras, duráveis e regenerativas, dependendo da forma como a unidade familiar lida com as situações e ainda em função do relacionamento que os membros mantêm entre si.

Da conceptualização apresentada estes autores desenvolveram o Modelo de Resiliência, Stresse, Ajustamento e Adaptação Familiar, que pretende explicar o potencial da família para lidar com situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias (McCubbin & McCubbin, 1993). Os principais elementos conceptuais deste modelo são: os elementos stressores, o tipo de família, o padrão de funcionamento, a vulnerabilidade, os recursos familiares, o suporte social, a resolução de problemas, o *coping* e a apreciação cognitiva (Martins, 2005; Martins, 2014; McCubbin & McCubbin, 1993).

Os elementos stressores referem-se às exigências ou ameaças com as quais a família se depara, e que podem provocar mudanças no sistema familiar. Devido a estas mudanças o bem-estar da família e a relação entre os membros podem ser afetados. A gravidade do elemento *stressor* é determinada pelo grau de ameaça à estabilidade da unidade familiar. O tipo de família diz respeito ao

conjunto de atributos e características familiares que determinam como a família enfrenta as situações com que se depara, determinando, por sua vez, os padrões de funcionamento desta família frente a situações *stressoras*. A vulnerabilidade revela a suscetibilidade do sistema familiar face a fatores de risco, que podem ser de carácter biológico, económico, social ou psicossocial, aumentando assim a probabilidade de que a família apresente resultados negativos. Os autores definem como recursos familiares, todos os recursos e competências da família para enfrentar situações adversas, nomeadamente os recursos pessoais e os recursos familiares, onde se destacam a coesão e a adaptabilidade.

A coesão desempenha um importante fator de proteção e resiliência familiar através dos laços emocionais que une os membros da família. Também a adaptabilidade ou flexibilidade permite que a família seja capaz de alterar a sua estrutura de poder, as regras e os papéis quando confrontada com uma situação de stresse advinda da educação e das necessidades da presença de um filho com NEE (Olson & Gorall, 2006).

O suporte social tem ainda um papel mediador entre o stresse e a qualidade de vida, no que diz respeito às questões de saúde. A resolução de problemas e as estratégias de *coping*, por sua vez, correspondem às ações e habilidades que a família utiliza para lidar com os elementos stressores. Por último, a apreciação cognitiva, reflete a avaliação que a família faz destes stressores e de toda a situação em que se encontra. Esta avaliação é de suma importância, uma vez que influenciará todo o processo, clarificando à família as suas possibilidades de resolver a situação e gerir o conflito (McCubbin & McCubbin, 1993).

Este modelo, desenvolvido por McCubbin e McCubbin (1993), evidencia duas fases no processo de enfrentamento de uma situação de crise: o ajustamento e a adaptação. A primeira corresponde ao modo como a família reage quando confrontada com acontecimentos negativos e situações *stressoras* de carácter temporário e que tenham um impacto mínimo na unidade familiar. Nas situações em que se verifica um bom ajustamento, a família ultrapassa a situação com facilidade, causando poucas mudanças no sistema familiar. No entanto, quan-

do tal ajustamento não acontece, a família depara-se com uma situação de crise, surgindo assim, a fase seguinte, a adaptação.

Esta adaptação corresponde assim, a modificações mais significativas no sistema familiar, decorrentes de padrões de funcionamento familiar inadequados para enfrentar a crise (ex.: o nascimento de um filho com NEE, etc.). Nesta fase, serão necessárias alterações na estrutura base da família para que esta consiga fazer face à crise que se lhe apresenta. Pode falar-se de uma adaptação efetiva quando a família consegue responder às exigências que lhe estão a ser impostas, utilizando os recursos disponíveis, efetuando as mudanças necessárias para recuperar o equilíbrio familiar (McCubbin & McCubbin, 1993).

De acordo com Walsh (2003), a adaptação à crise é ainda influenciada pelo sentido que se dá à experiência, sentido este que é socialmente construído e dá-se inicialmente na família, onde são transmitidos os primeiros valores culturais. Desta forma, a resiliência poderá variar segundo o contexto cultural, ou seja, o que para um indivíduo inserido em uma determinada cultura pode ser considerado como um fator de risco, para outro que se encontra noutra dimensão social, o mesmo acontecimento não é percebido da mesma forma, podendo ser encarado como algo usual (Hawley & Haan, 1996).

Para Walsh (2003), a maneira como os membros de uma família reagirão às situações adversas que a atingem é diretamente influenciada pela resiliência familiar, e depende, conseqüentemente, das habilidades que esta família tem de responder às circunstâncias stressantes a que é submetida. Esta investigadora destaca três domínios relativamente à resiliência familiar: o sistema de crenças da família, os padrões de organização e os processos de comunicação.

O sistema de crenças familiares pode ser um importante contributo para a resiliência familiar, uma vez que pode levar a família a sentir-se valorizada e a procurar soluções para as situações adversas. De acordo com Walsh (2003) esse sistema de crenças implica a capacidade de conferir sentido à adversidade, dar um enfoque positivo aos acontecimentos e ainda, a transcendência e a espiritualidade.

As famílias tendem a lidar melhor com a adversidade quando existe um sentido de coerência que permite ver a crise como um desafio significativo, compreensível e administrável, isto é, passível de ser resolvido. A esta característica familiar esta investigadora denominou de capacidade de extrair significado da adversidade.

Ainda no que diz respeito ao sistema de crenças familiares, a perspetiva positiva traduz-se pela esperança, tendência otimista e confiança da família na superação da adversidade, o que implicará maior perseverança, coragem, esperança, otimismo e domínio ativo, essenciais para fomentar a força necessária para resistir e superar a adversidade. As crenças transcendentais e a espiritualidade dizem respeito, por sua vez, à terceira e última área do sistema de crenças familiares. De acordo com Martins (2014) estas características, quando presentes, oferecem clareza sobre a vida e conforto em situações de angústia, tornam os eventos inesperados menos ameaçadores, permitindo a aceitação de situações que não podem ser modificadas. A investigadora defende ainda que muitas famílias encontram força, conforto e orientação nos momentos de adversidade através da ligação com tradições culturais e religiosas (Martins, 2014).

O segundo domínio, os padrões organizacionais da família, determinam a manutenção da unidade familiar. Estes padrões são mantidos por normas externas e internas, e reforçados pelos sistemas culturais e pelas crenças familiares. Para um bom funcionamento do sistema familiar é necessário que a família apresente uma estrutura flexível e, ao mesmo tempo, estável. Ou seja, ao mesmo tempo que a família deve adotar padrões capazes de resistir às mudanças e aceitar uma certa variação, deverá também ser capaz de se adaptar às exigências impostas durante o seu ciclo vital. Desta forma, é através do equilíbrio dinâmico entre a estabilidade e a mudança que a família obtém a harmonia.

A coparentalidade ou aliança parental desempenham um importante papel como proteção e resiliência, sendo que será fortalecida se ambos os pais investirem na educação e cuidados à criança com NEE, valorizando o envolvimento do outro conjugue com a criança, respeitando as opiniões de cada um e comunicando um com o outro (Abidin & Brunner, 1995).

O funcionamento familiar eficaz é influenciado por uma segunda dimensão, denominada por Walsh (2003) de conexão ou coesão. De acordo com a autora, a coesão familiar pode ser abalada em momentos de crise, caso os seus membros sejam incapazes de se socorrer a si mesmos. Por outro lado, a resiliência pode ser reforçada pelo apoio mútuo, colaboração e compromisso para enfrentar as dificuldades em conjunto, sendo, ao mesmo tempo, necessário manter a distância suficiente para respeitar as necessidades, os limites e as diferenças individuais.

A terceira e última dimensão relativa aos padrões de organização está relacionada com os recursos sociais e económicos da família, os quais constituem apoios vitais. Em momentos de crise, os vínculos com o mundo social assumem uma importância fulcral na promoção da resiliência familiar. A família alargada e as redes sociais podem constituir importantes fatores protetores, ao oferecer auxílio prático, emocional e conexão comunitária. Também não se deve negligenciar a importância da segurança financeira no que diz a promoção da resiliência familiar (Walsh, 2003).

Quanto aos processos de comunicação, são três as dimensões cruciais que contribuem para a resiliência: clareza, incentivo da expressão emocional aberta e resolução cooperativa de problemas. A primeira dimensão é constituída pela clareza e pela congruência das mensagens e comportamentos que facilitam o bom funcionamento familiar. Para tal, é necessário que os elementos da família esclareçam e partilhem informações importantes sobre situações de crise e expectativas futuras. Contrariamente, a ambiguidade e o segredo podem bloquear a compreensão e a intimidade entre os elementos da família. A segunda dimensão relativa aos processos de comunicação, a expressão emocional aberta, caracteriza-se por um clima de confiança mútua, que encoraja e reforça a partilha honesta das emoções. Para um bom funcionamento familiar é necessário que as mensagens sejam transmitidas de forma espontânea e, ao mesmo tempo, ponderada, respeitando os sentimentos, as necessidades e as diferenças do outro (Walsh, 2003).

Os últimos elementos concernentes à comunicação familiar e que são essenciais para a resiliência familiar e

que se constituem importantes fatores de proteção para a família com uma criança com NEE são a resolução cooperativa de problemas e a gestão de conflitos. De acordo com Walsh (2003), o que caracteriza o bom funcionamento familiar não é a ausência de problemas, mas sim a capacidade da família de gerir os conflitos de forma adequada. Para isso é necessário que os membros da família pensem conjuntamente em novas possibilidades, opções e recursos para superar a adversidade advinda da presença de uma criança com NEE. O processo partilhado de tomada de decisões e de resolução de conflitos implica ainda uma boa capacidade de negociação, com imparcialidade e reciprocidade ao longo do tempo, implicando que a família possa ir desenvolvendo estratégias conseguir lidar com eficácia e ultrapassar as dificuldades que lhe vão sendo impostas.

### **Reflexões finais**

O nascimento de um filho com alguma deficiência não é um determinante para que haja desajuste familiar, pois tal não implica maiores níveis de conflito, caso haja uma adaptação efetiva à condição da criança. Após o processo que implica o luto da perda do filho “perfeito” e a gestão das expectativas, a coparentalidade, a coesão e a adaptabilidade familiares podem funcionar como importantes fatores de proteção e resiliência que possibilitam uma maior capacidade de adaptação familiar e consequentemente a promoção de uma mais adequada saúde familiar e qualidade de vida.

De facto os estudos têm vindo a referenciar que a coparentalidade, a adaptabilidade e a coesão podem contribuir significativamente para a resiliência familiar (Park, Kim, Cheung & Kim, 2010; Walsh, 2003). Como foi referenciado, o bom funcionamento familiar não depende da ausência de problemas, mas sim da capacidade familiar para gerir e resolver esses problemas. Para isso, a família ao enfrentar a situação decorrente da adaptação à criança com NEE deve pensar conjuntamente e resolver os problemas, adaptando-se às novas situações, o que implica estarem equilibradas ao nível da adaptabilidade e da coesão, o que irá contribuir para uma melhor resiliência individual e familiar (Walsh, 2003).

Uma vez que a coesão, a adaptabilidade e a coparen-

talidade são promotores do bom funcionamento familiar, estes fatores podem e devem ser potenciados na intervenção cujo objetivo seja promover o desenvolvimen-

to de uma maior resiliência nestas famílias e consequentemente de uma maior saúde familiar e um desenvolvimento mais otimizado da criança com NEE.

### Referências bibliográficas

- Abidin, R.R. & Brunner, J.F. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (1), 31-40.
- Bertalanffy, L. (1972). *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod.
- Brás, S.L. (2009). *Famílias numerosas vs não-numerosas: Um olhar sobre os desafios parentais e familiares*. Lisboa: Universidade de Lisboa (tese de mestrado).
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (1.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Deutsch, F.M. (2001). Equally shared parenting. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 25-28.
- Feinberg, M.E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 23(2), 95-131.
- Fiamenghi, G. & Messa, A. (2007). Pais, filhos e deficiência: Estudos sobre as relações familiares. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(2), 236-245
- Frude, N. (1991). *Understanding family problems*. London: John Wiley e Sons.
- Hawley, D.R. & Hann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Hornby, G. (1992). Counselling family members as people with disabilities. In *Rehabilitation Counselling – Approaches in the field on disability*. Chapter 7, (pp. 176-201), Sharon Robertson and Roy Brown, Chapman & Hall.
- Martins, M.H. (2005). Contribuição para a análise de crianças e jovens em risco/resiliência e desenvolvimento. Faro: Universidade do Algarve (tese de doutoramento).
- Martins, M.H. (2014). *Resiliência familiar - Revisão teórica, conceitos emergentes e principais desafios*. Cadernos do GREI, n.º 10, fevereiro (e-book), GREI - Grupo de Estudos Interdisciplinares, ISBN: 978-989-98670-9-3.
- McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell & P. Winstead-Fry (Eds). *Families, health & illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). St Louis: Mosby-Year Book.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (1998). *Working with families of the poor*. New York: The Guilford Press.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aulas: Um guia para professores*. Porto: Porto Editora.
- O'Hara, D. M. & Levy, J. M. (1984). Family adaption to learning disabilities: A framework for understanding and treatment. *Learning Disabilities: An Interdisciplinary Journal*, 3(6), 63-77.
- Olson, D., & Gorall, D. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model*. St. Paul: University of Minnesota: Life Innovations.
- Park, I., Kim, P., Cheung, R. & Kim, M. (2010). The role of culture, family processes, and anger regulation. In *Korean American adolescent's adjustment problems. American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 258-266.
- Relvas, A.P. (2000). *O ciclo vital da família*. Porto: Afrontamentos.
- Ribeiro, M.T. (2007). *Família: Comunidade educativa – Filhos hoje, pais amanhã*. Comunicação Oral no Auditório da Assembleia da República. Lisboa.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Editorial Presença.
- Ungar, M. (2007). Contextual and cultural aspects of resilience in child welfare settings. In I. Brown, F. Chaze, D. Fuchs, J. Lafrance, S. McKay & S.T. Prokp (Eds.). *Putting a human face on child welfare: Voices from the Prairies*, (pp. 1-23). Regina, Canada: Prairie Child Welfare Consortium.
- Van Egeren, L.A. & Hawkins, D.P. (2004). Coming to terms with co-parenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-178.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Processes*, 42(1), 1-19.



Nuno Murcho<sup>1</sup>José Eusébio Pacheco<sup>2</sup>Saul Neves de Jesus<sup>3</sup>

## O MAL-ESTAR RELACIONADO COM O TRABALHO

### Estudo das propriedades psicométricas de um inventário de sintomas (ISMERT)

**Resumo:** Com este estudo pretendemos efetuar a análise das propriedades psicométricas, principalmente a validade e a fiabilidade, do *Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionados com o Trabalho* (ISMERT), que é uma escala tipo Likert com 38 itens e seis pontos, variando entre 1 (*pouco*) e 6 (*muito*), destinada a mensurar a intensidade destes sintomas, e possui quatro subescalas que são relativas às seguintes dimensões: sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais.

Validamos este instrumento numa amostra de 499 enfermeiros ( $n = 499$ ) que trabalham nas unidades hospitalares de maior dimensão do Algarve, e os resultados obtidos permitem-nos concluir que o ISMERT, apresenta características psicométricas de validade e de fiabilidade que o tornam adequado para avaliar a variável que pretende medir: os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho .

**Palavras-chave:** Mal-estar laboral; profissionais de saúde; hospital; desenvolvimento de instrumentos de avaliação; promoção da saúde ocupacional.

## ILL-BEING RELATED TO WORK

### Study of the psychometric properties of a symptoms inventory (ISMERT)

**Abstract:** With this study, we want to do the psychometrics analysis, principally the validity and reliability of the Inventory symptoms of ill-being related to work (ISMERT), that is a 38-item Likert-type scale with six points, which ranging between 1 (*little*) and 6 (*much*), designed to measure de intensity of these symptoms, and has four subscales that are on the following dimensions: physical, emotional, cognitive and behavioral symptoms.

We validated this instrument in a sample of 499 nurses ( $n = 499$ ) working at Algarve larger hospital units, and the results obtained allow us to conclude that the ISMERT has the psychometric characteristics of validity and reliability which making it suitable for evaluate the measurement variable: the ill-being symptoms related to work .

**Keywords:** Occupational ill-being; health professionals; hospital; assessment tools development; Occupational health promotion.

---

<sup>1</sup> **Enfermeiro Chefe - Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da Administração Regional de Saúde do Algarve**  
Mestre e Doutor em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Saúde, pela Universidade do Algarve

<sup>2</sup> **Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve**  
**Subdiretor do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve**  
Mestre em Psicologia da Educação, na especialidade de Ensino Básico, pela Universidade do Algarve  
Doutor em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Saúde, pela Universidade do Algarve

<sup>3</sup> **Professor Catedrático da Universidade do Algarve**  
**Diretor do Curso de Doutoramento em Psicologia da Universidade do Algarve**  
Licenciado em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Educação, pela Universidade de Coimbra  
Doutor em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Educação, pela Universidade de Coimbra

## Introdução

Podemos entender o trabalho como uma atividade que é essencial para o desenvolvimento individual e coletivo das pessoas, comportando um conjunto de valores que lhe são intrínsecos, sendo também o principal meio de aquisição de identidade e *status*, bem como uma das fontes de satisfação das necessidades humanas básicas, apesar de poder ser um fator de morbidade, designadamente quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos, o que nos leva a dizer que o trabalho é não só uma fonte de bem-estar como de mal-estar (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Lapo (s.d., cit. em Murcho *et al.*, 2008) define este mal-estar relacionado com o trabalho como um estado incómodo, de desconforto psicológico, que se repercute no indivíduo manifestando-se por sentimentos de raiva, medo e frustração, por danos à saúde física (sintomas de stresse negativo e de burnout), conflitos inter e intrapessoais, e distanciamento físico e psíquico do trabalho.

Por oposição ao conceito de bem-estar no trabalho (BET), de Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), podemos dizer ainda que o mal-estar no trabalho é um estado psicológico negativo, presente em indivíduos que se sentem pouco satisfeitos no ambiente de trabalho, pouco envolvidos nas suas tarefas e com uma ligação afetiva pobre à empresa empregadora.

De acordo com a literatura consultada, vários têm sido as pesquisas que se têm vindo a realizar com o objetivo de estudar o mal-estar relacionado com o trabalho, e as suas causas e consequências, quer na perspectiva individual como organizacional.

Assim, Novelli e Ramos (2003), ao estudarem um grupo de trabalhadores qualificados da área técnica concluíram que os principais fatores de desconforto ocupacional são a pressão por um constante aumento de produtividade, a sobreposição das ações individuais sobre as colectivas, habitualmente associadas a uma maior competitividade entre os empregados, e principalmente a redução do nível de estabilidade e de segurança (perda do poder de compra, aumento da idade de reforma, desemprego, descontinuidade da organização e recessão económica).

Outro estudo, realizado por Zaldúa, Lodieu e Kolditzky (2000) com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), encontrou uma pontuação elevada relativamente à repercussão do stresse laboral sobre a saúde física e mental destes profissionais.

No que concerne aos sintomas apresentados, e que estão relacionados com o stresse laboral e com este mal-estar relacionado com o trabalho, estes são variados incluindo frequentemente, designadamente a nível dos profissionais de saúde: irritabilidade, ansiedade, problemas com a memória, pensamentos ruminantes, cansaço e sensação de desgaste físico constante, cefaleias, problemas musculoesqueléticos, tensão muscular, problemas gástricos (como azia, dores de estômago, gastrite, úlcera ou indisposição gástrica acentuada), palpitações, taquicardia, e hipertensão súbita e passageira (Pacheco & Murcho, 2005; Bontempo, Nascimento & Silva, 2006; Aquino, Monteiro, Absalão, Borba & Monteiro, 2009).

Outros estudos realizados com profissionais de saúde, encontram associações significativas que são positivas entre alterações da saúde mental, o stresse e o mal-estar relacionado com o trabalho, designadamente entre a sobrecarga no trabalho com a ansiedade e a insónia, e a depressão com os sintomas de tipo somático (Canepa, Briones, Pérez, Vera e Juaréz, 2008), e entre este tipo de mal-estar e a ansiedade, a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, e as dimensões do *burnout*, exaustão emocional e despersonalização, e que são negativas entre este mal-estar laboral com outra dimensão do *burnout*, a realização pessoal (Murcho, Jesus e Pacheco, 2009).

De referir ainda que algumas pesquisas encontraram associações entre os problemas de saúde relacionados com o stresse, os fatores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e algumas variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias, a existência de filhos, o tempo de casa ao trabalho, o tipo de serviço onde trabalha e o tempo de serviço na profissão e no actual serviço (Murcho & Jesus, 2007).

Tendo então em conta os resultados destas investigações, e considerando os instrumentos utilizados nas mesmas, concluímos pela necessidade de desenvolver um instrumento que nos permitisse avaliar a intensidade

dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, que denominamos *Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho* (ISMERT) (Murcho *et al.*, 2008).

Desse modo, o objetivo do presente estudo é efetuar a análise das propriedades psicométricas do ISMERT, designadamente no que concerne à sua validade e fiabilidade.

### Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e não experimental, para o qual se utilizou um método de amostragem de conveniência, que está inserido numa investigação mais abrangente (Murcho *et al.*, 2009).

O universo deste estudo é o dos enfermeiros e a população de referência para construção da amostra é a dos indivíduos deste universo que trabalham nas Unidades de Portimão e de Faro do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), EPE.

#### Participantes

É uma amostra de conveniência constituída por 499 enfermeiros, dos quais 292 trabalham na Unidade de Faro, e 207 na Unidade de Portimão do CHA, EPE, com as seguintes características:

- Dados sociodemográficos – a média (*M*) de idades é de 32,99 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 9,32 anos (variando entre os 21 e os 59 anos); e a maioria dos participantes são de género feminino (*n* = 399), e tem como habilitações literárias a licenciatura (*n* = 365);

- Situação familiar – a maioria dos inquiridos refere não ter filhos (*n* = 309); e os dois grupos mais representativos, no que respeita ao estado civil, são respectivamente o daqueles que são casados/juntos (*n* = 240), e o dos que são solteiros (*n* = 229);

- Situação profissional – o tempo médio de exercício profissional é de *M* = 9,73 anos (*SD* = 8,97 anos), variando entre menos de um ano e 37 anos; e o tempo médio de permanência no serviço onde trabalham é de *M* = 4,49 anos (*SD* = 4,79 anos), variando entre menos de um ano e 34 anos; a maioria dos respondentes tem um vínculo contratual permanente (*n* = 292); e refere não ter faltado nenhum dia ao trabalho no último ano (*n* = 354).

### Material

O ISMERT procura avaliar a intensidade dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, e tem quatro dimensões, que são relativas às categorias que identificamos, num estudo prévio por nós realizado com o objetivo de determinarmos os itens para este instrumento, a partir da análise de conteúdo da informação colhida através da revisão sistemática de um conjunto de artigos e outras fontes bibliográficas publicados sobre esta temática, da aplicação de um questionário aberto a profissionais de diversas áreas, e do critério de concordância entre juízes, onde identificamos 49 itens (Murcho *et al.*, 2008).

Categorizamos então estes itens em quatro categorias, de acordo com a tipologia proposta por Vaz Serra (1999, cit. em Murcho *et al.*, 2008), e que correspondem aos seguintes sintomas de mal-estar ocupacional (distribuídos pelas respectivas categorias ou dimensões):

- *Sintomas físicos* – dores musculares e de coluna; dores de cabeça; dores de estômago; azia; náuseas ou vômitos; perda de energia e cansaço; palpitações, taquicardia, dor no peito; problemas intestinais; hipertensão arterial/hipotensão arterial; alergias; problemas respiratórios; perda ou aumento de apetite; perda ou ganho súbito de peso; sensação de peso nas pernas e braços; infecções graves/situações tumorais; perturbações da visão; alteração da temperatura corporal; aumento da transpiração; tremores; problemas cardíacos; doenças endócrinas; alterações menstruais; sensação de mal-estar geral; problemas da pele; tonturas e sensação de desmaio; infertilidade.

- *Sintomas emocionais* – irritabilidade; perda de paciência com facilidade; sentimento de solidão; tristeza; choro fácil e imotivado; sentimento de exaustão emocional; distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal; mudanças bruscas de humor; perda de confiança; de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações; sentimentos de falta de apoio; de perda de esperança e do sentido da vida; sentimento de excesso de responsabilidades; sentimentos de inveja; ciúme; medo; culpabilidade ou vergonha.

- *Sintomas cognitivos* – dificuldade de concentração; esquecimentos; dificuldades em tomar decisões; senti-

mento de incapacidade e de inutilidade; sentimento de falta de reconhecimento profissional; maior propensão para a ocorrência de acidentes; dificuldade em interpretar a realidade; pensamento constante sobre um só assunto (ruminação).

- *Sintomas comportamentais* – agitação; comportamento impulsivo; incapacidade para relaxar; deixar de fazer actividades de lazer; insónia; dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família; falta de tempo para a família e amigos; sonolência excessiva; absentismo; desleixo; baixo rendimento profissional; isolamento; apatia; aborrecimento constante; problemas sexuais; aumento do consumo de café; álcool; tabaco; tranquilizantes ou outras substâncias; tiques nervosos; acidentes de trabalho ou de viação.

Aplicados os procedimentos psicométricos, o instrumento final ficou com 38 itens, distribuídos por quatro subescalas (correspondendo a quatro fatores), que são referentes, respectivamente às seguintes categorias, ou dimensões de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, e que são os seguintes: ISMERT 1 (*sintomas físicos*), com sete itens; ISMERT 2 (*sintomas emocionais*), com 14 itens; ISMERT 3 (*sintomas cognitivos*), com nove itens; e ISMERT 4 (*sintomas comportamentais*), com oito itens.

De referir ainda que este instrumento é uma medida de auto-resposta e dispõe de um tipo de escolha em forma de escala de Likert, com seis pontos, variando entre 1 (*pouco*) e 6 (*muito*), em que o participante deve responder de acordo com o seu caso de concordância para o seu caso.

Quer no instrumento total, como nas respectivas subescalas, a pontuação é obtida a partir da soma das respostas, e todos os itens das diferentes subescalas têm a mesma direção.

#### **Procedimento**

Após a construção deste instrumento, fomos realizar o conjunto de procedimentos estatísticos que consideramos adequados para o objetivo deste estudo de modo a aferir quer a fiabilidade como a validade de conteúdo destas escalas, designadamente recorrendo à análise fatorial para o estudo dos dados e para identificarmos a estrutura do ISMERT.

Dos resultados da análise fatorial que efetuámos, e considerando a categorização previamente efectuada (Murcho *et al.*, 2008) fez-se corresponder os fatores a estas categorias, tendo-se adoptado como critério de diferenciação, o maior número de itens da respectiva categoria que pertencem ao fator.

Assim sendo, a correspondência dos fatores às categorias dos sintomas de mal-estar ocupacional, é a seguinte: Fator 1 – *sintomas emocionais*; Fator 2 – *sintomas físicos*; Fator 3 – *sintomas cognitivos*; e Fator 4 – *sintomas comportamentais*.

Uma vez que estes fatores corresponderão a subescalas da ISMERT (Murcho *et al.*, 2009), e tendo também em conta a ordem da categorização já mencionada anteriormente (Murcho *et al.*, 2008), então a equivalência fator-subescala será a seguinte: Fator 1 – ISMERT 2 (*sintomas emocionais*); Fator 2 – ISMERT 1 (*sintomas físicos*); Fator 3 – ISMERT 3 (*sintomas cognitivos*); Fator 4 – ISMERT 4 (*sintomas comportamentais*).

#### **Resultados**

Os resultados obtidos levam-nos a dizer que foram cumpridos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987, cit. em Jesus, 1995), segundo os quais, o número de sujeitos deve ser de pelo menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo, o que significa que estes resultados podem ser generalizados ao universo estudado.

Após análise da correlação (*r*) item-total, esta escala ficou com 38 itens, que são aqueles em que  $r \geq 0,40$ , por serem aqueles que consideramos como estatisticamente significativos (Hill & Hill, 2002), excluindo-se os itens n.º 18, 19, 21, 28, 29, 34, 35, 39, 41, 43 e 49, por apresentarem correlações item-total inferiores a 0,40 (vide tabela 1):

Seguidamente efetuamos a análise fatorial dos componentes principais. Uma vez que, como já mencionamos anteriormente, tínhamos determinado previamente quatro categorias, então o método de rotação escolhido foi Varimax forçada a quatro fatores com normalização Kaiser.

Contudo, para sabermos se poderíamos utilizar este procedimento com condições mínimas de razoabilidade, começamos por realizar os testes de esfericidade de Bar-

Itens	Fatores	Correlação item-total	Itens	Fatores	Correlação item-total
1	Irritabilidade, perda de paciência com facilidade	<b>0,59</b>	26	Absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional	<b>0,45</b>
2	Dores musculares e de coluna	<b>0,45</b>	27	Isolamento, apatia, aborrecimento constante	<b>0,67</b>
3	Dores de cabeça	<b>0,49</b>	28	Infeções graves/situações tumorais	0,29
4	Agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar	<b>0,72</b>	29	Perturbações da visão	0,40
5	Sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado	<b>0,62</b>	30	Dificuldades em tomar decisões	<b>0,62</b>
6	Sentimento de exaustão emocional, distanciamento afetivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal	<b>0,68</b>	31	Sentimento de incapacidade e de inutilidade	<b>0,68</b>
7	Deixar de fazer atividades de lazer	<b>0,56</b>	32	Sentimento de falta de reconhecimento profissional	<b>0,53</b>
8	Dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos	<b>0,47</b>	33	Alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores	<b>0,53</b>
9	Perda de energia e cansaço	<b>0,68</b>	34	Problemas cardíacos	0,37
10	Insônia	<b>0,50</b>	35	Doenças endócrinas	0,28
11	Dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família	<b>0,64</b>	36	Maior propensão para a ocorrência de acidentes	<b>0,49</b>
12	Mudanças bruscas de humor	<b>0,66</b>	37	Problemas sexuais	<b>0,52</b>
13	Falta de tempo para a família e amigos	<b>0,50</b>	38	Aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias	<b>0,48</b>
14	Palpitações, taquicardia, dor no peito	<b>0,55</b>	39	Alterações menstruais	0,32
15	Perda de confiança, de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações	<b>0,69</b>	40	Sensação de mal-estar geral	<b>0,74</b>
16	Dificuldade de concentração	<b>0,66</b>	41	Problemas da pele	0,32
17	Problemas intestinais	<b>0,48</b>	42	Tonturas e sensação de desmaio	<b>0,50</b>
18	Hipertensão arterial/hipotensão arterial	0,33	43	Infertilidade	0,15
19	Alergias	0,20	44	Sentimento de excesso de responsabilidades	<b>0,59</b>
20	Sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida	<b>0,68</b>	45	Sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha	<b>0,60</b>
21	Problemas respiratórios	0,38	46	Dificuldade em interpretar a realidade	<b>0,57</b>
22	Perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso	<b>0,53</b>	47	Pensamento constante sobre um só assunto	<b>0,58</b>
23	Sensação de peso nas pernas e braços	<b>0,56</b>	48	Tiques nervosos	<b>0,50</b>
24	Esquecimentos	<b>0,60</b>	49	Acidentes de trabalho ou de viação	0,33
25	Sonolência excessiva	<b>0,56</b>			

Tabela 1  
Itens do ISMERT e respectivos valores de correlação item-total

lett (TEB) e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo obtido os seguintes valores: KMO = 0,95; e um nível de significância ( $p$ ) associado ao TEB de  $p = 0,00$ , o que nos levou a considerar que existem condições de utilização deste modelo fatorial ( $p_{TEB} < 0,05$ ), classificando-se a análise fatorial resultante como muito boa ( $0,09 > KMO < 1$ ) (Pestana & Gageiro, 2008).

Após a análise fatorial da ISMERT, verificamos que os quatro fatores, que compõem esta escala explicam 51,25% da variância total, embora não se possa dizer que a distribuição por estes fatores seja homogênea, dado haver uma maior concentração no primeiro fator (Fator 1 - 38,44%, Fator 2 - 5,48%, Fator 3 - 3,91%, e Fator 4 - 3,43%) (vide Tabela 2).

De mencionarmos também que a correspondência das subescalas aos fatores determinados, conforme já anteriormente referimos no procedimento, é a seguinte: ISMERT 2 – Fator 1; ISMERT 1 – Fator 2; ISMERT 3 – Fator 3; ISMERT 4 – Fator 4.

Tendo em conta que, na perspectiva psicométrica, os

instrumentos de avaliação psicológica que consideramos adequados para avaliarem a variável que pretendem medir, são aqueles que apresentam uma consistência interna de  $\alpha \geq 0,70$ , então os valores que obtivemos para a consistência interna da ISMERT (escala total), como para as respectivas subescalas (ISMERT 1 a ISMERT 4), conforme podemos verificar na seguinte tabela 3, permitem-nos dizer que este instrumento apresenta uma excelente medida de fiabilidade interna, no que concerne à escala total ( $\alpha > 0,9$ ), e boas medidas de fiabilidade interna das subescalas ( $0,8 \geq \alpha \leq 0,9$ ) (Hill & Hill, 2002).

Finalmente fomos verificar as relações existentes entre as quatro subescalas e destas com a escala total (vide tabela 4), através de correlações de Pearson ( $r$ ), tendo observado que os níveis de significância ( $p$ ) apresentados são todos muito significativos ( $p \leq 0,01$ ), e que os níveis de associação são moderados ( $0,4 \geq r \leq 0,69$ ) entre a subescala ISMERT 2 (*sintomas emocionais*) e ISMERT 3 (*sintomas cognitivos*), altos ( $0,7 \geq r \leq 0,89$ ) entre as outras subescalas, e entre a subescala

Itens	Fatores			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
27	<b>0,72</b>	0,08	0,25	0,28
30	<b>0,70</b>	0,10	0,20	0,24
31	<b>0,70</b>	0,06	0,32	0,30
5	<b>0,67</b>	0,33	0,03	0,23
6	<b>0,67</b>	0,32	0,32	0,08
15	<b>0,66</b>	0,31	0,16	0,29
20	<b>0,65</b>	0,17	0,24	0,31
16	<b>0,59</b>	0,41	0,29	0,04
12	<b>0,55</b>	0,28	0,25	0,29
26	<b>0,53</b>	-0,13	0,24	0,26
47	<b>0,52</b>	0,14	0,11	0,44
11	<b>0,51</b>	0,26	0,26	0,29
24	<b>0,49</b>	0,38	0,37	0,00
1	<b>0,48</b>	0,35	0,30	0,12
3	0,10	<b>0,70</b>	0,18	0,10
2	0,12	<b>0,64</b>	0,32	-0,09
14	0,30	<b>0,55</b>	-0,04	0,32
4	0,49	<b>0,53</b>	0,24	0,23
17	0,13	<b>0,50</b>	0,21	0,17

Itens	Fatores			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
8	0,16	<b>0,44</b>	0,08	0,36
10	0,15	<b>0,39</b>	0,24	0,35
32	0,38	0,12	<b>0,59</b>	0,07
23	0,03	0,48	<b>0,57</b>	0,16
22	0,12	0,14	<b>0,56</b>	0,35
7	0,30	0,21	<b>0,56</b>	0,15
13	0,23	0,17	<b>0,56</b>	0,14
25	0,34	0,21	<b>0,54</b>	0,09
9	0,33	0,50	<b>0,52</b>	0,09
44	0,31	0,20	<b>0,45</b>	0,33
36	0,19	0,06	<b>0,44</b>	0,36
46	0,48	0,04	0,04	<b>0,64</b>
45	0,37	0,12	0,21	<b>0,60</b>
38	0,02	0,12	0,36	<b>0,59</b>
37	0,26	0,07	0,23	<b>0,53</b>
42	0,11	0,46	-0,01	<b>0,51</b>
48	0,34	0,18	0,04	<b>0,51</b>
40	0,37	0,38	0,34	<b>0,46</b>
33	0,29	0,16	0,24	<b>0,43</b>

Tabela 2  
Estrutura fatorial da escala após rotação Varimax

	ISMERT	ISMERT 1	ISMERT 2	ISMERT 3	ISMERT 4
Consistência interna ( $\alpha$ )	0,96	0,88	0,85	0,85	0,85

Tabela 3  
Valores de consistência interna para a escala total (ISMERT) e respectivas subescalas

Escala/subescalas	ISMERT	ISMERT 1	ISMERT 2	ISMERT 3	ISMERT 4
ISMERT		0,92***	0,89***	0,90***	0,93***
ISMERT 1	0,92***		0,72***	0,84***	0,84***
ISMERT 2	0,89***	0,72***		0,69***	0,76***
ISMERT 3	0,90***	0,84***	0,69***		0,80***
ISMERT 4	0,93***	0,84***	0,76***	0,80***	

Legenda: \*\*\* $p < 0,001$

Tabela 4  
Matriz de correlações entre a escala total e respectivas subescalas

ISMERT 2 (*sintomas emocionais*) com a escala total (ISMERT), e muito altos ( $0,9 \geq r \leq 1,0$ ) entre as restantes subescalas e a ISMERT (Pestana & Gageiro, 2008).

#### Discussão e conclusões

Da análise da correlação ( $r$ ) item-total do instrumento original, que tinha 49 itens, retiramos 11 itens (com valores de  $r \leq 0,40$ ), tendo o instrumento final ficado reduzido a 38 itens, os quais, após a análise fatorial dos componentes principais ficaram distribuídos por quatro fatores (Fator 1 a Fator 4).

Tendo em conta o trabalho de categorização que efetuámos previamente, quando da construção deste instrumento (Murcho *et al.*, 2008), fizemos corresponder estes fatores às subescalas do ISMERT (Murcho *et al.*, 2009), sendo esta correspondência a seguinte: Fator 1 – ISMERT 2 (*sintomas emocionais*); Fator 2 – ISMERT 1 (*sintomas físicos*); Fator 3 – ISMERT 3 (*sintomas cognitivos*); Fator 4 – ISMERT 4 (*sintomas comportamentais*).

Deste modo, os 38 itens deste instrumento apresentam a seguinte distribuição pelas subescalas: ISMERT 1 (*sintomas físicos*), com sete itens; ISMERT 2 (*sintomas emocionais*), com 14 itens; ISMERT 3 (*sintomas cognitivos*), com nove itens; e ISMERT 4 (*sintomas comportamentais*), com oito itens.

Por outro lado, verificamos que quer a escala total, como as respectivas subescalas, apresentam valores de consistência interna de  $\alpha \geq 0,70$ , o que nos leva a dizer, de acordo com Hill e Hill (2002), que este instrumento apresenta características psicométricas de validade e de fiabilidade que o tornam adequado para avaliar a variável que pretende medir: os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

De referir também, que apesar dos valores que encontramos relativamente à correlação das subescalas entre si e com a ISMERT, serem relativamente elevados no que concerne à sua independência ( $0,69 \geq r \leq 0,80$ ), contudo não foram evidenciadas associações atípicas ou contraditórias, podendo dizermos até que a ocorrência de associações significativas e relevantes entre estas subescalas ou dimensões do instrumento em estudo, são um indicador da congruência entre os resultados encontrados na aplicação prática desta escala e o significado conceptual das diferentes dimensões do mesmo.

Assim sendo, podemos concluir que os resultados deste trabalho confirmam que o ISMERT é válido para avaliar os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, que é a variável que pretende medir.

Contudo, seria importante no futuro, que se realizassem novas avaliações, aplicando-o a outras populações de profissionais de saúde, bem como a outros trabalhadores.

**Referências bibliográficas**

- Aquino, J.M., Monteiro, E.M.L.M., Absalão, M.A.C., Borba, M.C. & Monteiro, M.A.C. (2009). Prevalência da síndrome de burnout e promoção da saúde mental na equipe de enfermagem. In Associação Brasileira de Enfermagem, Secção Pernambuco. *2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde: anais* [CD]. Recife: Autor. Acedido em: [http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd\\_anais/ficha\\_catalografica.htm](http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/ficha_catalografica.htm).
- Bontempo, D.B., Nascimento, M.P.V. & Silva, F.A.B. (2006). Principais queixas de saúde de profissionais de enfermagem em um Hospital Público na cidade de Brasília. *Sena Aires – Revista Virtual*. Acedido em: <http://www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/ArtCient/ArtCient5.pdf>.
- Canepa, C., Briones, J.L., Pérez, C., Vera, A. & Juaréz, A. (2008). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 10(30), 157-160.
- Hill, M.M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jesus, S.N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*. Coimbra: Universidade de Coimbra (tese de doutoramento).
- Murcho, N.A.C. & Jesus, S.N. (2007). Absentismo laboral e burnout nos enfermeiros. In M.M.M. Siqueira, S.N. Jesus e V.B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Murcho, N.A.C., Jesus, S.N. & Pacheco, J.E.P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 17, 27-33.
- Murcho, N., Jesus, S.N. & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S.N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656 - 672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Novelli, J.G.N. & Ramos, D. (2003). *Trabalhadores em negativo*. Trabalho apresentado no VI SMEAD - Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. São Paulo: Universidade de São Paulo. Acedido em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/6semead>.
- Pacheco, J.E. & Murcho, N. (2005). *Implicações do stresse na saúde dos enfermeiros dos serviços de medicina*. In Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares e Centro de Investigação e Formação Avançada em Psicologia. *Actas das III Jornadas de Psicologia – pessoas e instituições: a gestão de situações difíceis* [CD]. Viseu: Instituto Piaget.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Siqueira, M.M.M. (2008). Modelo teórico de bem-estar no trabalho e instrumentos de avaliação. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro, I. Silva e S. Marques (Ed.). *Actas do 7º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 471-474). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Zaldúa, G., Lodieu, M.T. & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud: estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del hospital materno-infantil Ramón Sarda*, 19(4), 167-172.

Luís Sérgio Vieira<sup>1</sup>Alicia Brianna Saxe<sup>2</sup>Sara Gonçalves<sup>3</sup>

## EDUCAÇÃO POSITIVA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

### Impacto de diferentes estratégias no 1.º ciclo do ensino básico

**Resumo:** O bem-estar subjetivo é reconhecido como um fator preponderante na saúde e no florescimento humano. A Psicologia da Educação, influenciada pela abordagem preventiva da Psicologia Positiva, confere particular interesse ao conhecimento dos fatores promotores de bem-estar em contexto escolar.

Apresentamos dois estudos *quasi*-experimentais, onde se avaliam os contributos de diferentes intervenções de educação positiva no bem-estar subjetivo. O Estudo 1, avalia a eficácia da técnica *Three Good Things* na promoção de bem-estar e na satisfação com a escola em crianças dos 3.º e 4.º anos de escolaridade. O Estudo 2, avalia o impacto de estratégias de controlo emocional e de tomada de decisão, estruturadas a partir do programa “Crescer a Brincar”, na expressão emocional e na satisfação com a vida em relação a diferentes domínios específicos.

A partir dos resultados que observámos, refletimos e discutimos acerca da relevância da adoção de diferentes estratégias de educação positiva em contexto escolar .

**Palavras-chave:** Educação positiva; bem-estar subjetivo; intervenção psicológica; contexto escolar.

## POSITIVE EDUCATION AND SUBJECTIVE WELL-BEING

### Impact of different strategies in the basic education context

**Abstract:** The subjective well-being is recognized as a major factor in health and human flourishing. The Educational Psychology, influenced by the preventative approach of Positive Psychology, provides particular interest to knowledge of promoting factors of the well-being in school context.

We presented two quasi-experimental studies that assess the contributions of different positive educational interventions in subjective well-being. Study 1, evaluates the technical effectiveness “Three Good Things” in well-being promotion and satisfaction with school in children of the 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> years of scholarship. Study 2, assesses the impact of emotional control strategies and decision making, designed from the “Crescer a Brincar” program, in emotional expression and life satisfaction in different specific domains.

From the results we observed, we reflect and discuss about the relevance of adopting different positive education strategies in the school context .

**Keywords:** Positive education, subjective well-being, psychological intervention, school context.

<sup>1</sup> **Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve**  
**Sub-Diretor do Mestrado em Psicologia da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve**

Mestre em Ciências da Educação, na especialização de Psicologia da Educação, pela Universidade de Coimbra  
 Doutoramento em Psicologia, na especialidade de Psicologia da Educação, pela Universidade do Algarve

<sup>1</sup> **Doutoranda em Ciências da Educação na Universidade de Denver**

Licenciada em Psicologia pela Universidade do Havai  
 Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve

<sup>1</sup> **Coordenadora de Departamentos Técnico-Especializados da C.A.S.A – Centro de Apoio ao Sem-Abrigo: Delegação de Faro**

Licenciada em Psicologia pela Universidade do Algarve  
 Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade do Algarve

## Introdução

A educação positiva é definida como uma educação que engloba metodologias que promovem o bem-estar com o ensino tradicional e, inicialmente, foi desenvolvida por três motivos: como antídoto para a depressão; como veículo para maior satisfação com a vida; e para facilitar uma melhor aprendizagem e pensamentos mais criativos (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009).

À semelhança de outros construtos psicológicos, como a felicidade, a investigação em educação positiva envolve múltiplas áreas de estudo e é uma preocupação empírica recente sobre aspectos com uma longa história, um “*Old Wine in New Bottles*” (Kristjánsson, 2012). A utilização científica do termo está associada ao conceito de autoestima na década 70. Mais tarde, nos anos 90, centra-se nos programas de habilidades sociais e, com a entrada no novo milénio, nos programas de resiliência. Desde então, tornou-se um foco em iniciativas anti-*bullying*, programas de valores e discussões relativas ao bem-estar dos alunos, integrando competências sociais e emocionais (Green, Oades, & Robinson, 2011). Considerando que as crianças passam grande parte do seu tempo de vigília na escola, os autores são perentórios a afirmar que, sem esquecer a participação fundamental da família, o dia-a-dia das crianças como alunos, as suas interações e experiências com os colegas e com os professores são os alvos fundamentais a incluir nos programas associados à alfabetização emocional (e.g., Seligman *et al.*, 2009).

Integrando a plataforma da Psicologia Positiva nos ambientes educacionais, a educação positiva está sustentada em investigações que indicam que as habilidades que aumentam a resistência, o sentido de vida e a emoção positiva podem, de facto, ser ensinados na sala de aula. Vários programas têm sido criados com o objetivo, por exemplo, de ajudar os jovens a identificarem e a aplicarem os seus pontos fortes, promover resiliência, sentido de vida e emoções positivas. A título ilustrativo podemos referir o *Penn Resiliency Program*, que foi criado para aumentar a capacidade que os alunos têm para lidar com os factores stressantes diários (Seligman *et al.*, 2009). O *Strath Haven Positive Psychology Curriculum*

que incorpora atividades que visam aumentar a emoção positiva, a gratidão, o *mindfulness*, o otimismo e a resiliência. De entre as diversas atividades destacaremos mais adiante o exercício *Three Good Things* (Seligman *et al.*, 2009), por ser uma das técnicas que utilizámos nesta investigação. Incentivados pelos autores dos programas acabados de referir, os professores de uma escola australiana, o *Geelong Grammar School*, em Melbourne, criaram um currículo holístico, assente em três pilares: *Ensinar Positivamente, Integrar Positivamente e Viver Positivamente* (Norrish, Williams, O’Connor, & Robinson, 2013; White, 2009). A nível nacional, as estratégias de educação positiva surgem associadas a projetos internacionais, como é o caso do *Penn Resiliency Program*, ou resultam da criação de ferramentas específicas, de que é exemplo o programa “Crescer a Brincar” (Moreira, 2001), de que falaremos mais à frente.

A relevância que é conferida aos programas para populações escolares mais jovens parece decorrer do contributo que estas dimensões têm ao nível do desenvolvimento e como factores protetores. O estimular destas potencialidades ao nível do ensino primário e secundário é prioritário, uma vez que ao nível do ensino superior não se observa um impacto significativo destas intervenções sobre a felicidade (Cuñado & Garcia, 2012).

Uma educação mais holística que englobe metodologias promotoras de bem-estar no ensino tradicional, parece apresentar resultados favoráveis. A educação positiva não se limita ao desenvolvimento de competências sociais e emocionais, à formulação de aprendizagem social e de experiências geradoras de emoções positivas para alunos, professores e outros membros da organização escolar. Visa, também, identificar e incorporar os pontos fortes dos alunos, facilitar relacionamentos positivos nos jovens e, ainda, entre os jovens e os adultos, bem como desenvolver oportunidades para os alunos descobrirem uma nova pertinência da escola e um sentido mais profundo da vida (Noble & Mcgrath, 2008). Os investigadores reconhecem o contributo de uma educação holística para o desenvolvimento da capacidade de cada criança e adolescente lidar adaptativamente com o seu mundo interno (Green *et al.*, 2011), mas sugerem a replicação de estudos e metodologias de intervenção em

diferentes ambientes para se verificar a eficácia e a generalização deste paradigma (Seligman *et al.*, 2009). Ao se potencializar os pontos fortes de cada aluno e ao se promover a sua capacidade para ultrapassar adversidades e gerir emoções, evidencia-se uma melhoria na relação professor-aluno e na aprendizagem, com impactos significativos ao nível do clima escolar e das intervenções na sala de aula (Norrish *et al.*, 2013).

A educação positiva é, então, a incorporação da psicologia positiva na vida e nas escolas, definindo-se como a educação para as habilidades tradicionais e para a felicidade (Green *et al.*, 2011), e tem como um dos principais objetivos a promoção do sucesso nos alunos (Clonan, Chafouleas, McDougal, & Riley-Tillman, 2004). Em síntese, a educação positiva visa ajudar a criança e o jovem a identificar e a aplicar os seus pontos fortes; a promover a resiliência, o sentido de vida e as emoções positivas. A educação positiva é, ainda, um termo genérico usado para descrever as intervenções e programas de psicologia positiva empiricamente validados que têm um impacto sobre o bem-estar dos alunos (White & Murray, 2015).

O reconhecimento do bem-estar subjetivo como um fator preponderante na saúde e no florescimento humano beneficia das evidências que associam altos níveis de bem-estar com diferentes qualidades individuais, como as características adaptativas, a melhor saúde física, as relações mais gratificantes, o desempenho profissional superior, o envolvimento com a comunidade, uma vida mais longa, o pensamento mais criativo e uma melhor aprendizagem (e.g., Seligman *et al.*, 2009). A investigação tem demonstrado que fomentar o ajustamento psicológico e a promoção de competências sociais e emocionais desde os primeiros anos de vida, melhora os níveis de bem-estar das crianças e diminui de forma significativa as probabilidades de estas desenvolverem, mais tarde, problemas comportamentais, bem como fomenta o bom desempenho escolar (Crusellas, Barbosa, Moreira & Sá, 2007). O construto bem-estar subjetivo é, *inclusive*, considerado um dos principais componentes da educação positiva (Kristjánsson, 2012).

A aplicação do construto bem-estar subjetivo ao universo da criança determinou a conceptualização de um

conceito com significado psicológico próprio, o qual integra, na componente cognitiva, vários domínios específicos, possibilitando à criança um julgamento em diferentes valências da sua vida. Ou seja, enquanto a componente emocional apresenta uma estrutura idêntica ao bem-estar subjetivo do adulto, os estudos efetuados sobre a componente cognitiva sugerem que a satisfação com a vida nas crianças é um construto multidimensional com diferentes dimensões, entre elas a satisfação com a escola (e.g., Giacomoni, 2002; Huebner, Suldo, Smith, & McKnight, 2004). Esta diferença conceptual advém, sobretudo, do facto de a avaliação que a criança faz sobre a sua própria vida poder ser um exercício de total racionalidade (Noddings, 2003), quer quando ela faz um julgamento avaliativo consciente sobre a sua vida como um todo, quer quando estabelece juízos sobre aspetos específicos como as suas brincadeiras (Giacomoni, 2002). Por este motivo, a investigação com crianças atribui mais importância aos mecanismos psicossociais e cognitivos específicos que ligam a qualidade de vida subjetiva e os seus determinantes e consequências (Huebner *et al.*, 2004; Seligman *et al.*, 2009). Na criança, a relação da satisfação com a vida familiar e com a vida escolar é corroborada por diversas investigações (e.g., McCullough, Huebner & Laughlin 2000). Podemos então afirmar que a satisfação de vida em crianças e adolescentes se refere a diversas valências contextuais e psicológicas, relevantes para o funcionamento adaptativo, bem como, é reconhecida como uma via cognitiva através da qual as experiências ambientais se relacionam com o comportamento. Ou seja, os domínios mais próximos e diretamente mais relacionados com a vida da criança (e.g., família, escola, amigos) são os que exercem maior influência no seu bem-estar subjetivo.

Apesar da investigação sobre o universo do bem-estar subjetivo na criança ser ainda um pouco limitado, os estudos já realizados sugerem algumas evidências interessantes. Por exemplo, Suldo e Huebner (2004) descobriram que os adolescentes com altos níveis de satisfação com a vida eram menos propensos a desenvolver problemas de comportamento externalizados quando confrontados com eventos adversos da vida, sendo por isso de supor que a maior satisfação com a vida é predi-

tora de comportamento mais adaptativo, à semelhança das evidências obtidas em estudos com adultos (Huebner *et al.*, 2004). Seligman e outros (2009) sugerem que o ensino do bem-estar, do *coping*, da resiliência e do otimismo pode e deve ser incorporado nos programas tradicionais de educação. Clonan e outros (2004) sugerem que as escolas podem ser a ferramenta que é capaz de introduzir a metodologia da psicologia positiva para as populações em geral. A escola, enquanto instituição da comunidade com acesso direto e contínuo a crianças, famílias e recursos, pode prestar-se ao cultivar de um desenvolvimento positivo e, enquanto instituição positiva, pode servir de veículo de ligação ao movimento da psicologia positiva, com os objetivos de promover e cultivar esse mesmo desenvolvimento humano positivo. Os mesmos autores salientam, ainda, os possíveis benefícios da promoção do bem-estar em contexto escolar, onde se possa adotar um modelo mais preventivo que melhore as competências das crianças, ao invés dos modelos de intervenção dirigidos para a remediação.

Os exemplos listados sugerem, portanto, que os princípios e as estratégias preconizadas pela educação positiva podem ser utilizados para reforçar a prática de um ensino mais harmonioso e eficaz, bem como para transformar as escolas em espaços profícuos no desenvolvimento de capacidades e na promoção de bem-estar. Assim, a educação positiva é descrita como uma metodologia que lida com a escola como uma instituição positiva, através da qual se cultivam traços e emoções positivas para fins educacionais (Kristjánsson, 2012).

Apesar destas circunstâncias, a prática e a investigação no âmbito da psicologia educacional não têm sido influenciadas, diretamente, pelos objetivos da Psicologia Positiva (Clonan *et al.*, 2004; Noble & Mcgrath, 2008; Seligman *et al.*, 2009). Especificando, segundo os autores, o desafio que ainda se coloca aos sistemas educativos consiste no incentivar uma mudança na política de intervenção. Passar de modelos essencialmente remedia-tivos da aprendizagem para abordagens mais preventivas do bem-estar e da resiliência. Aos investigadores, nomeadamente da área da psicologia da educação, coloca-se o desafio de desenvolverem estudos que avaliem o eventual papel preditor do bem-estar subjetivo no suces-

so individual futuro, de crianças e de adolescentes, em termos educacionais e noutros domínios da vida. Coloca-se, ainda, o desafio de demonstrar que o bem-estar subjetivo é um recurso que pode ser trabalhado para aumentar a qualidade de vida, nomeadamente, integrando-o em modelos educacionais holísticos.

Com o intuito de contribuir para o conhecimento desta nova área de psicologia, a presente investigação teve por objetivo explorar o bem-estar subjetivo de crianças do 1.º ciclo de ensino básico. Um dos estudos (Estudo 1) consistiu na aplicação de uma atividade de psicologia positiva que pretende elevar os pensamentos positivos dos alunos na sala de aula, solicitando-se às crianças que escrevessem e refletissem sobre eventos positivos do dia. Outro estudo (Estudo 2) consistiu na utilização de estratégias de controlo emocional e de tomada de decisão, e na avaliação dos seus subsequentes efeitos na manifestação de emoções positivas e na satisfação com a vida.

Pelo exposto, é finalidade da presente publicação, refletir e debater a eficácia de diferentes técnicas de intervenção no âmbito da designada educação positiva, na promoção de bem-estar subjetivo em alunos do 1.º ciclo do ensino básico português.

### **Estudo 1**

#### **A influência do pensar positivamente na sala de aula no bem-estar de alunos do 1.º ciclo do ensino básico no Algarve**

#### **Racional do Programa e Componentes da Intervenção**

Adaptámos uma atividade inserida no método, *Strath Haven Positive Psychology Curriculum* e utilizada no *Gramman School Geelong*, que promove o pensamento positivo durante o dia na escola, a partir de uma atividade de reflexão escrita, a *Three Good Things*.

Replicando essa técnica criada por Seligman e outros (2009), os alunos de duas turmas, do 3.º e do 4.º anos, escreveram num caderno, ao longo de dois meses, do segundo período do ano letivo de 2011/2012, três eventos positivos. Sob o incentivo e orientação do professor titular de turma, os alunos recordam e fazem o registo diário, em sala de aula, de três acontecimentos ou

pensamentos considerados positivos. A duração média diária da atividade é 20 minutos. Os professores deverão conceder cerca de 10 minutos no início das atividades letivas e 10 minutos no final do dia de escola para a realização da tarefa.

Os alunos são ainda convidados a refletir sobre os eventos que mencionaram, procurando responder às seguintes questões: Porque é que essa coisa boa aconteceu?; O que significa para mim?; O que posso fazer para aumentar a probabilidade de ter mais eventos positivos no futuro ou de aumentar a sua frequência?

Os acontecimentos ou pensamentos positivos podem ser muito ou menos significativas, contudo, apenas podem ser considerados aqueles que os próprios consideram positivos.

### **Objetivo**

Avaliar a eficácia de uma técnica de Educação Positiva no incrementar do nível de bem-estar subjetivo de alunos do 1.º ciclo do ensino básico.

### **Método**

#### **Participantes**

Participaram no estudo 90 alunos do 3.º ano e do 4.º ano de escolaridade, inscritos no ano letivo de 2011/2012 numa escola básica do 1.º ciclo do concelho de Faro. A amostra é constituída por 37 (41%) crianças do sexo feminino e 53 (58,9%) do sexo masculino, com idades entre 8 e 10 anos ( $M = 8,54$ ). Tratando-se de um estudo com um desenho *quasi*-experimental, os participantes representam dois grupos, grupo experimental e o grupo de controlo, formados de modo idêntico, cada um deles constituído por 45 alunos e duas turmas, uma do 3.º ano e uma do 4.º ano de escolaridade.

#### **Desenho da Investigação**

Recorreu-se a um desenho *quasi*-experimental, com dois grupos não equivalentes, com dois momentos de recolha de dados, um no início da intervenção (pré-teste) e outro depois de concluída a intervenção (pós-teste). Após a primeira recolha de dados, a intervenção é aplicada ao grupo experimental, enquanto o grupo de controlo prossegue a sua atividade escolar regular sem qualquer atividade específica no domínio em estudo. O grupo experimental foi escolhido a partir das turmas correspondentes aos professores que manifestaram disponibili-

dade para participar na intervenção. Posteriormente, escolheu-se por conveniência, um grupo de controlo com características idênticas ao outro grupo. Optou-se deste modo por se tratar do formato que não acarreta alterações na constituição das turmas a integrar na investigação e por esta constituição corresponder com o quotidiano da vida escolar.

### **Instrumentos**

Aplicámos a versão adaptada para a população portuguesa da *Students' Life Satisfaction Scale* (Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2007), uma escala de autorrelato que avalia a satisfação com a vida em termos globais, em crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade. Os participantes são instruídos a responder às afirmações com base em pensamentos que tiveram nas últimas semanas. Para cada um dos sete itens há seis opções de resposta, que variam entre 1 – *discordo totalmente* e 6 – *concordo totalmente*. O índice global de satisfação é obtido através do somatório dos itens. Os resultados possíveis variam entre 7 e 42, escores mais elevados significam maior satisfação global. Na adaptação para a população portuguesa, o nível de consistência interna foi de 0,89.

Para a avaliação da componente emocional do bem-estar subjetivo utilizámos uma versão para língua portuguesa e dirigida às populações mais jovens da “Escala de Afeto Positivo e Negativo para Crianças” (PANAS C; Carvalho, Baptista & Gouveia, 2004). É uma medida de autorrelato da ocorrência de emoções positivas e negativas, constituída por 20 itens, agrupados em duas dimensões com 10 itens cada. Os participantes são instruídos a responder com base em como eles expressaram recentemente as emoções listadas, através de uma escala ordinal de três pontos (1 – *Nunca*, 2 – *Às vezes*, 3 – *Muitas Vezes*). Na adaptação para a população portuguesa apresentou um índice de consistência interna de .83 para o afeto negativo e de .76 para o afeto positivo.

A “Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças” (EMSVC; Giacomoni, 2002) é uma escala que fornece um perfil de julgamentos de satisfação com a vida em domínios específicos, entre eles o escolar. Indicada para aplicação em populações mais jovens (crianças e adolescentes), integra oito itens para cada di-

mensão, e apresenta níveis de consistência interna adequados para cada dimensão e para a escala total (Giacomoni & Hutz, 2008), a qual encontrou níveis de consistência interna adequados para cada subescala e para a escala total. Tendo-se considerado suficiente a aplicação da *Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS) para a avaliação da satisfação geral com a vida, aplicou-se, apenas, a escala relativa à dimensão da satisfação com a escola. Apesar de esta escala prever uma escala de resposta tipo *Likert* em cinco níveis, a fim de se evitar confusões de interpretação da intensidade/grau a atribuir às respostas por parte das crianças, optou-se pelo formato de seis pontos usado na SLSS.

Por se tratar da componente principal da intervenção, a técnica associada ao exercício de pensamento positivo, *Three Good Things*, com o objetivo de aumentar diretamente a quantidade de tempo que os alunos passam a pensar de uma maneira positiva, está detalhadamente apresentada no racional do programa e componentes da intervenção.

A bateria de instrumentos de recolha de dados foi concluída com um breve questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes no estudo nos seguintes aspetos: idade, sexo e ano de escolaridade.

### **Procedimento**

O objetivo da investigação foi apresentado ao diretor do Agrupamento de Escolas e aos professores. Obtida a autorização para a sua realização, os professores envolvidos no processo foram familiarizados com os procedimentos do estudo. Posteriormente, obtivemos o consentimento individual e informado de cada encarregado de educação dos alunos participantes na investigação. A bateria de instrumentos foi aplicada em contexto de sala de aula pelo professor titular de turma. Para facilitar a compreensão por parte das crianças, o professor leu as instruções em voz alta para a turma. Após o primeiro momento de coleta de dados, foi entregue a cada participante do grupo experimental um caderno para registo das *Three Good Things*. Foi-lhes apresentada a tarefa que deveriam realizar diariamente em sala de aula ao longo de dois meses, escrever qualquer coisa que tivessem pensado ou realizado, bem como refletir sobre o significado pessoal dos seus momentos ou factos posi-

vos. Além das instruções verbais, as mesmas instruções estavam escritas na primeira página do caderno. Concluído o período de intervenção, ambos os grupos responderam à mesma bateria de instrumentos de avaliação psicológica.

Para a análise e tratamento dos dados utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; versão 20.0). A análise da compreensão do seu próprio bem-estar, representado nas reflexões recordadas sobre as suas experiências positivas, não é objeto de análise neste estudo.

### **Hipótese**

Tendo em consideração a expectativa teórica no campo da educação positiva, os objetivos a atividade *Three Good Things* e as evidências de estudos empíricos consultados, formulámos a seguinte hipótese: H1 – após a intervenção de reflexão e registo diário de três acontecimentos ou pensamentos positivos, os alunos do grupo experimental irão apresentar uma melhoria nos níveis de bem-estar subjetivo, nomeadamente, ao nível das emoções positivas, da satisfação com a vida e de satisfação com a escola.

### **Resultados**

De forma a facilitar a análise dos resultados obtidos, a sua apresentação está organizada em três fases. Na primeira, que se designou por *análise preliminar*, são explicitados os procedimentos que procuraram verificar se o grupo de comparação apresenta as características necessárias para ser utilizado como grupo de controlo, de forma a garantir que as diferenças que possam surgir no final da intervenção resultam da intervenção e não das características dos grupos. Na segunda fase, designada como *resultados principais*, são apresentados os valores médios e os desvios-padrão para cada uma das dimensões avaliadas em função do grupo (experimental/controlo) e do momento (pré/pós-intervenção). Por fim, na terceira fase, designada por *efeitos da intervenção*, explora-se os efeitos da intervenção em cada uma das dimensões do bem-estar subjetivo (satisfação com a vida, afeto positivo, afeto negativo) e na satisfação com a escola.

Com vista a avaliar a igualdade dos grupos, experimental e de controlo, efetuámos a análise de variância,

através do Teste t, em função da idade ( $t = 1,268$ ;  $p > 0,05$ ) e do gênero ( $t = -1,066$ ;  $p > 0,05$ ) verificando-se, por referência a estas variáveis sociodemográficas, que os grupos parecem ser equivalentes. Encontramos diferenças estatisticamente significativas na análise de variância dos resultados entre os grupos antes da intervenção, na satisfação com a vida ( $t = -2,635$ ;  $p = 0,010$ ) e na satisfação com a escola ( $t = -2,261$ ;  $p = 0,02$ ), ambos favoráveis ao grupo controlo, mas que considerámos não exercerem influência para a determinação dos resultados finais.

Na Tabela 1 apresentamos os valores das médias e dos desvios-padrão para cada uma das dimensões em estudo, bem como os resultados da ANOVA com medidas repetidas, realizadas para avaliar as diferenças de resultados, pré e pós-intervenção, entre e dentro dos grupos.

Ao nível dos resultados principais, utilizámos a análise de variância com medidas repetidas (Teste t) para amostra emparelhadas, comparando-se os valores apresentados em cada uma das dimensões por parte das crianças de cada grupo, nos dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção). Os valores obtidos sugerem que as atividades implementadas ao grupo experimental causaram um aumento estatisticamente significativo na satisfação com a vida ( $t = -2,248$ ;  $p < 0,05$ ), evidência que não é partilhada pelo grupo de controlo ( $t = -1,352$ ;  $p >$

$0,05$ ). pelo que podemos inferir que uma maior quantidade de tempo gasto a pensar positivamente na sala de aula pode ter uma influência positiva sobre a satisfação com a vida em termos globais. Apesar de nas restantes medidas, não se observarem diferenças estatisticamente significativas, a trajetória de resultados do grupo experimental sugere aumentos mais relevantes na satisfação com a escola e um decréscimo de manifestação de emoções negativas por parte dos participantes do grupo experimental, do 1º para o 2.º momento. O sentido destas trajetórias é, inclusive, contrário revelado pelo grupo de controlo.

Os resultados obtidos sugerem interações (momento x grupo) em duas dimensões, na satisfação com a vida ( $F = 9,996$ ;  $p = 0,002$ ) e na satisfação com a escola ( $F = 7,635$ ;  $p = 0,007$ ), favoráveis ao grupo experimental. Assim, os alunos que participaram da intervenção de educação positiva relataram maior satisfação com a vida e com a escola, em comparação com os seus pares que não realizaram a atividade.

Estes resultados confirmam parcialmente a hipótese formulada, uma vez que não se observaram alterações estatisticamente significativas nas emoções positivas, para além de que o sentido dos resultados que observámos nesta dimensão, antes e após a intervenção, revela, inclusivamente, uma tendência em sentido inverso ao esperado.

Dimensões	Grupo Experimental				Grupo de Controlo				F	p
	Pré-Teste		Pós-Teste		Pré-Teste		Pós-Teste			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Satisfação Vida	30.29	5.63	31.89	5.79	33.80	6.95	35.18	5.05	9.996	.002
Afeto Positivo	24.76	3.04	24.07	3.72	25.49	2.97	24.44	3.38	1.029	.313
Afeto Negativo	16.64	3.49	15.58	3.91	16.36	4.05	16.58	4.16	.286	.594
Satisfação Escola	38.00	7.67	39.58	3.11	40.67	1.93	40.69	1.83	7.635	.007

Fonte: Alcía B. Saxe (2012).

**Tabela 1**  
Médias, Desvios-padrão e resultados da ANOVA com medidas repetidas

## Discussão

Os resultados obtidos neste estudo estão em consonância com o expresso na literatura que sugere que o aumento da quantidade de pensamento positivo na sala de aula pode levar a um maior bem-estar na infância (e.g., Norrish *et al.*, 2013; Seligman *et al.*, 2009). Por exemplo, à semelhança dos resultados obtidas, a literatura refere o aumento da satisfação com a vida a nível global (Huebner, 2004), o aumento da satisfação com a escola e a diminuição da manifestação de afeto negativo (Fredrickson, 2004). As evidências obtidas apontam para a capacidade de adaptabilidade transcultural da metodologia em que assenta a atividade *Three Good Things*.

Considerando que a literatura enfatiza a importância de se adaptar o enquadramento positivo para cada contexto (Clonan *et al.*, 2004), e uma vez que, no 1.º ciclo do ensino básico do sistema educativo português, prevalece a monodocência e, em regra, o mesmo professor ao longo dos quatro anos, considerámos importante que fosse o professor titular a assumir a função principal na execução da atividade. Tal facto poderá, todavia, ter tido influência nos resultados pois, Seligman e outros (2009) sublinham que a formação do administrador é um fator crucial para o sucesso do programa.

Apesar das limitações, que discutiremos de modo agregado nas conclusões, o presente estudo apresenta evidências que suportam a noção de que o bem-estar pode, de facto, ser “ensinado” nas escolas e inserido nos modelos de educação tradicional, sem que daí decorra algum prejuízo ou consequência para o regular funcionamento da escola e dos programas estabelecidos. Os professores e os psicólogos podem trabalhar conjuntamente na promoção de um desenvolvimento mais gratificante e holística em todas as pessoas, exigindo uma mudança de paradigma que incita profissionais e investigadores a expandirem os seus métodos além dos modelos tradicionais.

Novas investigações (lideradas por indivíduos treinados e com períodos de intervenção mais longos) são essenciais para a criação de um movimento de base empírica que acentue os aspectos positivos do comportamento humano e ofereça às pessoas e instituições um conhecimento sobre os recursos e modos de reforçar o

potencial e otimizar o desenvolvimento humano e a qualidade de vida.

## Estudo 2

### A promoção do bem-estar subjetivo em crianças do 1.º ciclo do ensino básico através de estratégias de controlo emocional e de tomada de decisão

#### Racional do Programa e Componentes da Intervenção

O Programa “Crescer a Brincar” é um programa que pretende aliar ao desenvolvimento da criança, a aquisição de competências consideradas básicas para o ajustamento e bem-estar psicológico e para a resiliência, através do reforço dos fatores de proteção e da redução dos fatores de risco (Moreira, 2001). É um programa de caráter longitudinal, com a duração de quatro anos, dirigido aos alunos do 1.º ciclo do ensino básico, do 1.º ao 4.º ano de escolaridade. Os seus principais objetivos são: (1) a prevenção de fatores de risco e a promoção de fatores de proteção; (2) o desenvolvimento de competências sociais, afetivas e cognitivas nas crianças e o envolvimento dos agentes educativos (i.e., pais e professores) no processo de ajustamento psicológico. O programa foi elaborado para ser aplicado em contexto de sala de aula pelo professor do grupo-turma. Dividido em várias sessões, 12 para cada manual, inclui para os vários anos e para as diversas valências, um manual para o professor e um manual para o aluno, na forma de banda desenhada.

O programa explora de uma forma lúdica (e.g. leitura de histórias, interpretação de textos, escrita, partilha oral de respostas e experiências, construção de materiais e dramatizações) e adaptada à idade da criança, diversas variáveis específicas que a ajudam a lidar com o seu mundo interior, tais como a motivação, a autoestima, as tomadas de decisão e suas consequências, a (in) vulnerabilidade percebida, a diferenciação emocional e a gestão das emoções, a assertividade, a distinção entre factos e crenças e a clarificação de valores (Moreira, 2001). Permite assim às crianças saberem mais acerca dos seus sentimentos, pensamentos e projetos de vida, já que quanto melhor os indivíduos conseguirem lidar com o seu mundo interno, mais capazes estarão de se envol-

ver em atividades produtivas e adaptadas às exigências da sociedade (Crusellas *et al.*, 2007).

Para a organização da intervenção tomou-se por referência o estruturado no programa “Crescer a Brincar”, no que respeita às componentes, emocional e de tomada de decisão, expressas nos manuais “Eu Controlo as Emoções” (Moreira, 2012) e “Eu Decido!” (Moreira, 2007), por serem os que melhor se adequam aos objetivos do estudo e ao público-alvo. O manual “Eu controlo as emoções”, aborda a temática das emoções, procurando focar-se na importância que todas as emoções têm, sendo que o fundamental é o adquirir estratégias para saber lidar com elas. Deste modo, o principal objetivo é o de dotar as crianças de competências de gestão das emoções (Moreira, 2012). O manual “Eu decido!”, é um documento orientado para a promoção das competências de resolução de problemas e para a tomada de decisão, e as suas consequências, pois as decisões que tomamos influenciam a qualidade e a quantidade de experiências da nossa vida (Moreira, 2007).

Por constrangimentos decorrentes da atividade regular da vida escolar, a vontade inicial de se aplicar na íntegra, o programa tal como é apresentado nos respetivos manuais, não foi possível. Nesse sentido, estruturou-se uma adaptação passível de execução, e que, respeitando os pressupostos originais do programa, permitisse aos alunos o desenvolvimento de competências nos domínios pretendidos. Assim, elaborou-se uma intervenção com oito sessões, quatro para casa valência, com a duração de 60 minutos cada. As sessões tiveram uma periodicidade semanal e ocorreram no início do segundo período do ano letivo.

As primeiras quatro sessões foram destinadas à identificação e controlo das emoções, tendo por objetivos o reconhecimento de diferentes emoções e sentimentos, sobretudo no que diz respeito às suas manifestações corporais; e o incrementar nas crianças estratégias interventivas face ao sentimento e emoção em consideração. A primeira sessão incluiu um objetivo inicial e preparatório reservado ao explanar de diferentes sentimentos e emoções, e seus respetivos aliados; ainda nesta sessão, debateu-se o sentimento de inferioridade. As emoções de medo e de zanga foram o tema da sessão dois. Na ter-

ceira sessão trabalhou-se o sentimento de frustração e na emoção de tristeza. Por último, a sessão quatro foi destinada ao sentimento de indecisão, assim como se incluiu um momento de síntese, com o objetivo complementar de rememorar os sentimentos e as emoções analisados, bem como de ressaltar as estratégias identificadas.

A segunda parte da intervenção foi destinada à tomada de decisão. Na sessão cinco, os objetivos foram elucidar as crianças quanto ao significado e à importância da tomada de decisão; procurou-se também fomentar nas crianças a capacidade de determinar qual é o problema e as opções possíveis a serem tomadas num cenário de crise. A sexta sessão foi destinada a diferenciar factos de crenças e aos seus significados; pretendeu-se igualmente elucidar as crianças quanto à importância das emoções, sentimentos, pensamentos e valores na tomada de decisão. Os objetivos da sétima sessão foram relevar a importância dos valores de cada pessoa, assim como de proceder à exploração, com as crianças, do significado da consequência e da relevância da sua previsibilidade no processo de tomada de decisão. Por fim, a sessão oito teve como objetivo o incrementar nas crianças a capacidade de determinar as várias etapas no processo de tomada de decisão. À semelhança da primeira parte, a intervenção concluiu-se com uma síntese dos aspetos abordados.

### **Objetivo**

Avaliar o impacto de estratégias de reflexão positiva suportadas no programa Crescer a Brincar na promoção do bem-estar subjetivo em crianças do 4.º ano de escolaridade.

### **Método**

#### **Participantes**

Participaram neste estudo 64 crianças com idades entre os 9 e 10 ( $M=9,20$ ;  $DP=0,477$ ) anos que, no ano letivo de 2012/2013, frequentavam o 4.º ano de escolaridade numa escola básica do 1.º ciclo do concelho de Olhão.

Trata-se de um estudo com um desenho *quasi*-experimental com dois grupos equivalentes com 32 participantes. O grupo experimental é constituído por 16 raparigas e 16 rapazes, enquanto que o grupo de controlo integra 17 raparigas e 15 rapazes. A maioria das crian-

ças de ambos os grupos vive com a família nuclear (mãe, pai e irmão/irmã), especificamente 38% (n=12) das crianças do grupo experimental e 50% (n=16) das crianças do grupo de controlo (n=16; 50 %).

### **Desenho da Investigação**

Recorreu-se a um desenho *quasi*-experimental (pré-intervenção/pós-intervenção), com grupos equivalentes, constituindo-se dois grupos aleatórios a partir do conjunto de alunos referenciados pelas estruturas competentes da escola, no âmbito das atividades da medida, Território Educativo de Intervenção Prioritária. Na organização dos grupos procurou-se, ainda, criar a menor perturbação possível à atividade regular da escola e das turmas que os participantes integram. Por forma a garantir condições equivalentes de aprendizagem e de desenvolvimento aos participantes de ambos os grupos, depois de concluída a implementação da intervenção no âmbito da investigação, os alunos que integravam o grupo de controlo beneficiaram de sessões equivalentes em igual número e sobre as mesmas temáticas.

### **Instrumentos**

Para a avaliação da componente cognitiva do bem-estar subjetivo infantil utilizámos a “Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças” (EMSVC; Giacomoni, 2002; Giacomoni & Hutz, 2008), desenvolvida para avaliar as perceções subjetivas da satisfação com a vida de crianças e adolescentes, com idades entre os 7 e os 12 anos de idade, em seis domínios específicos, a saber: o *self*, que avalia características positivas do eu, como a autoestima, o bom-humor, a capacidade de relacionar-se com os outros e a capacidade de demonstrar afeto; o *self* comparado, que agrupa itens que descrevem avaliações comparativas com os seus pares, com conteúdos relacionados o lazer, a amizade e a satisfação de desejos e de afetos; a não-violência, que inclui que avaliam conteúdos associados a comportamentos agressivos; a família, que usa descritores indiciadores de um ambiente familiar saudável, onde a harmonia, o afeto e a diversão se associam a relacionamentos satisfatórios; a amizade, que avalia os relacionamentos com os pares e o seu nível de satisfação, bem como algumas indicações relativas ao lazer, a situações de diversão e o apoio; e a escola, que avalia a importância da escola,

através do recurso a itens que descrevem o ambiente escolar, os relacionamentos interpessoais nesse espaço e o nível de satisfação em relação a esse ambiente.

Para a avaliação da componente afetiva aplicámos a “Escala de Afeto Positivo e Negativo para Crianças” (PANAS C; Carvalho, Baptista & Gouveia, 2004), cujas características psicométricas foram apresentadas no Estudo 1.

Para além destes instrumentos de avaliação psicológica foram utilizados os respetivos manuais do programa “Crescer a Brincar”, “Eu Controlo as Emoções” e “Eu Decido!”, os quais estão apresentados no racional do programa e componentes da intervenção.

A bateria de instrumentos de recolha de dados foi concluída com um breve questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes no estudo nos seguintes aspetos: idade, sexo, ano de escolaridade e composição do agregado familiar.

### **Procedimentos**

Apresentada a proposta de investigação aos órgãos de administração do Agrupamento de Escolas, e obtida a necessária autorização pelo seu diretor, procedeu-se à identificação das turmas, tendo em consideração o objetivo de atuar junto de públicos referenciados para intervenção prioritária no âmbito da medida TEIP e depois de ouvidos os professores coordenadores. Seleccionados os grupos, foi entregue a cada aluno uma declaração de consentimento informado, de modo a que os pais/encarregados de educação tivessem conhecimento da intervenção e expressassem a sua concordância ou não com a participação de cada criança no programa. Os instrumentos foram aplicados pelos autores do estudo, em contexto de sala de aula, no mesmo momento para ambos os grupos, antes e após a intervenção. Utilizaram-se instruções padronizadas, lidas em voz alta, a todos os participantes de modo a acautelar a igualdade de tratamento. De forma a garantir a confidencialidade dos dados, recorreu-se ao emparelhamento de questionários com recurso a um código alfanumérico.

À semelhança do Estudo 1 utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; versão 20.0), para a análise e tratamento dos dados.

### Hipótese

Tendo em consideração a expectativa teórica no campo da educação positiva, os objetivos do programa “Crescer a Brincar” e as evidências de estudos empíricos consultados, a hipótese esboçada para este estudo é: H1 – após a intervenção sobre a gestão emocional, a resolução de problemas sociais e tomadas de decisão, os alunos do grupo experimental irão apresentar uma melhoria nos níveis de bem-estar subjetivo.

### Resultados

Para a apresentação dos resultados, recorreu-se à mesma sequência de análises efetuada no Estudo 1, ou seja, *análise preliminar, resultados principais e efeitos da intervenção*. Nesta última fase, exploram-se os efeitos da intervenção em cada uma das dimensões do bem-estar subjetivo infantil.

A *análise preliminar dos resultados*, onde efetuámos a análise de variância através do Teste t para amostras independentes em função do género, não revelou diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente quando associamos as variáveis género e grupo (experimental/controlado).

Para a *apresentação dos resultados principais* recorreu-se à análise de variância com medidas repetidas para amostras emparelhadas, comparando-se o nível de bem-estar das crianças pertencentes a cada grupo, nos dois momentos de avaliação (pré e pós-intervenção). Na Ta-

bela 2 apresentamos os valores das médias e os desvios-padrão relativamente a cada uma das dimensões em estudo. A leitura de resultados obtidos pelo grupo experimental, antes e após a intervenção, revela diferenças estatisticamente significativas em cinco das dimensões, a saber: *self* ( $t = -2.240$ ;  $p = 0,032$ ); *self* comparado ( $t = 3.418$ ;  $p = 0,002$ ); não violência ( $t = 2.466$ ,  $p = 0,019$ ); afetividade positiva ( $t = -5.119$ ;  $p < 0,000$ ) e afetividade negativa ( $t = 4.425$ ;  $p < 0,000$ ). Ainda na Tabela 2, é possível observar que o grupo de controlo apresenta diferenças estatisticamente significativas apenas em duas dimensões, no *self* ( $t = 2.806$ ;  $p = 0,009$ ) e na amizade ( $t = 2.531$ ;  $p = 0,017$ ), ambas com uma variação no sentido das perdas.

Para analisar os *efeitos da intervenção* realizámos análises de variância (ANOVAS) com medições repetidas. Os resultados obtidos sugerem interações (momento x grupo) nas dimensões do *self* ( $F = 9.993$ ;  $p = 0,002$ ), da não-violência ( $F = 7.461$ ;  $p = 0,008$ ), da família ( $F = 3.177$ ;  $p = 0,080$ ), da afetividade positiva ( $F = 26.063$ ;  $p < 0,000$ ) e da afetividade negativa ( $F = 16.291$ ;  $p < 0,000$ ).

Considerando o significado psicológico de cada uma das dimensões das escalas EMSVC, pode-se afirmar que os participantes do grupo experimental beneficiaram da intervenção realizada em três componentes cognitivas (*self*, *self* comparado, não-violência) e na componente

Dimensões	Grupo Experimental (n=32)						Grupo de Controlo (n=32)						F	p
	Pré-Teste		Pós-Teste		t	p	Pré-Teste		Pós-Teste		t	p		
	M	DP	M	DP			M	DP	M	DP				
Sf	52.56	7.50	55.72	5.29	-2.240	.032	54.53	4.72	52.84	4.87	2.806	.009	9.993	.002
SC	23.25	8.13	17.47	7.40	3.418	.002	24.50	9.06	24.88	9.80	-0.206	.838	6.150	.016
NV	8.34	4.51	6.28	2.82	2.466	.019	7.38	3.58	8.47	3.94	-1.372	.180	7.461	.008
Fm	58.34	8.90	60.34	2.77	-1.304	.202	60.38	3.17	59.28	4.97	1.346	.188	3.177	.080
Az	48.72	6.90	48.94	4.57	-0.180	.858	51.50	4.02	49.38	3.09	2.531	.017	2.522	.117
Es	40.00	6.27	40.16	3.45	-0.128	.899	40.59	3.62	40.22	2.72	0.763	.451	0.162	.688
PA	24.00	3.47	27.63	2.78	-5.119	.000	25.84	2.90	25.06	3.30	1.583	.123	26.063	.000
NA	17.19	4.46	13.78	3.80	4.425	.000	14.91	3.81	15.81	3.71	-1.223	.231	16.291	.000

Legenda: **Sf** – self, **SC** – Self Comparado, **NV** – Não-violência, **Fm** – Família, **Az** – Amizade, **Es** – Escola, **PA** – Afetividade Positiva e **NA** – Afetividade Negativa  
Fonte: Sara Gonçalves (2013).

**Tabela 2**

Médias, Desvios-padrão, Teste T para amostras emparelhadas e resultados da ANOVA com medidas repetidas

emocional (afeto positivo e afeto negativo) do bem-estar subjetivo infantil, confirmando-se parcialmente a hipótese formulada.

Uma análise pormenorizada aos valores registados revela que, na dimensão do *self*, apesar do grupo experimental partir de um posicionamento inferior, após a intervenção, apresenta ganhos muito pronunciados e estatisticamente significativos no sentido desejado, ultrapassando os valores médios do grupo de controlo. Os resultados na dimensão não-violência apresentam-se em sentido idêntico, pois, os participantes do grupo experimental, apesar de partirem de um valor superior quando comparados com os escores dos participantes do grupo de controlo, apresentam níveis mais baixos após a intervenção, enquanto os outros aumentaram os níveis. No fator afetividade positiva, os valores registados sugerem um aumento dos níveis de expressão de emoções positivas, do 1.º para o 2.º momento, sendo no entanto o aumento apenas estatisticamente significativo para o grupo experimental. Já os resultados na afetividade negativa sugerem comportamentos distintos nos participantes dos dois grupos, entre o 1.º e o 2.º momento. Observa-se uma manutenção do nível de expressão de emoções negativas nos participantes do grupo de controlo e um decréscimo acentuado e estatisticamente significativo nos participantes do grupo experimental.

### **Discussão**

A análise dos resultados no que concerne aos impactos da intervenção sugerem mudanças favoráveis em benefício do bem-estar subjetivo das crianças do grupo experimental, quer em algumas das suas valências cognitivas quer na componente emocional. Especificamente, os resultados obtidos parecem indicar que as crianças submetidas à intervenção aumentaram os níveis de satisfação consigo mesmas e quando compararam a sua vida com a dos seus pares, bem como na forma como lidam com as situações em que possam ser vítimas de violência ou em que presenciam situações complexas ou difíceis (Poletto & Koller, 2011), o que as faz sentirem-se fortes, determinadas e isentas de medos ou de angústia.

Os resultados favoráveis na componente emocional – maior expressão de emoções positivas e menor mani-

festação de emoções negativas – por parte das crianças do grupo experimental, são consistentes com a satisfação com o *self* e com a satisfação com a qualidade das relações que se estabelecem com os outros, nomeadamente em termos de amizade (*self* comparado) (Poletto & Koller, 2011), bem como com a relutância face a situações violentas ou que envolvam conflito (não-violência).

Os poucos ganhos que registámos na dimensão de satisfação com a escola são coerentes com as evidências da menor satisfação neste fator, observadas por Nickerson e Nagle (2004). Na nossa amostra este resultado poderá estar relacionado com a pressão no ambiente escolar, por estes alunos se encontrarem em final de ciclo, sujeitos a uma tensão suplementar em termos de avaliação externa por exame e com uma carga decisiva na possibilidade de transição para o 5.º ano de escolaridade. Esta mesma razão poderá estar associada aos comportamentos de *self* comparado. Todavia, a este nível, as crianças que participaram na intervenção apresentam julgamentos mais satisfatórios. A similaridade de sucessos, ou o seu contrário, nos processos de comparação, nomeadamente em termos de desempenho escolar, poderão ter um efeito favorável (ou desfavorável) no bem-estar subjetivo dos alunos. O aumento do nível de satisfação que os participantes apresentam na dimensão do *self* comparado, poderá estar relacionado com uma melhoria dos julgamentos, ou seja com uma maior consistência na forma e no modo como se comparam com os seus pares e com uma maior capacidade de aceitação das singularidades e diferenças de cada um.

Os resultados obtidos estão de acordo com os objetivos e com as atividades desenvolvidas na intervenção. A título ilustrativo recorde-se os objetivos de incrementar de capacidades e de traços positivos (dimensão do *self*) e de potenciar capacidades de resolução de problemas, de forma a que se evitem conflitos (dimensão da não-violência). Pelo contrário, a inexistência de resultados com significado estatístico de relevo, nas dimensões da amizade e da família, poderá estar relacionada com o facto de a intervenção implementada não abordar esses aspectos específicos da vida, centrando-se nas competências de gestão emocio-

nal e na capacidade de tomada de decisão.

Apesar do exposto, globalmente, os resultados observados são coerentes com as nossas expectativas iniciais e coerentes com o referido na literatura (e.g., Giacomoni, 2002), afigurando-se-nos as evidências como muito relevantes, apesar da confirmação parcial da hipótese, uma vez que a intervenção de educação positiva realizada teve um impacto favorável na maioria dos fatores avaliados. Em síntese, os resultados obtidos pela análise de variância com medidas repetidas em amostras emparelhadas parecem sugerir que as crianças submetidas à intervenção estão mais satisfeitas com a vida, mesmo que tal expressão não seja transversal a todos os domínios da vida, e expressam um balanço emocional afetivamente mais saudável.

### Conclusão

Globalmente, os resultados dos estudos que realizámos são concordantes com as nossas expectativas iniciais e parecem-nos relevantes, na medida em que as intervenções implementadas, conceptualmente sustentadas nos princípios da educação positiva, evidenciaram impactos positivos e significativos na maioria dos fatores avaliados para as crianças que integraram os respetivos grupos experimentais. Por outras palavras, os resultados destes estudos indicam que uma intervenção de educação positiva, mesmo que relativamente breve e focada em aspetos específicos, pode ser eficaz no incremento do bem-estar subjetivo das crianças.

Especificamente:

- no Estudo 1, o pensamento positivo na sala de aula revelou-se associado com o bem-estar subjetivo mais elevado na infância (satisfação com a vida e satisfação com a escola);

- no Estudo 2, a adoção de estratégias de reforço dos fatores de proteção e a redução dos fatores de risco está associada com a melhoria da satisfação da vida da criança, nomeadamente uma maior positividade na autodescrição e no autoconceito; na redução de predisposição para a expressão de comportamentos agressivos; e no aumento de expressões de emoções positivas e redução da manifestação de emoções negativas.

Os estudos apresentados não estão isentos de limitações, as quais podem ter tido um efeito sobre os resulta-

dos que obtivemos. A aplicação de instrumentos de autorrelato junto de crianças é uma tarefa complexa, mesmo quando as crianças já expressam competências adequadas de leitura. Embora os instrumentos utilizados prevejam a sua aplicação em populações na faixa etária do nosso estudo, certo é que, a maior parte dos estudos que encontramos na nossa revisão da literatura, foram aplicados a amostras de adolescentes. As crianças manifestaram alguma dificuldade em compreender a terminologia utilizada e, de facto, precisaram de muita assistência do professor a fim de conseguirem completar as escalas, o que pode ter tido um impacto sobre os resultados. A subjetividade, muitas vezes associada ao significado das palavras, por exemplo, quando utilizadas de modo isolado, nem sempre facilitou a interpretação por parte das crianças, nomeadamente quando dois ou mais termos podem, em certa medida, ser descritos como sinónimos.

Apesar destas dificuldades, os alunos manifestaram total disponibilidade para responder ao questionário e mostraram um total à-vontade para solicitarem ajuda sempre que necessitavam. Procurou-se, em todas as situações, que fossem as crianças a chegarem à compreensão do significado dos itens. A curta duração do período experimental e a dimensão da amostra também podem limitar a generalização das nossas conclusões.

A fim de melhor apoiar as formulações teóricas, é imperativo elaborar e implementar estudos longitudinais de maior intervalo temporal, com vários momentos de coleta de dados, e em diferentes populações. Recomenda-se, ainda, que as técnicas de educação positiva devem ser administradas por pessoas que estejam familiarizadas e confortáveis com as metodologias, como um psicólogo ou um professor que tenha recebido treino nesse sentido.

Apesar das limitações que identificámos, as evidências expressas nos Estudos 1 e 2 parecem sugerir que a Educação Positiva influencia de forma profícua a felicidade das crianças, tal como é corroborado noutros estudos (e.g., Cuñado & Garcia, 2012; Norrish *et al.*, 2013). Considerando-se que a felicidade é um aspeto fundamental na vida de qualquer pessoa, e dado o papel que a Escola apresenta na vida das crianças, consideramos por isso que o incremento do bem-estar subjetivo deve representar um objetivo educacional (Kristjánsson, 2012).

## Referências bibliográficas

- Carvalho, M., Baptista, A. & Gouveia, J. (2004). Análise da estrutura factorial de uma medida de auto-avaliação da afectividade negativa e positiva para crianças e adolescentes. In C. Machado, L.S. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Clonan, S.M., Chafouleas, S.M., McDougal, J.L. & Riley-Tillman, T.C. (2004). Positive Psychology goes to school: Are we there yet? *Psychology in the Schools*, 41(1), 101-110.
- Crusellas, L., Barbosa, M. & Sá, I. (2007). Promoção do ajustamento psicológico no 1º Ciclo do ensino básico. Avaliação do programa Crescer a Brincar. I Congresso Internacional: Intervenção com crianças, jovens e famílias. Braga: Universidade do Minho.
- Cañado, J., & Garcia, F.P. (2012). Does Education affect happiness? *Evidence for Spain. Social Indicators Research*, 108(1), 185-196.
- Giacomoni, C.H. (2002). *Bem-estar Subjetivo Infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (tese de doutoramento).
- Giacomoni, C.H., & Hutz, C.S. (2008). Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças: estudos de construção e validação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1), 23-35.
- Gonçalves, S. (2013). *A educação positiva na promoção do bem-estar subjetivo em crianças do 4º ano de escolaridade*. Faro: Universidade do Algarve (tese de mestrado).
- Green, S., Oades, L. & Robinson, P. (2011). Positive education: Creating flourishing students, staff and schools. *InPsych*, 16-17, Abril. Acedido a 17 de setembro de 2012, em: <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2011/april/green/>
- Huebner, E.S., Suldo, S.M., Smith, L.C. & McKnight, C.G. (2004). Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 41(1), 81-93.
- Kristjánsson, K. (2012). Positive psychology and positive education: Old wine in new bottles? *Educational psychologist*, 47(2), 86-105.
- Marques, S.C., Pais-Ribeiro, J. & Lopez, S.J. (2007). Validation of a Portuguese Version of the Students' Life Satisfaction Scale. *Applied Research in Quality of Life*, 2(2), 83-94.
- McCullough, G., Huebner, E.S. & Laughlin, J. E. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290.
- Moreira, P. (2001). *Crescer a brincar. Bloco de actividades para a promoção do ajustamento psicológico*. Coimbra: Quarteto Editora
- Moreira, P. (2007). *Eu decido! Resolução de problemas e tomada de decisão*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, P. (2012). *Eu controlo as emoções: Gestão de emoções*. Porto: Porto Editora.
- Nickerson, A.B. & Nagle, R.J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35-60.
- Noble, T. & McGrath, H. (2008). The positive educational practices framework: A tool for facilitating the work of educational psychologists in promoting pupil wellbeing. *Educational & Child Psychology*, 25(2), 119-134.
- Noddings, N. (2003). *Happiness and Education*. New York: Cambridge University Press.
- Norrish, J. M., Williams, P., O'Connor, M. & Robinson, J. (2013). An applied framework for positive education. *International Journal of Wellbeing*, 3(2), 147-161.
- Poletto, M. & Koller, S.H. (2011). Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 476-484.
- Saxe, A. B. (2012). *Educação Positiva: a influência do pensar positivamente na sala de aula no bem-estar de alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico no Algarve*. Faro: Universidade do Algarve (tese de mestrado).
- Seligman, M., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K. & Linkins, M. (2009). Positive Education: Positive Psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
- Suldo, S.M. & Huebner, E.S. (2004). Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*, 19(2), 93-105.
- White, M. (2009, March). Why teach positive education in schools? *Curriculum Leadership: An electronic journal for leaders in education*. Retrieved from [http://www.curriculum.edu.au/leader/why\\_teach\\_positive\\_education\\_in\\_schools.27066.html?issueID=11751](http://www.curriculum.edu.au/leader/why_teach_positive_education_in_schools.27066.html?issueID=11751)
- White, M.A. & Murray, S. (2015). Preface. In M. A. White & S. Murray (Eds.). *Evidence-based approaches in positive education: Implementing a strategic framework for well-being in schools* (pp. xiii-xviii). New York: Springer Press.

J. A. Malveiro<sup>1</sup>Saul Neves de Jesus<sup>2</sup>

## A PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

### Um estudo comparativo de idosos institucionalizados\*

**Resumo:**

**Objecto:** Avaliação comparativa da percepção da qualidade de vida (qdv) em idosos institucionalizados em diferentes ambientes residenciais.

**Método:** Estudo comparativo transversal e observacional, descritivo e inferencial, constituído por 50 idosos da Aldeia-lar de S. José de Alcalar (grupo Alcalar), por 56 idosos residentes em Lares de Idosos (grupo ERPI) e por 52 Idosos utentes em Centros de Dia/Convívio (grupo EPDI). Utilizou-se os questionários WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old PT. Foram avaliados 158 sujeitos seleccionados em 22 instituições.

**Resultados:** Os sujeitos do grupo Alcalar obtiveram níveis, global e comparativamente, mais elevados de percepção da qdv enquanto os residentes nas ERPI perceberam níveis, comparativa e globalmente, inferiores de qdv.

**Conclusão:** Na relação comparativa intergrupala, o grupo da Aldeia-lar de Alcalar globalmente revelou níveis mais elevados na qdv percebida relativamente aos sujeitos institucionalizados nos outros ambientes residenciais, respectivamente as ERPI e os EPDI.

**Palavras-chave:** Aldeia-lar; Alcalar, idosos institucionalizados; qualidade de vida.

## THE QUALITY OF LIFE PERCEPTION

### A comparative study of institutionalized elderly

**Abstract:**

**Summary:** Comparative evaluation on Quality of Life (QOL) perception on different communitarian residential institutional environments for senior citizens.

**Method:** Cross-sectional comparative study, using a deductive and a descriptive statistical method on a sample of 50 senior citizens of the Retirement-village S. Joseph of Alcalar (Alcalar group), 56 senior residents in traditional retirement homes (ERPI group) and on 52 senior attendees of day care centers (EPDI group). This research comprised on two self-applicable questioners for elderly citizens on WHOQOL-BREF e WHOQOL-Old PT. We evaluated 158 senior citizens selected from 22 Institutions.

**Results:** Comparatively the Alcalar-retirement village group obtained higher levels of QOL while traditional ERPI residents revealed lower levels of QOL.

**Conclusion:** The Alcalar Retirement-village group globally showed higher levels on Quality of Life perception by comparison with the other two group subjects' residents and attendees, respectively, from ERPI and EPDI.

**Key-words:** Alcalar; elderly, quality of life; retirement-village.

**<sup>1</sup>Psicólogo Clínico****Supervisor do Gabinete de Psicologia dos Serviços de Saúde da Universidade do Algarve**

Pós-Graduado em Toxicoddependência(s) e Patologias Psicossociais pelo Instituto Superior de Miguel Torga de Coimbra  
Doutorando em Psicologia na Universidade do Algarve

**<sup>2</sup>Professor Catedrático da Universidade do Algarve****Diretor do Curso de Doutoramento em Psicologia**

Licenciado em Psicologia na especialidade de Psicologia da Educação pela Universidade de Coimbra  
Doutor em Psicologia na especialidade de Psicologia da Educação pela Universidade de Coimbra

\* Os autores seguem a Norma Ortográfica prévia ao Novo Acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

## 1. Considerações sobre a génese do conceito de qualidade de vida e sua aplicação

Ao longo das derradeiras três décadas do século XX a expressão qualidade de vida foi sendo crescentemente utilizada pela linguagem do senso comum até que, nos primórdios deste milénio, passou a ser habitual no vocabulário corrente. Todavia, a conceptualização nocional composta da denominação qualidade de vida não tem sido uma tarefa fácil devido à sua complexidade: trata-se de uma noção variável num só indivíduo ao longo do tempo, de sujeito para sujeito, de cultura para cultura e até mesmo de época para época, já que aquilo que outrora foi agradável para muitos pode ser actualmente desagradável para alguns e futuramente inaceitável para todos ou vice-versa. Devido à subjectividade implícita, o conceito apresenta limitações: as percepções tendem a ser instáveis, pois o que hoje é tido como boa qualidade de vida (doravante por nós denominada pelas iniciais “qdv”) pode deixar de ser amanhã, da mesma forma que as pessoas mudam, também se altera o modo como avaliam a vida. Além de multidimensional, a noção de qdv parece ter uma alta afinidade com a percepção que as pessoas têm sobre de si e sobre os outros e é fortemente influenciada pelo contexto ambiental, incluído neste âmbito a dimensão sócio-cultural em que os indivíduos se inserem. Tal evidência não é alheia à interligação entre o envelhecimento e a qdv, e à importância que tal relação tem vindo a assumir nas sociedades ocidentais, nas quais o conceito é um dos principais indicadores considerados na avaliação das condições de vida dos idosos, supostamente com o propósito humanitário de se acrescentar vida aos anos ao invés de se acumular anos de vida.

Do ponto de vista psicológico, a qdv resulta da avaliação de diversos componentes nocionais tais como felicidade ou bem-estar subjectivo, auto-estima, o  *coping*  e a resiliência, a estabilidade emocional e psíquica e, particularmente no caso do envelhecimento, está igualmente dependente da capacidade de adaptação optimizante selectiva com compensação sendo igualmente correlativa à  *joie de vivre* , às competências afectivas e ao estabelecimento e manutenção participativa na comunidade, além das expectativas em relação ao futuro e de outros aspectos personalísticos. Além do exposto, salien-

entamos que a dimensão psicológica está intimamente ligada a todas as outras dimensões, nomeadamente com a espiritualidade, a dimensão física, a independência funcional e económica, as relações sociais e, também, com a vivência do espaço ambiental, seja natural ou humano. Neste âmbito, a partir da inclusão da dimensão psicológica e, também, de elementos concretos do espaço vivencial na avaliação da qdv, sobreveio a proposta de passar-se a avaliar a qualidade ambiental, um conceito mais objectivo e que facilita a investigação, daqui resultando que o ambiente sirva como um dos indicadores específicos para a qdv. A este propósito, na nossa investigação esta temática assume um aspecto relevante na medida em que é suposto que o ambiente influencie a percepção da qdv dos idosos em determinados contextos residenciais institucionais.

No presente estudo, além da indispensável selecção de instrumentos de avaliação da qdv adequadamente aplicáveis à população portuguesa, *a priori* estivemos ante a indispensabilidade de evitarmos a proliferação de conceitos de qdv fortemente influenciados pela cultura anglo-saxónica. A nossa escolha final recaiu sobre a definição do conceito de qdv proposto pela World Health Organization (WHO) através do WHOQOL Group : “ (...) a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHO, 1994, p. 28).

## 2. A influência da Arquitectura na qualidade de vida dos Idosos

Segundo a Arquitecta Sandra Carli (2004) os idosos, em geral, sentem-se frequentemente satisfeitos relativamente às suas residências, sendo as limitações funcionais no uso dos espaços por eles percebidas, numa perspectiva de compensação, como decorrendo naturalmente do avanço da idade. No mesmo sentido, Luísa Pimentel (1995) verificou que a maioria dos idosos que moravam nas suas casas revelou vontade de manter a sua independência em relação aos seus familiares e continuar a residir nas suas próprias casas o mais tempo possível. Também Marsden (2005) e Paúl, Fonseca,

Martín e Amado (2005) salientaram que os idosos manifestam o desejo de continuar a residir nas suas próprias casas, mesmo que essa vivência seja obstaculizada por limitações funcionais. Neste âmbito, a possibilidade de sofrer um acidente doméstico e os receios associados a este risco têm vindo a dominar *ad nauseam* a maioria das regulamentações incutindo-lhes características marcadamente hospitalares, as quais constituem as normativas dos espaços institucionais de acolhimento residencial para idosos.

Podendo existir dificuldades, entre os idosos, na resolução dos problemas funcionais e da relação com o espaço residencial – conforme decorre do natural processo senescente – o projecto habitacional e a envolvente, quer sejam privados ou públicos, devem ser preventivamente planeados por forma a possibilitar que o *habitat* integre antecipadamente as eventuais necessidades físicas e psíquicas de *todos* os seus habitantes, desde as crianças aos muito mais velhos, de modo a garantir o pleno uso, seja qual for a idade e a capacidade funcional dos habitantes. Neste âmbito, segundo Peters (1999), tiveram início nos anos 60 os estudos sobre as barreiras arquitectónicas e o aperfeiçoamento dos espaços que contemplam a melhor acessibilidade através do *desenho universal* (1). Trata-se, portanto, da criação do projecto arquitectónico tendo especial atenção à complexa inter-relação entre todos os seus componentes directos e indirectos – materiais, estéticos, funcionais, ambientais, humanos, etcetera.

Tais pressupostos facilitam e promovem o pleno usufruto quotidiano do ambiente habitacional, preventivamente optimizado para que possa ser percebido não apenas como residência mas essencialmente como *lar*. A este propósito, o conceito de *lar* (2) pode encontrar parte do seu significado numa referência indissociável da identidade de uma pessoa na relação com os outros mais significativos já que, se entendermos a casa como a terceira pele individual, o *lar* pode ser a pele colectiva que integra, protege e une todos os habitantes do ramo familiar ao redor de um foco centralizado, o *focus*, o fogo ardente, símbolo espiritual da união e da integração. Assim, o *lar* constitui-se como conceito fortemente *afectivo*, e resulta da vivência familiar dentro da casa,

do calor emocional ou da insensibilidade, da calma ou a tempestade emotiva, do equilíbrio ou da desarmonia individual ou relacional, do ruído ou do silêncio dos afectos que ecoam no espaço residencial. Consequente, a atribuição afectiva intrínseca ao termo *lar* (hoje em dia trivialmente compreendido no vocabulário comum como um mero sinónimo de casa ou, desgraçadamente, apropriado como denominação institucional (3)), representa o lugar próprio onde o indivíduo interage numa dinâmica relacional íntima, espaço pessoal no qual é possível usufruir da privacidade e onde, também, decorre a parte mais significativa da vida na esfera familiar.

Sobretudo nas últimas quatro décadas, os países desenvolvidos têm assistido a um crescente envelhecimento populacional assim como a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. Estes factores implicam um enorme esforço colectivo, nomeadamente no que diz respeito à fundação e à manutenção do Estado Social, na medida em que ao aumento dos níveis de longevidade numa população envelhecida corresponde, geralmente, o acréscimo da necessidade de cuidados de apoio em regime de longa duração, muitos deles especializados.

Em Portugal, o apoio social aos idosos o Estado assumiu um papel relevante na protecção social; contudo, tem partilhado essa responsabilidade com as famílias e com a iniciativa privada com origem na sociedade civil (IPSS/ONG`s) e com as iniciativas empresariais com fins lucrativos. Neste campo de acção, as respostas de prestação de apoio social aos idosos têm sido constituídas maioritariamente por três modelos preponderantes, dois deles com características ambientais sócio-comunitárias – as ERPI (4) e os EPDI (5) – e um terceiro modelo de assistência ao domicílio, denominado por Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Segundo os dados recentes da Segurança Social relativos a 2014, existiam 78.104 idosos alojados em ERPI a que acrescem 62.928 utentes dos EPDI (respectivamente 42.693 utentes nos *Centros de Dia* e 20.235 utentes nos *Centros de Convívio*), sendo o Apoio Domiciliário prestado a 76.188 idosos. Portanto, em Portugal e em 2014, os três modelos assistenciais mais relevantes prestavam apoio directo a mais de 217 mil idosos (IGFSS, 2014; ISS, 2014).

### 3.1. As Estruturas Residenciais para Idosos

Os *Lar de Idosos*, as *Casas de Repouso*, as *Residência para Idosos*, etc., passaram a ser genericamente designadas por *Estruturas Residenciais Para Idosos* (ERPI) e constituem o modelo institucional de acolhimento para idosos largamente maioritário em Portugal. Como paradigma assistencial residencial, as ERPI resultaram da recente **evolução (6)** das normas organizacionais e dos serviços prestados, determinada pela padronização oficial de requisitos mínimos de **qualidade (7)**.

Trata-se de instituições colectivas destinadas ao acolhimento residencial permanente de idosos, as quais podem assumir diferentes modalidades no alojamento, não sendo rigorosamente iguais entre si. São teoricamente agrupáveis em duas tipologias principais: os eufemisticamente denominados **Lares de Idosos** e as **Residências para Idosos; estas últimas, geralmente direccionadas para escalões sócio-económicos superiores**, gozam de características ambientais personalizadas, à semelhança *homelike (8)*.

No total das ERPI a funcionar no Continente em 2012, o alojamento em quarto é a modalidade predominante (97 % dos casos). No que concerne à população residente nas ERPI, segundo os dados mais recentes, os utentes com mais de 80 anos constituíam, em 2012, cerca de 70 % do total, dos quais 46 % tinham 85 ou mais anos, o que evidencia o peso significativo deste subgrupo etário longo em que as mulheres estão em maioria. A distribuição dos utentes por tempo de permanência na resposta ERPI evidencia um elevado peso das estadas prolongadas: 50 % dos utentes mantêm-se nas ERPI por 3 ou mais anos, dos quais 30 % permanecem por um período superior a 5 anos.

Segundo os dados recentes da Segurança Social, relativos a 2014, existiam 78.104 idosos com mais de 65 anos alojados nas ERPI (IGFSS, 2014; ISS, 2014).

### 3.2. Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos: *Centros de Dia* e *Centros de Convívio*

Os Centros de Dia e os Centros de Convívio, ambos denominados por *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos* (EPDI), são respostas sociais que visam proporcionar serviços adequados à satisfação das

necessidades diárias dos idosos e/ou desenvolver actividades que possam contribuir para a socialização e o retardamento das consequências nefastas do envelhecimento. Os utentes que frequentam as EPDI beneficiam de apoio diário sem que haja internato residencial, i.e., os idosos regressam diariamente às suas habitações.

Em síntese, as tipologias constituintes dos EPDI's, partilham alguns objectivos comuns, contudo, entre ambos existem diferenças na variedade e na abrangência de serviços prestados. Quando comparado com o congéner *Centro de Convívio*, o *Centro de Dia* constitui-se como uma valência mais completa na qual a capacidade de apoio é mais abrangente. Entre tais actividades comuns aos EPDI estão a prevenção do isolamento ou da exclusão social e o fomento relações interpessoais e intergeracionais. Igualmente entre os objectivos comuns está o favorecimento da permanência das pessoas idosas na sua residência habitual.

No que diz respeito aos utentes que frequentam a resposta *Centro de Dia*, em 2012, cerca de 50 % tinham até 80 anos de idade e eram maioritariamente do género feminino, tendência que se verifica em todas as respostas dirigidas à população idosa, o que parece confirmar a preponderância do género feminino na frequência dos EPDI, factor relacionado com a supremacia dos contingentes populacionais femininos entre os escalões etários mais longevos.

Importa referir que, segundo dados recentes da Segurança Social, em Portugal e em 2014, eram cerca de 62.928 os utentes que beneficiavam dos serviços prestados pelos EPDI sendo, respectivamente, 42.693 os utentes apoiados pelos *Centros de Dia* e 20.235 os utentes que frequentam os *Centros de Convívio* (IGFSS, 2014; ISS, 2014b).

### 3.3. A Aldeia-lar de S. José de Alcalar: um protótipo residencial comunitário para pessoas idosas

Reunidas as condições básicas para impulsionar o projecto sonhado, a criação de um lar de idosos que mimetizasse ambientalmente uma Aldeia, o seu mentor, o Padre Jesuíta Domingos Costa, em 1988 iniciou a teorização da conceptualização arquitectural em estreita colaboração com o Arquitecto Martim Afonso Pacheco

Gracias. Entre o Arquitecto e o Padre promotor da Aldeia-lar foi consensual que o conjunto a edificar deveria comportar um Núcleo Central, dois Núcleos Habitacionais constituídos pelas casas para as famílias de idosos, um Centro de Convívio e um Núcleo de Apoio a Visitantes, já que os contactos com as paróquias estrangeiras favoreciam a vinda de estudantes e, também, porque germinava a ideia do convívio inter-geracional hoje em dia viabilizado pelo Infantário. Como se observa na Figura 1, o grande “S” de Solidariedade para o núcleo central, o desenvolvimento circular para os 2 núcleos habitacionais, criando espaços livres e convenientemente ajardinados, permitiria uma convivência de grande qualidade de vida (Costa, 2000). Segundo descreve o Arquitecto Martim Gracias (citado por Costa, 2000): “Definida a estrutura arquitectural (...) impunha-se a opção para as formas interpenetrantes e envolventes; daí a utilização de formas circulares (na conceptualização do desenho do projecto de Arquitectura).

A Aldeia-lar de S. José de Alcalar foi planeada com atenção à fluidez e fácil acesso entre os espaços comuns num desenho que promove a vizinhança entre as moradias dispostas em redor da praça. Esta Aldeia-lar, que possui uma capacidade máxima de 130, contava em 2012 com 119 residentes.

O maior edifício da Aldeia-lar de S. José de Alcalar é o Bloco dos Serviços Centrais, que constitui o Núcleo Central (Vide letra A da Figura 1.). Este edifício está de frente ao parque de estacionamento e às duas entradas principais que ladeiam o pequeno muro que delimita a aldeia da estrada municipal. O grande casarão, cujos dois pisos acompanham o suave declive do início da propriedade, foi o primeiro edifício a ser construído ao longo das 3 fases de edificação da Aldeia-lar. Nele estão instalados os diversos serviços de apoio (a cozinha, as despensas e o refeitório comunitário, os gabinetes médico, de enfermagem e de fisioterapia, o salão de cabeleireiro, a lavandaria e a engomadoria, os serviços de limpeza e de apoio às residências, o armazém geral, os serviços administrativos, a sala de reuniões, o atelier polivalente, a Capela, a biblioteca e um enorme salão de festas).

Na envolvente lateral traseira do edifício do Núcleo Central encontra-se o Centro de Convívio (Vide letra D da Figura 1). Esta área de lazer recebe-nos com uma enorme alfarrobeira ao lado de um anfiteatro em pedra, numa evocação mediterrânica comovente. Adjacente está um pequeno edifício onde funciona o bar e a esplanada, geridos por residentes da Aldeia-lar. O edifício do bar outrora albergou uma pequena mercearia destinada

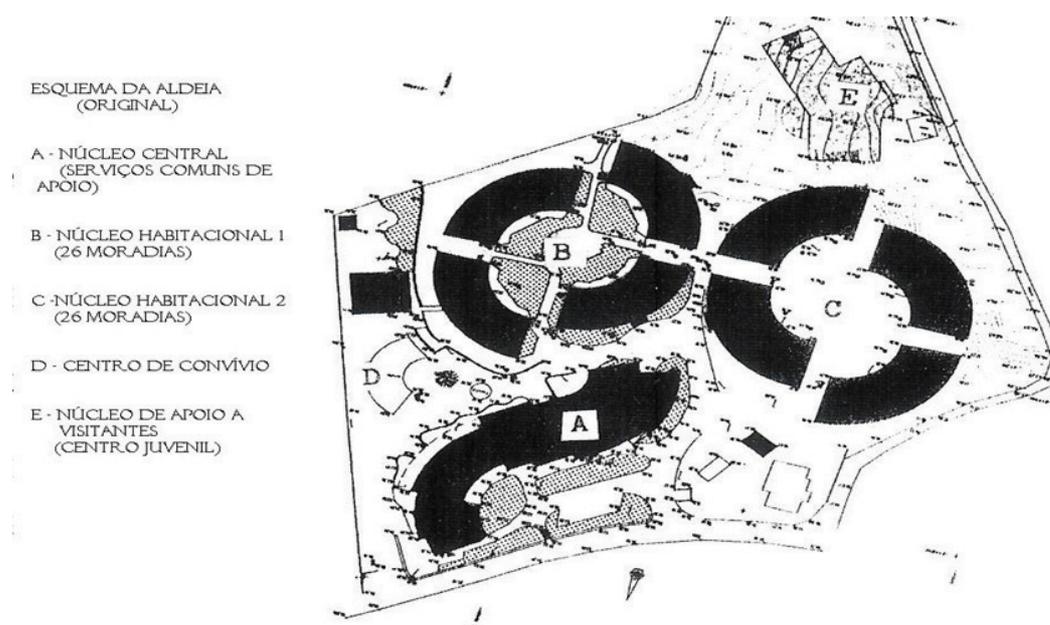


Figura 1: Esquema da Aldeia de Alcalar, da autoria do Arquitecto Martim Gracias (Costa, 2000, adapt.)

ao uso dos moradores a qual, entretanto, encerrou por excessos regulamentares do Ministério das Finanças. Nesta área, numa zona contígua ao bar, está uma área com aparelhos de ginástica ao ar livre e um espaço destinado ao convívio com churrasqueira.

Cada um dos dois núcleos habitacionais (Vide letras B e C da Figura 1.) é constituído por 26 moradias da tipologia T1 (29,00 m<sup>2</sup>), 18 do tipo T2 (48,60 m<sup>2</sup>) e 8 casas T3 (60,40 m<sup>2</sup>) o que perfaz 52 moradias na Aldeia. Divididas por 2 núcleos circulares, as casas formam duas praças ajardinadas cujo limite são os longos alpendres ligados em continuidade circular, sob os quais se encontram os acessos privados às moradias.

A disposição circular sequencial das moradias, prolongadas para o exterior pelo protector e tradicional alpendre, facilita o uso do espaço habitacional. O alpendre comum promove a convivência com os vizinhos por ser uma ampla *área de estar* exterior, com espaços personalizados comunicantes, e é um canal de passagem das pessoas entre as moradias. Saliente-se que os extensos alpendres constituem um passeio ao mesmo tempo público e de uso privado, circular e coberto, em redor da respectiva praça, tendo como função prática a circulação pedonal protegida do sol e da chuva entre as casas da vizinhança, sendo também uma área de lazer e, dada a disposição circular do edificado e dos alpendres, este espaço exterior também serve como elo de proximidade pois interliga visualmente todos os vizinhos das 26 habitações de cada núcleo residencial. Os alpendres de cada núcleo residencial, ao acompanharem a circularidade do edificado, servem não apenas como espaço de prolongamento entre cada moradia e o exterior, como também neles foram multiplicadas zonas apropriadas e personalizadas pelos moradores - para *lanchar*, *apanhar a fresca* ou *jogar à bisca*.

Ambas praças ajardinadas, que resultaram da disposição das moradias em círculo nos dois núcleos habitacionais, são rasgadas por 4 passagens simétricas e diametralmente dispostas, as quais servem como ruas para acesso entre os núcleos e destes para os restantes espaços edificados e para a envolvente natural adjacente. Assim, com a disposição das passagens (devidamente calçadas), a fluidez entre os núcleos e as moradias não

constitui problema mesmo para as pessoas com mobilidade condicionada.

As hortas comunitárias, da iniciativa dos residentes mais activos, são cultivadas nas traseiras do núcleo habitacional C (Vide Figura 1.) mas também surgem um pouco por todo o lado, já que os idosos semeiam em vasos e fazem canteiros de plantas hortícolas e aromáticas, às vezes anexando espaço destinado ao jardim sempre que aqui e acolá a relva rareia. Para além das hortas e canteiros cultivados pelos idosos, existem alguns animais domésticos tais como galinhas, vários gatos adoptados e um burro que se chama *Buda*.

A entrada para cada residência faz-se para um *open space* que integra a sala-de-estar, uma área para refeição e uma *kitchenette* com um equipamento básico. Todas as residências estão equipadas com casa de banho completa, água quente e fria, electricidade, telefone interno, aquecimento central, instalação de TV, fogão, forno e frigorífico. Os moradores podem trazer das casas de origem ou adquirir os electrodomésticos ou o mobiliário, assim como as demais comodidades que julguem necessárias ao seu conforto. A decoração é feita conforme o gosto de cada morador, o que permite tornar o espaço num ambiente *homelike*.

Refira-se ainda que os quase 2 hectares da propriedade integram também um Centro Juvenil (Vide letra E da Figura 1.), frequentado ao longo da semana por 141 crianças, distribuídas pelas valências de creche, jardim-de-infância e ATL.

Localizada nos arredores de Portimão, no Algarve, a Aldeia-lar de S. José de Alcalar não se parece com uma ERPI tradicional mas também não é um *resort* para idosos endinheirados (9). Lá, as portas das casas desta peculiar Aldeia-lar estão sempre abertas aos vizinhos, aos amigos e aos familiares. As visitas são sempre bem-vindas, de dia ou de noite. Os utentes saem e entram à vontade, ajudam-se mutuamente em espírito de boa vizinhança.

A meia centena de casas da Aldeia-lar de Alcalar foram pensadas para pessoas idosas que não podem ou não querem viver sozinhas, portanto não querem apenas sobreviver. Nela, as pessoas residem num ambiente comunitário, inserido na natureza, no qual usufruem da

sua intimidade ou convivem quando lhes apetece. Nas suas casas, decoradas conforme as posses e o gosto, os habitantes idosos estão formalmente institucionalizados mas sentem-se pessoas autónomas e vivem afectivamente o espaço ambiental na medida em que dele se apropriam como um *lar*.

#### 4. Metodologia

Considerando a multifactoriedade associada à deterioração ou à potenciação do envelhecimento das pessoas inseridas num determinado contexto ambiental residencial, o objectivo principal deste estudo incide no estudo comparativo sobre a percepção (10) dos idosos (11) que usufruem de diversos contextos residenciais institucionais comunitários (12). Neste âmbito, o principal desafio deste estudo passou pela averiguação de eventuais divergências perceptivas relevantes quanto à percepção da *qualidade de vida*, em função dos contextos institucionais residenciais considerados. Analisámos os resultados através de uma análise diferencial comparativa intergrupar considerando, para o efeito, os dados obtidos a partir do subagrupamento dos idosos institucionalizados em três tipos de ambientes residenciais comunitários, i.e., os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar, os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI. Após a escolha das instituições alvo, dos contactos preliminares de exposição do plano de estudos e das consequentes autorizações, iniciámos o processo de selecção da amostra. Esta selecção esteve sujeita aos condicionalismos de representatividade e equiprobabilidade de modo a que as variáveis tivessem o mais possível uma distribuição idêntica entre o universo amostral por forma a aumentar a qualidade dos dados estatísticos e o seu grau de fiabilidade, evitando-se conclusões enviesadas por regularidade ilegítimas.

Naquele pressuposto, decidimos excluir da amostra os sujeitos diagnosticados com Patologia Psiquiátrica Grave (Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas) e com Patologias Neurodegenerativas com Incidência Demencial (13).

O desenho do estudo implicou estabelecer uma amostra de 158 sujeitos, subdividida em três subamostras, constituídas respectivamente em função de cada ambiente residencial institucional. Em cada subamostra

os sujeitos foram seleccionados aleatoriamente de entre os indivíduos disponíveis e mentalmente aptos, de acordo com as indicações técnicas e clínicas recolhidas de antemão em cada instituição, segundo o protocolo de procedimentos descrito adiante. Assim, para a passagem dos instrumentos às três subamostras, cuja comparação intergrupar se pretendia estudar, constituíram-se respectivamente: a) a subamostra Alcalar, formada por habitantes na Aldeia-lar de S. José de Alcalar (n1=50); b) a subamostra ERPI, constituída por idosos residentes nas ERPI (n2=56); c) a subamostra EPDI, composta por idosos utentes dos EPDI (n3=52). A amostra total foi constituída por 117 idosas (77%) e 41 idosos (23%). Refira-se que, para o efeito comparativo intergrupar, a amostra foi decomposta em três grupos semelhantes.

No que respeita à metodologia utilizada, optámos pela aplicação personalizada, hétero e/ou autoadministrada, da bateria de instrumentos (14) que decidimos aplicar na nossa investigação.

Nos casos em que tal foi possível, procedeu-se à entrega da bateria de testes aos sujeitos disponíveis e capacitados para responder autonomamente de modo permitir a avaliação individual sem superintendência, sendo somente sido efectuados procedimentos instrutórios prévios à passagem dos instrumentos e uma revisão de verificação do pleno preenchimento dos itens na altura da recolha da bateria de testes. Nos casos em que não foi possível a autoadministração (pelos mais variados motivos, desde a falta de visão até ao analfabetismo) a bateria de testes foi administrada pelo investigador através da leitura em voz alta, de forma rigorosamente directiva e isenta, com informação deontológica prévia e a salvaguarda da privacidade. O tempo de duração consecutiva da aplicação directiva da bateria de testes não ultrapassou os 45 minutos, período durante o qual se fez a gestão da passagem. Os intervalos entre as passagens variaram conforme a disponibilidade dos sujeitos, sendo regra pausas não inferiores a 15 minutos entre os períodos de aplicação continuada. A passagem dos instrumentos de avaliação teve início em Setembro de 2012 com término em Dezembro do mesmo ano.

Efectuámos um estudo descritivo e inferencial na medida em que se pretendeu descrever e sumariar os da-

dos analisados através de medidas estatísticas descritivas e generalizar os resultados para as populações estudadas tendo aplicados, para o efeito, testes estatísticos inferenciais apropriados.

Os dados foram recolhidos por via de questionários aplicados num determinado momento, sem qualquer interferência por parte do investigador no comportamento dos indivíduos podendo, portanto, classificar-se o estudo como transversal e observacional.

Nos testes estatísticos inferenciais realizados pretendeu-se comparar os indivíduos dos 3 grupos considerados (Alcalar, ERPI e EPDI) relativamente aos instrumentos estudados, i.e., de que modo a percepção da *qdv* dependem do grupo. Por conseguinte, a variável definidora do grupo é a variável independente e as restantes variáveis incluídas nos testes inferenciais são as variáveis dependentes.

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa IBM SPSS, na versão 20 para Windows. A caracterização da amostra foi efectuada através de frequências absolutas e relativas (%) para o caso das variáveis qualitativas; no caso das variáveis quantitativas foram apresentados o valor mínimo, máximo, a média e o desvio-padrão. No que concerne às variáveis dependentes quantitativas a verificação da adequação para a realização de testes paramétricos foi feita através da análise dos Coeficientes de Curtose (ou de Achatamento), tendo sido realizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov para estudar a normalidade dos dados e o Teste de Levene para analisar a homogeneidade das variâncias entre os grupos em estudo. Nos casos em que se verificaram a normalidade dos dados e a homogeneidade das variâncias foi utilizada a Análise da Variância (ANOVA) e, quando tal não se verificou, utilizou-se o Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis seguido do Teste de Comparações Múltiplas pelo procedimento de Dunn. No estudo das variáveis qualitativas aplicou-se o Teste do Qui-Quadrado, utilizado para testar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma determinada característica (Marôco, 2010), e a análise dos resíduos ajustados estandardizados para identificar os grupos com comportamento diferente da média. Neste âmbito, segundo Pestana e Gajeiro (2008), quando os resíduos ajustados estandardizados se

situam, para um nível de significância de 5%, entre -1.96 e 1.96, o grupo tem um comportamento semelhante ao esperado para a característica em estudo. Valores inferiores a -1.96 significam que a média é inferior ao esperado e para valores superiores a 1.96 a média do grupo é superior ao esperado, a um nível de significância de 5%. A este propósito e em linha com a melhor prática de investigação, ao longo do nosso estudo, considerámos o nível de significância de 5% para a tomada de decisão relativamente aos testes estatísticos realizados. Para verificar o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem cada escala e subescala procedeu-se à análise da consistência interna calculando o coeficiente Alfa de Cronbach.

## 5. Resultados: Análise e discussão

A média das idades dos sujeitos do grupo EPDI (80,1 anos) é menor do que as médias de idade dos sujeitos do grupo Alcalar (84,02 anos) e do grupo ERPI (83,52 anos). No que concerne à escolaridade dos três grupos em análise, o grupo de Alcalar apresenta mais de metade dos seus habitantes (54%) sem saber ler nem escrever, o que compara com 28,6% dos residentes nas ERPI e com 23,1 % dos utentes dos EPDI.

Comparativamente a Alcalar, os grupos ERPI e EPDI apresentam uma distribuição mais alargada no que concerne à formação escolar. Neste âmbito, o grupo Alcalar é composto, em larga maioria, por indivíduos analfabetos ou pouco letrados.

No que se refere à *área profissional* antes da reforma, a maioria dos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar (72%) trabalhava no sector primário, o que compara com 28,6% dos residentes nas ERPI e os 17% dos utentes dos EPDI. Nestes últimos dois grupos, existe a predominância da actividade laboral no sector terciário.

Quanto ao *estado civil* cerca de 36% dos idosos do grupo Alcalar estão casados ou em união de facto, o que compara com os 12,5% dos sujeitos do grupo ERPI e com os 15% dos sujeitos do grupo EPDI. Nos três grupos predominam os viúvos, contudo em Alcalar a viuvez incide apenas sobre 52% dos habitantes, o que compara com os 76,8% dos residentes nas ERPI e com os 69,2% dos utentes dos EPDI. Também nestes dois gru-

pos, a percentagem dos idosos em situação de separação/divórcio mais do que duplica relativamente aos idosos do grupo Alcalar.

No que se refere à *coabitação e ao apoio social* directo ou de proximidade, os grupos Alcalar e EPDI apresentam valores bastante elevados e comparativamente próximos na coabitação familiar nuclear (respectivamente 46% e 50%), enquanto o grupo ERPI apresenta um valor baixo (3,6%) neste tipo de coabitação. Os utentes dos EPDI revelam uma quase partição percentual entre a coabitação familiar nuclear e o viverem sós, respectivamente 50% e 42,3%, enquanto os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar manifestam um compartimento aproximado entre a coabitação familiar nuclear e o viverem com companheiros ou amigos.

Quanto à *situação económica*, em termos de rendimento mensal, 44% dos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar, à época da recolha de dados (final de 2012), auferiam rendimentos com valores que oscilam entre os 485 Euros (€) e os 970€ o que, percentualmente, supera os outros dois grupos neste item de distribuição. Cerca de 24% dos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar referiram auferir montantes entre os 254€ e os 485€ enquanto 30% daqueles habitantes referiram rendimentos entre os 152,4€ e os 254€; nos extremos do intervalo, apenas um idoso do grupo Alcalar (2% da subamostra) fruía de um rendimento superior a 970€ e outro idoso (também equivalente a 2% da subamostra) referiu receber um rendimento inferior a 152,4€. Por sua vez, a distribuição de rendimentos dos idosos residentes nas ERPI difere da distribuição de rendimentos dos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar, especificamente, nos escalões superiores e inferiores: nos extremos do intervalo de rendimentos a discrepância comparativa é maior, com 7,1% dos residentes ERPI com rendimentos superiores a 970 € e, no outro extremo, 10,7% com rendimentos inferiores a 152,5€. Quanto aos utentes dos EPDI e comparativamente aos outros grupos, revelam a maior percentagem de sujeitos com rendimentos acima dos 970€ (23,1%) com algumas diferenças intergrupais assinaláveis quanto a distribuição de rendimentos, nomeadamente no item superior de rendimento supracitado e, também, no escalão intermédio da pensão de invalidez e velhice até dois

salários mínimos (17,3% o que comparar com os 24% e os 26,8%, respectivamente, dos grupos Alcalar e ERPI).

Sendo a *Saúde* uma dimensão essencial na percepção da *qdv*, no que respeita à caracterização dos aspectos relacionados com a doença existem diferenças entre os grupos relativas à percepção da doença, assim como existem diferenças entre os grupos quanto à coerência entre a percepção de doença e a identificação da existência de doenças crónicas. Neste âmbito, de entre os três grupos da amostra, os sujeitos do grupo Alcalar sentiam-se mais saudáveis, com 60% de idosos a negarem que estavam doentes. Este grupo também revelou coerência no que respeita ao reconhecimento da existência de doença crónica, com 40% a confirmar a cronicidade patológica no estado de Saúde. Quanto à coerência estatística das características relacionados com a doença, metade do grupo ERPI sentiu-se doente mas mais de metade (51,8) afirmou padecer de doença crónica. O mesmo se passou com os utentes das EPDI, entre os quais apenas 48% afirmou sentir-se doente quando 51,8% referiu sofrer de doença crónica.

Um dado curioso: era expectável que os grupos com a média de idade mais elevada e também com mais longevos na sua distribuição etária, (tal como sucede com o grupo de Alcalar e, em certa medida, com os residentes das ERPI), estivessem mais afectados na dimensão doença. Contudo, se tal suposição comparativa se confirma entre os grupos ERPI e EPDI, os resultados obtidos nesta dimensão são relativamente favoráveis ao grupo Alcalar: não obstante Alcalar ser o grupo com a média de idades mais elevada e com a distribuição etária mais longeva comparativamente ao grupo EPDI, os habitantes da Aldeia-lar obtiveram resultados comparativamente mais favoráveis nos aspectos relacionados com a doença. Esta tendência comparativa intergrupar confirmar-se-á noutras dimensões avaliadas, como adiante será demonstrado.

### 5.1. Percepção da *qdv* através do WHOQOL-BREF

Na sequência da aplicação da Escala WHOQOL-BREF à amostra (N=158), a análise da consistência revelou que as subescalas *Domínio Físico* ( $\alpha=.836$ ) e *Do-*

mínio Psicológico ( $\alpha = .802$ ) apresentaram boa consistência interna. A subescala “Domínio Meio Ambiente” apresentou uma consistência interna *fraca* ( $\alpha = .677$ ) e a subescala *Domínio Relações Sociais* exibiu um valor de Alfa de Cronbach *inaceitável* ( $\alpha = .402$ ), mesmo tendo em conta que é uma escala com apenas 3 itens.

No que se refere à avaliação da *Percepção sobre a Qualidade de Vida*, o nível de percepção geral de *qdv* nos habitantes do grupo Alcalar é superior à correspondente percepção avaliada pelos residentes nas ERPI e também é superior àquela percepção avaliada pelos utentes dos EPDI, sendo tais diferenças estatisticamente significativas entre o grupo Alcalar e os grupos ERPI e EPDI ( $p < .001$  em ambas comparações). Especificamente entre os grupos ERPI e EPDI também é significativa a

diferença relativa àquela dimensão ( $p = .006$ ). Tal como aconteceu comparativamente com o grupo de Alcalar, também quando comparados com os utentes dos EPDI os residentes nas ERPI apresentaram um nível inferior significativo quanto à *Percepção sobre a Qualidade de Vida*.

Por conseguinte, nesta medida em particular e quando comparados os três grupos entre si, o grupo Alcalar obteve o nível comparativa e significativamente superior de *Percepção sobre a Qualidade de Vida* enquanto o grupo ERPI revelou possuir o nível significativamente mais baixo nesta dimensão.

No que respeita à *Percepção sobre a Saúde* não foram apuradas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos da amostra ( $X^2 [2] = 2.495; p = .287$ ).

Grupos → Dimensões ↓	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS <sup>(a)</sup>	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS <sup>(b)</sup>
Percepção sobre a Qualidade de Vida	M = 3.96 DP = 0.49	M = 3.05 DP = 0.72	M = 3.42 DP = 0.75	$X^2 (2) = 44.254$ $p < .001$	A vs. ERPI → $p < .001$ A vs. EPDI → $p < .001$ ERPI vs. EPDI → $p = .006$
Percepção sobre a Saúde	M = 3.26 DP = 1.01	M = 2.96 DP = 1.08	M = 3.19 DP = 0.91	$X^2 (2) = 2.495$ $p = .287$	Sem diferenças significativas
Domínio Físico	M = 60.14 DP = 20.99	M = 54.21 DP = 17.44	M = 62.77 DP = 19.01	$X^2 (2) = 6.805$ $p = .033$	A vs. ERPI → $p = .054$ A vs. EPDI → $p = .614$ ERPI vs. EPDI → $p = .014$
Domínio Psicológico	M = 63.92 DP = 15.94	M = 55.43 DP = 15.53	M = 62.90 DP = 15.31	$X^2 (2) = 10.043$ $p = .007$	A vs. ERPI → $p = .004$ A vs. EPDI → $p = .719$ ERPI vs. EPDI → $p = .011$
Domínio Relações Sociais <sup>(1)</sup>	M = 64.67 DP = 11.97	M = 60.42 DP = 11.81	M = 66.99 DP = 13.40	$X^2 (2) = 9.595$ $p = .008$	A vs. ERPI → $p = .058$ A vs. EPDI → $p = .269$ ERPI vs. EPDI → $p = .002$
Domínio Meio Ambiente <sup>(2)</sup>	M = 69.50 DP = 8.83	M = 59.38 DP = 7.95	M = 66.47 DP = 10.65	$X^2 (2) = 34.059$ $p < .001$	A vs. ERPI → $p < .001$ A vs. EPDI → $p = .110$ ERPI vs. EPDI → $p < .001$

(a) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (b) – valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de *Dunn*.

(1) O *Domínio Relações Sociais* apresentou uma consistência interna *inaceitável* ( $\alpha = .402$ ).

(2) O *Domínio Meio Ambiente* apresentou uma consistência interna *fraca* ( $\alpha = .677$ ).

Tabela 1: comparação dos valores dos domínios do WHOQOL-BREF entre os grupos.

No âmbito do *Domínio Físico*, o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior quando comparado aos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre o grupo ERPI e o grupo EPDI ( $p = .014$ ) e no limite da significância estatística entre o grupo ERPI e o grupo de Alcalar ( $p = .054$ ). Não identificamos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .614$ ).

No *Domínio Psicológico* o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior quando comparado com os grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças significativas com ambos ( $p = .004$  e  $p = .011$ , respectivamente). Neste domínio não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .719$ ).

No que concerne ao *Domínio Relações Sociais* o grupo ERPI apresentou um resultado inferior comparativamente aos grupos Alcalar e EPDI. Neste domínio a diferença apenas é estatisticamente significativa entre os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI ( $p = .002$ ). Apesar da diferença estatística entre o grupo ERPI e o grupo Alcalar estar próxima do limite de significância ( $p = .058$ ), não pode ser considerada estatisticamente significativa; contudo, não podemos deixar de salientar que se trata de um indicador de uma *tendência* a ter em conta. Acresce que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .269$ ).

Quanto ao *Domínio Meio Ambiente*, o grupo ERPI apresentou valores inferiores relativamente aos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ( $p < .001$  em ambos casos); neste não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .110$ ).

## 5.2. Percepção da qdv através do WHOQOL-OLD Portugal

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do WHOQOL-OLD Portugal nesta amostra foi utilizada uma versão portuguesa adaptada por Canavarro e colaboradores (2006). Esta versão é constituída pelos 26 itens da escala original, com o mesmo método de cotação numa escala Likert de cinco pontos. Este instrumento WHOQOL-OLD apresentou globalmente uma *boa* consistência interna com um valor de Alfa de Cronbach

de 0.884. No que concerne a cada uma das 6 subescalas, verificou-se uma fraca consistência no *Domínio Atividades passadas, presentes e futuras* ( $\alpha = .662$ ). Por sua vez, os *Domínios Autonomia* e *Morte e morrer* apresentaram uma consistência *razoável* (respectivamente  $\alpha = .749$  e  $\alpha = .758$ ). Os *Domínios Funcionamento Sensorial* e *Participação Social* apresentaram *boa* consistência, com valores de Alfa de Cronbach superiores a 0.85. Por sua vez, o *Domínio Intimidade* apresentou uma consistência interna *muito boa* ( $\alpha = .926$ ).

Neste instrumento WHOQOL-OLD PT, conforme podemos observar na Tabela 2, do ponto de vista *global*, o grupo ERPI revelou um valor médio de percepção de *qdv* inferior aos valores dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ( $p < .001$ , respectivamente). Ainda no âmbito global, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .676$ ), contudo a média de Alcalar é a superior entre os grupos considerados.

No *Domínio Funcionamento sensorial* o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior aos valores obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI sendo, no entanto, a comparação estatisticamente significativa entre os grupos ERPI e EPDI ( $p = .014$ ). Ainda no que diz respeito ao *Domínio Funcionamento sensorial*, os resultados expostos na Tabela 6.12 indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .193$ ) e entre os grupos Alcalar e ERPI ( $p = .271$ ).

No que concerne ao *Domínio Autonomia*, conforme consta na Tabela 6.12, o grupo ERPI apresentou um valor médio inferior comparativamente aos valores médios obtidos pelos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ( $p = .002$  e  $p < .001$ , respectivamente). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar e EPDI ( $p = .561$ ).

No domínio *Atividades passadas, presentes e futuras* os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalar, ERPI e EPDI ( $X^2 [2] = 4.688$ ;  $p = .096$ ).

Quanto ao *Domínio Participação social* o grupo ER-

Grupos→ Dimensões ↓	Alcalar (n1 = 50)	ERPI (n2 = 56)	EPDI (n3 = 52)	KRUSKAL WALLIS <sup>(a)</sup>	COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS <sup>(b)</sup>
WHOQOL-OLD GLOBAL	M = 85.96 DP = 11.93	M = 74.43 DP = 12.58	M = 85.13 DP = 10.68	$X^2(2) = 25.656$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .676$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Funcionamento sensorial	M = 14.96 DP = 4.01	M = 14.55 DP = 3.29	M = 15.13 DP = 2.89	$X^2(2) = 6.011$ $p = .050$	A vs. ERPI $p = .271$ A vs. EPDI $p = .193$ ERPI vs. EPDI $p = .014$
Autonomia	M = 14.14 DP = 2.37	M = 12.52 DP = 2.83	M = 14.48 DP = 2.47	$X^2(2) = 15.597$ $p < .001$	A vs. ERPI $p = .002$ A vs. EPDI $p = .561$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Actividades passadas, presentes e futuras	M = 13.82 DP = 2.08	M = 12.20 DP = 2.59	M = 13.17 DP = 3.04	$X^2(2) = 4.688$ $p = .096$	Sem diferenças significativas
Participação social	M = 14.10 DP = 3.06	M = 11.05 DP = 3.11	M = 14.25 DP = 2.40	$X^2(2) = 33.961$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .969$ ERPI vs. EPDI $p < .001$
Morte e morrer	M = 13.74 DP = 3.83	M = 13.50 DP = 3.63	M = 14.12 DP = 3.46	$X^2(2) = 0.350$ $p = .840$	Sem diferenças significativas
Intimidade	M = 15.20 DP = 1.91	M = 10.61 DP = 3.77	M = 13.98 DP = 4.39	$X^2(2) = 36.202$ $p < .001$	A vs. ERPI $p < .001$ A vs. EPDI $p = .169$ ERPI vs. EPDI $p < .001$

(a) Estatística e valor de significância do teste de *Kruskal-Wallis*; (b) – valor de significância dos testes de comparações múltiplas pelo procedimento de Dunn.

Tabela 2: comparação dos valores da escala e subescalas do WHOQOL-OLD entre os grupos.

PI mostrou um resultado inferior comparativamente aos resultados dos grupos Alcalá e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos ( $p < .001$  e  $p < .001$ , respectivamente). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalá e EPDI ( $p = .969$ ).

No que se refere ao *Domínio Morte e morrer*, os resultados obtidos não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos, i.e., Alcalá, ERPI e EPDI ( $X^2 [2] = 0.350$ ;  $p = .840$ ).

Por último, no *Domínio Intimidade*, o grupo ERPI apresentou um valor inferior quanto aos valores dos grupos Alcalá e EPDI, sendo as diferenças significativas com ambos ( $p < .001$  e  $p < .001$ , respectivamente).

Nesta dimensão não identificámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos Alcalá e EPDI ( $p = .169$ ).

Por conseguinte, o questionário WHOQOL-OLD PT exibiu diferenças comparativas significativas entre os grupos Alcalá, ERPI e EPDI em todos os domínios excepto em dois (*Actividades passadas, presentes e futuras* e *Morte e morrer*). O grupo ERPI obteve resultados (globalmente e por domínios) comparativamente inferiores aos resultados do grupo Alcalá e do grupo EPDI. Por sua vez, o grupo Alcalá obteve resultados (globalmente e por domínios, predominante e comparativamente) superiores aos correspondentes resultados dos utentes dos EPDI e dos residentes nas ERPI.

## 6. Discussão

Tendo subjacente a compreensão da influência espaço-organizacional sobre a vivência perceptiva quanto à *qdv* dos idosos institucionalizados, no que respeita aos resultados concernentes ao WHOQOL-BREF, quanto ao *Domínio Percepção sobre a qualidade de vida (qdv)* e em geral, o nível de *qdv* avaliado pelo grupo Alcalar foi superior à *qdv* percebida pelo grupo ERPI e também superior à *qdv* percebida pelo grupo EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas na comparação entre o grupo Alcalar e os grupos ERPI e EPDI (respectivamente  $p < .001$  em ambos casos). Ainda no que se refere à percepção da *qdv* geral, também foi significativa a diferença entre os utentes dos EPDI e os residentes nas ERPI ( $p = .006$ ). Aliás, tal como sucedeu no WHOQOL-OLD PT, também neste instrumento WHOQOL-BREF o grupo ERPI revelou invariavelmente os resultados comparativamente mais baixos, seja nas médias, no cômputo geral ou nos domínios específicos.

Quanto ao *Domínio Percepção sobre a Saúde*, apesar de não termos identificado diferenças significativas na comparação intergrupar, parece verificar-se a tendência comparativa entre as médias dos grupos. Neste sentido, quando comparado com os grupos ERPI e EPDI, o grupo de Alcalar revelou o melhor nível médio de *Percepção sobre a Saúde*, enquanto o grupo ERPI apresentou a média mais baixa de entre os três grupos considerados. Nesta lógica, parece-nos adequado lembrar que Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2004) afirmaram que são os idosos que se avaliam como tendo melhor Saúde aqueles que apresentam melhores níveis de *qdv geral*, o que parece confirmar-se quando observamos os resultados médios obtidos pelos três grupos amostrais naquelas áreas, nomeadamente, no *Domínio Percepção sobre a qualidade de vida* e no *Domínio Percepção sobre a Saúde*.

No que se refere ao *Domínio Físico*, conforme se observa na Tabela 1, o grupo ERPI apresentou um nível médio inferior aos respectivos valores médios dos grupos EPDI e Alcalar, com diferenças estatisticamente significativas entre os residentes nas ERPI e os utentes dos EPDI e no limite da significância entre os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar na comparação com os residentes nas ERPI.

No que diz respeito ao *Domínio Psicológico* estamos de acordo com Paúl *et al.* (2004) quando os autores defenderam que esta dimensão varia com o *estado civil* (ou seja, o nível de *qdv psicológica* é melhor nos idosos casados ou em união-de-facto comparativamente aos solteiros ou aos viúvos). Tal parece confirmar-se no nosso estudo já que os habitantes na Aldeia-lar de Alcalar constituem o grupo com a média mais elevada na conjugalidade pelo que esta especificidade pode ter influenciado positivamente a percepção da *qdv psicológica* deste grupo em relação aos seus congéneres. Também no *Domínio Psicológico*, é sabida a importância na vida psíquica os múltiplos factores ambientais, psicossociais e biológicos, os quais podem ser, inclusive e correlativamente, preditores do desenvolvimento e do equilíbrio cognitivo e emocional e da boa Saúde psíquica das pessoas. A influência de tais condições parece ter sido comprovada quando constatámos, neste domínio e neste instrumento, a predominância dos bons resultados comparativos do grupo Alcalar relativamente aos baixos *scores* do grupo ERPI.

Ainda na análise do WHOQOL-BREF e quanto à influência do nível de educação como preditor da *qdv física* e da *qdv psicológica* defendida por Paúl e outros (2004), concluímos que tal enunciado não se confirmou totalmente no nosso estudo porquanto os sujeitos do grupo Alcalar, não obstante serem os mais iletrados entre os três grupos estudados constituem, ainda assim, o grupo de indivíduos que apresentou, comparativamente, o melhor resultado global no *Domínio Psicológico* além de revelar um resultado intermédio intergrupar quanto ao *Domínio Físico*. Na correlação em causa, o grupo Alcalar superou o grupo ERPI em ambos domínios e superou ambos grupos num dos domínios considerados. Todavia, neste âmbito da relação entre o nível de educação e a percepção da *qdv física* e da *qdv psicológica*, numa perspectiva analítica restrita ao grupo ERPI e ao grupo EPDI, parece confirmar-se as opiniões dos autores supracitados, sendo somente a excepção aplicável ao grupo Alcalar.

No que respeita à relação entre a *idade* e a *qdv*, Paúl e outros (2004) argumentaram que a *qdv geral* diminui à medida que a *idade* aumenta. Na generalidade concorda-

mos com aqueles autores quando tal enunciado se referir, única e exclusivamente, à progressão da correlação longitudinal entre a idade e a *qdv*, tanto ao nível individual como num qualquer grupo de indivíduos cuja distribuição etária seja aproximadamente homogénea. Contudo, neste aspecto e devido aos resultados obtidos especificamente quanto ao grupo Alcalar, divergimos das opiniões supra: a relação causal inversamente progressiva entre a *idade* e a *qdv* quando considerada a investigação transversal comparativa, não parece aplicar-se ao grupo de habitantes na Aldeia-lar: apesar do grupo Alcalar ser constituído por sujeitos mais velhos comparativamente aos grupos congéneres (tanto na média geral como nos escalões etários), os habitantes na Aldeia-lar não deixaram de obter predominantemente os melhores resultados quanto à percepção da *qdv geral* na comparação intergrupala.

Por conseguinte, parece-nos racional alegar que a conjunção cumulativa de factores degenerativos ao longo da vida, individualmente variáveis e tendencialmente progressivos sendo inerentes ao processo senescente, pode originar a degradação física e/ou psíquica dos indivíduos conforme envelhecem o que, por sua vez, poderá influenciar a respectiva percepção da *qdv*. Aliás, tal com antes relatámos, disto deram conta Paúl e outros (2004) ao defenderem que os idosos com melhor percepção sobre a sua condição de Saúde apresentam melhores níveis de *qdv geral*. Os resultados referentes ao nosso estudo suscitam-nos a suposição de que existem factores biopsicossociais e ambientais (referimo-nos aos *ambientes residenciais* Alcalar, ERPI ou EPDI) que podem influenciar aquela correlação inversamente progressiva entre a *idade* e a percepção da *qdv*. Mais sensato nos parece tal pressuposto se relembremos a influência, independentemente do factor *idade*, dos efeitos das variáveis de *controlo ambiental*, de *auto-controlo* e de *auto-eficácia* relativamente a vários parâmetros correlacionados com a *qdv* dos indivíduos, tal como foi comprovado pelos estudos de Langer (2009) sobre o rejuvenescimento e a reversão da dependência funcional.

Tendo em conta os resultados, pensamos que a percepção sobre a Saúde, a dimensão psicológica e física em associação às circunstâncias ambientais fortemente

marcadas pelo contexto residencial, de conjugalidade e do estilo de vida, associadamente à influência das variáveis de auto-controlo e auto-eficácia, podem ter uma interferência protectora na percepção da *qdv*, global e/ou por domínios. Neste sentido, recordemos que os idosos do grupo Alcalar, possuindo condições ambientalmente diferenciadas, em regra apresentam resultados mais favoráveis naquelas facetas comparativamente aos outros grupos, não obstante o grupo de aldeãos terem preditores desfavoráveis tais como a idade, o rendimento e a instrução. Tais vantagens ambientais podem ter influenciado os resultados comparativos intergrupais, sobretudo quando analisámos o comportamento estatístico dos grupos Alcalar e ERPI. A este propósito há que destacar que, na análise do WHOQOL-BREF, os resultados obtidos pelos habitantes que compõem o grupo Alcalar surpreendem frequentemente pela positiva: em nossa opinião, fundamentada na revisão da literatura, tal dever-se-á à interdependência de factores particularmente especiais que lhes assistem, aos quais estão inerentes as condições ambientais e psicossociais descritas ao longo do nosso estudo, as quais se consubstanciam favoravelmente no paradigma residencial em que habitam, i.e., no Modelo de Alcalar.

Importa ainda salientar que, neste instrumento WHOQOL-BREF, os residentes nas ERPI demonstram comparativamente os piores resultados nos domínios avaliados, enquanto os habitantes no Modelo de Alcalar obtêm predominantemente bons *scores*. Aliás, a tendência verificada nos resultados dos habitantes da Aldeia-lar de Alcalar só não é uma característica absoluta porque os utentes dos EPDI superam-nos em algumas dimensões tal como sucedeu nomeadamente nos *scores* dos *Domínios Físico* e das *Relações Sociais*, contudo, sem que haja significância estatística na relação comparativa intergrupala em ambos casos.

Por lealdade com o rigor da investigação devemos ainda mencionar que, aquando do nosso estudo e respectiva análise da *qdv*, houve um aspecto que nos suscitou alguma reserva: o *género* dos sujeitos na distribuição da amostra. Quanto a esta possível limitação, alguns autores defenderam que os baixos níveis de *qdv* podem ser relacionados com factores simultâneos entre os quais

um é ser-se do género feminino (Sprangers *et al.* 2000; Kirchengast & Haslinger, 2008). Contudo estamos mais de acordo com Fernández-Ballesteros (2000) quando a autora defendeu que a maior ou menor *qdv* percebida pelos idosos resulta fortemente das circunstâncias e do contexto em que eles vivem, assim como de outras múltiplas variáveis tais como o estatuto social e o estilo de vida, principalmente a longo prazo, e não dependendo apenas do género.

Pelo exposto, também concordamos com Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) quando estes autores concluíram que entre os idosos existe a percepção de múltiplos elementos associados à *qdv* entre os quais salientam, por serem consensuais, a boa Saúde, o dinamismo físico, o contacto inter-relacional, o apoio social mútuo e os sentimentos de pertença e de utilidade comunitária, daqui podendo ser concluída a significação multidimensional de *qdv* correlacionada com a dimensão biopsíquica em correlação com o espaço sócio-ambiental.

Quanto aos resultados obtidos através do WHOQOL-OLD PT, do ponto de vista *global* na percepção da *qdv*, os residentes nas ERPI obtiveram um valor médio inferior aos valores médios obtidos, respectivamente, pelos sujeitos dos grupos Alcalar e EPDI, sendo tais diferenças estatisticamente significativas em ambas comparações ( $p < .001$  respectivamente). Entre os grupos Alcalar e EPDI não existiram diferenças estatisticamente significativas.

Na dimensão *Funcionamento sensorial* o grupo ERPI obteve um valor médio inferior aos resultados médios dos grupos Alcalar e EPDI; no entanto as diferenças só foram estatisticamente significativas entre os grupos ERPI e EPDI ( $p = .014$ ), o que não nos surpreende pois é consensualmente aceite que se trata de uma componente avaliativa essencialmente geriátrica, portanto bastante correlacionada com a degeneração fisiológica, cuja intensidade é mais comum nas idades mais avançadas (neste âmbito, os grupos ERPI e Alcalar são constituídos por sujeitos em média mais idosos do que a média dos sujeitos do grupo EPDI). O que se distinguiu pela positiva foram os resultados obtidos pelo grupo Alcalar, que apesar de mais velhos, obtiveram uma média na dimensão sensorial superior à média do grupo ERPI. Entre o grupo EPDI (os mais jovens na média etária e na parti-

ção por escalões) e o grupo Alcalar (os mais idosos na média e na distribuição etária), a diferença entre as médias não teve relevância estatística.

No que respeita aos domínios *Autonomia, Participação Social e Intimidade*, o grupo de residentes nas ERPI apresentou valores médios inferiores relativamente aos respectivos resultados médios dos grupos Alcalar e EPDI, sendo as diferenças estatisticamente significativas com ambos.

Naquelas três dimensões do WHOQOL-OLD PT, a comparação dos resultados entre os grupos Alcalar e EPDI não foi estatisticamente significativa, contudo o grupo Alcalar superou na *Intimidade* e as médias foram aproximadas na *Autonomia* e *Participação Social*.

No *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras* e no *Domínio Morte e morrer* do WHOQOL-OLD PT, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos estudados; contudo, prosseguindo mais uma vez a tendência predominante nos restantes resultados da bateria de instrumentos aplicados à amostra, os residentes nas ERPI obtiveram predominantemente a média mais baixa comparativamente aos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar e aos utentes dos EPDI.

Por sua vez, nas duas dimensões supra, o grupo Alcalar obteve a melhor média no *Domínio Actividades passadas, presentes e futuras*, tendo obtido na comparação intergrupar a posição intermédia respeitante à dimensão *Morte e morrer*, o que nos faz supor que, mesmo sendo os mais longevos, os habitantes na Aldeia-lar estão na posição existencial mais equilibrada e mais serena perante a vida e a finitude humana. Também neste âmbito, e tendo em conta os efeitos protectores da condição biopsíquica na inter-relação com o entorno sócio-ambiental, os resultados do grupo Alcalar parecem confirmar as nossas expectativas prévias.

Pelo exposto, pensamos podermos concluir que os resultados globais em ambas escalas QOL (BREF e OLD) parecem indicar que, nos domínios com significância estatística, o nível médio de *qdv* percebido pelos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar foi predominantemente superior ao nível médio de *qdv* percebido pelos residentes nas ERPI. Similarmente foi veri-

ficado que o nível médio de *qdv* percebido pelos residentes nas ERPI é predominantemente inferior aos níveis médios de *qdv* avaliados, respectivamente, pelos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar e pelos utentes dos EPDI.

### 7. Conclusões

Uma das variadas consequências das alterações sofridas na dinâmica sócio-demográfica e económica portuguesa reporta-se à repercussão nos padrões familiares tradicionais de apoio aos mais idosos, tendo sido tal auxílio crescentemente deslocado do âmbito familiar para passar a ser prestado por cuidadores informais ou formais, com as Instituições (sejam do sector solidário ou do lucrativo) e o Estado na dianteira do apoio, directo e indirecto, às múltiplas necessidades dos mais velhos.

No nosso país, consequentemente às políticas resultantes da implementação do actual Modelo de Estado Social, uma parte substancial da alocação dos recursos, nomeadamente a referente ao investimento nas respostas institucionais de apoio social aos idosos, têm beneficiado maioritariamente três modelos dominantes: o *Apoio Domiciliário*, as ERPI e os EPDI. Refira-se que, dos paradigmas citados, os últimos dois partilham características comuns, nomeadamente quanto ao ambiente institucional residencial comunitário, e acolhiam (em 2014, a tempo inteiro ou diariamente) mais de 140 mil idosos, tendo ambos tido na última década um crescimento quantitativo superior a 30% (IGFSS,2014; ISS, 2014).

Contudo, há uma incógnita consequente à política social redistributiva suportada pelo Modelo do Estado Social português: não se sabe ao certo qual o retorno *qualitativo* consequente ao esforço financeiro nacional para com esta importante área de apoio social, ou seja, desconhece-se qual a *retribuição qualitativa*, i.e., expressa em valor *qualidade percebida* pelos beneficiários, consequente ao enorme dispêndio nacional em prol das instituições prestadoras dos serviços de apoio, quaisquer que sejam os paradigmas filosófico-organizacionais que as inspirem.

Na medida em que, como Nação, estamos perante uma conjuntura sócio-demográfica sem precedentes na nossa História (15), importará avaliarmos a adequabili-

dade e a eficiência dos modelos de apoio aos idosos, não apenas na óptica da prestação dos cuidados básicos ou da sustentabilidade mas sobretudo no que se refere aos proveitos sociais qualitativos inerentes às condições propiciadas pelos paradigmas institucionais residenciais para idosos mais generalizados em Portugal.

Estamos, portanto, perante múltiplos desafios quanto à prestação de cuidados aos idosos, agora e futuramente, tendo sido nesta situação que surgiu o nosso estudo, transversal e comparativo, descritivo e inferencial. Nele esteve implícita, desde a sua concepção, uma intenção subjacente: a de avaliarmos comparativamente a percepção da qualidade de vida proporcionada pelos modelos institucionais residenciais mais prevalentes em Portugal, i.e., as ERPI e os EPDI, conjuntamente com a *qdv* propiciada por um protótipo de ERPI, portanto institucional porém inovador: uma Aldeia-lar na qual o substantivo *lar* parecia deter um teor concreto e não eufemístico, sinónimo de afecto e indissociável da integridade identitária na relação interpares. Nesta medida, o objecto principal da nossa investigação foram as pessoas. Por isso considerámos sempre em primeiro plano a avaliação perceptiva dos idosos que usufruíam do apoio prestado pelas instituições residenciais sócio-comunitárias supracitadas: as ERPI, os EPDI e a Aldeia-lar de S. José de Alcalar.

Por conseguinte, quando iniciámos esta investigação, considerámos prioritário avaliar a percepção da qualidade de vida (*qdv*) ao invés de centrarmos a nossa atenção na contabilização e medição descritiva das condições estruturais e organizativas de cada uma das instituições ou entre os modelos institucionais. Caso não fosse aquela a prioridade, i.e., centrarmos na avaliação perceptiva dos sujeitos, estaríamos a corroborar o pressuposto de que a avaliação e a promoção da qualidade de vida, e das demais dimensões biopsicossociais associadas, dever-se-iam unicamente às condições materiais e organizacionais dispersas por múltiplas instituições, enunciação redutora que recusámos *ab initio*. Subsequentemente, o nosso objectivo central permitiu-nos identificar e inferir quanto às diferenças comparativas entre os três modelos residenciais considerados, as quais poderão ser um ponto de partida para a reflexão e, quem

sabe, um estímulo para o debate necessário à reformulação das condições sócio-ambientais no acolhimento residencial institucional dos idosos.

Quanto aos resultados da investigação, encontramos significância comparativa ao nível da *percepção sobre a qualidade de vida (qdv) global* entre os grupos. Entre o grupo Alcalar e ambos grupos ERPI e EPDI as diferenças comparativas foram fortes, respectivamente na ordem de  $p < .001$ . Também foi significativa ( $p = .006$ ) a diferença comparativa entre os utentes dos EPDI e os residentes nas ERPI, com este último grupo a obter os níveis mais baixos de percepção sobre a *qdv*, geral ou por domínios específicos. Da comparação entre os habitantes na Aldeia-Lar de Alcalar e o grupo congénere de residentes nas ERPI, salientamos que estes residentes patentearam os piores resultados em todos os domínios da *qdv* avaliados, enquanto os habitantes na Aldeia-lar Alcalar alcançaram melhores *scores*, predominante e comparativamente aos restantes grupos.

No âmbito da avaliação global da *qdv* e tendo em conta os resultados, pensamos que as condições biopsíquicas (tais como a percepção sobre a Saúde e as dimensões psicológica e física) associados ao entorno sócio-ambiental (nomeadamente a conjugalidade, o contexto residencial – seja estrutural, ambiental ou arquitectónico – e o estilo de vida dos indivíduos, no qual a autonomia, a liberdade individual e auto-eficácia) parecem ter um efeito não despreciando e podem ter tido uma influência significativa nas diferenças intergrupais referentes à percepção da *qdv*. Neste pressuposto, recordemos que os habitantes do Modelo de Alcalar, apesar de estarem sob influência de preditores desfavoráveis tais como o rendimento, a instrução (16) e a idade (17) são grupalmente favorecidos quanto às condições sócio-ambientais e biopsíquicas supra citadas, pelo que será lógico supor-se a influência correlativa daquela multiplicidade de factores nos melhores resultados globais obtidos na percepção da *qdv* geral.

Ainda no que respeita à *qdv*, do ponto de vista *global* e nos domínios com significância estatística, os níveis de *qdv* percebidos pelos habitantes na Aldeia-lar de Alcalar foram predominantemente superiores aos níveis de *qdv* percebidos pelos residentes nas ERPI.

Aquela tendência verificada nos resultados médios de *qdv* percebidos pelos habitantes do Modelo de Alcalar só não foi absoluta porque os utentes dos EPDI superaram-nos, nessa medida, em alguns domínios de ambos WHOQOL. Opostamente, os níveis de *qdv* avaliados pelos residentes nas ERPI foram comparativa e predominantemente inferiores aos níveis de *qdv* avaliados, respectivamente, pelos habitantes do Modelo de Alcalar e pelos utentes dos EPDI.

Tal como Lazarus (1998), Fernández-Ballesteros (2000), Godfrey (2001), Fleck e outros (2003), Baltes e Smith (2004) e Langer (2009), parece-nos justificado eduzir que entre os sujeitos pareceu ser decisiva a percepção de múltiplos elementos associados à *qdv*, tais como a boa Saúde, o dinamismo físico, o apoio e o relacionamento social, os sentimentos de pertença e de utilidade comunitária, assim como o estilo de vida, a auto-eficácia e o auto-controlo, entre múltiplas variáveis intra e extra-individuais associadas às circunstâncias do contexto ambiental, daqui podendo ser concluída a significação multidimensional atribuída à *qualidade* da vivência existencial humana no Ambiente.

Sendo a institucionalização nas ERPI uma das usuais três opções (18) de primeira linha ou perante a estagnação da funcionalidade na habitação face à progressiva degeneração psicofisiológica, a determinada altura na vida dos sujeitos idosos coloca-se – ao próprio, às famílias ou à comunidade – uma decisão complexa resultante de saber-se que i) ao longo da senescência acumulam-se modificações orgânicas e funcionais degenerativas, na maioria irreversíveis e fragilizantes; ii) ocorrem alterações significativas no estatuto sócio-económico decorrentes da inactividade laboral ou da aposentação; iii) são comuns os impedimentos na disponibilidade familiar; iv) ao longo da vida sucedem-se significativas perdas de pessoas e de laços afectivos; v) a (in)adaptabilidade da moradia é um elemento essencial para que múltiplas necessidades dos indivíduos, neste caso os idosos, obtenham adequada resposta; vi) geralmente existe uma forte ligação afectiva a qual une a pessoa à sua casa.

Em suma, dada a complexidade das variáveis pessoais perante a estagnação da funcionalidade na habitação face à progressiva degeneração psicofisiológica ou pe-

rante uma mudança tão radical como representa a institucionalização, coloca-se-nos duas interrogações: como é possível a sã permanência funcional e sem angústia em casa, perante as limitações habitacionais que não correspondem às necessidades individuais da senescência? Perante a perspectiva do internamento numa ERPI, como se poderá processar, sem ou com pouco sofrimento, o afastamento da residência habitual para um edifício institucional que não é propriamente uma casa; isto é dizer, como será possível o abandono indolor da casa afectivamente apropriada para um suposto Lar que não o é?

À primeira questão antes enunciada respondemos: tal dicotomia não é aconselhável pelo que se justificam todos os apoios e estratégias que viabilizem a estada – com funcionalidade, conforto, segurança, autonomia e inclusão social – dos idosos em suas casas.

À segunda questão acrescentamos mais dúvidas: se a velhice é somente mais uma etapa da vida serão absolutamente inatacáveis os motivos que frequentemente priorizam a opção que afasta o idoso do seu habitat ou da representação de *lar* que dele faz, condicionando-o nos seus objectos, hábitos, prazeres, liberdade e autonomia, etc., em função de um *bem maior*, i.e., supostamente em seu benefício? É neste contexto que pensamos que as novas tipologias habitacionais institucionais para idosos devem ser repensadas e reformados os modelos de apoio já existentes.

#### NOTAS

- (1) Desenho Universal (Universal Design): termo originalmente usado nos Estados Unidos por Ron Mace, em 1985, cujo conceito foi conjuntamente desenvolvido noutros países. A sua definição pode sintetizar-se deste modo: o desenho universal é um modo de projectar que incorpora produtos e dispositivos que, ampliados nas suas possibilidades de uso, podem ser usados por todos (Bestetti, 2006, adapt.).
- (2) A este propósito, entre os romanos os *Lares* eram os deuses protectores da família e estão na origem da palavra lareira, também sinónimo de conforto e de acolhego. Nesse sentido, os *Lares* incorporavam a figura do fogo que cresce, que se agita, que aquece e destrói, num paralelismo simbólico às qualidades fundamentais da vida humana (Panero & Zelnik, 1989).
- (3) Pelo exposto decorre que nos sentimos desagradados quando constatamos que a denominação “Lar de idosos” é uma constante adquirida no léxico comum, tal é a desadequação entre o conceito e a denominação do objecto contemporâneo institucional residencial para idosos.
- (4) Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas ou ERPI: denominação das respostas residenciais para pessoas idosas, integra as designações *Lar de Idosos*, *Residência para Idosos*, *Casa de Repouso*, etc.,
- (5) Consideramos como *Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos* (EPDI) os *Centros de Dia* e os *Centros de Convívio*.
- (6) Na origem dos modernos *Lares de Idosos* estão as antigas estruturas religiosas e mutualistas de acolhimento a idosos antes denominadas como *asilos*, cuja origem, em Portugal, remonta ao século XV.
- (7) A legislação nacional e o Sistema de Gestão da Qualidade em Lares de Idosos, têm utilizado como referencial as normas NP EN ISO 9000, as Normas Internacionais utilizadas como vocabulário e modelo para a concepção e implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade em diversos países, bem como o Modelo de Avaliação da Qualidade ISS – SAD 2005 - Adaptado para a Resposta Social Lar (SCML, 2008).
- (8) Estas instituições podem prestar um vasto leque de serviços (enfermaria permanente, médico de família, serviço de urgência médica, fisioterapia, biblioteca, *ateliers*, domótica, etc.). É de realçar que as mais recentes residências para idosos a surgir no mercado português já prestam serviços de bem-estar e de lazer com elevada qualidade tais como serviço de refeições à la carte, SPA, ginásio, *personal trainer*, cabeleireiro, esteticista, *concierge*, entre outros. Trata-se de um mercado residencial para idosos de elite.
- (9) A média das pensões de reforma dos idosos anda na ordem dos 300 euros mensais. A administração da Aldeia de S. José de Alcalar cobra com 85 por cento desse valor. A percentagem é igual para todos os residentes, independentemente do valor das pensões.
- (10) Para ter significado, a percepção deve ser considerada em termos individuais sendo específica ao sujeito.

- (11) No presente estudo, o idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, de acordo com a definição concebida pela demografia, projectada numa representação mental comum (Pinho, 2005).
- (12) Os contextos residenciais institucionais comunitários considerados foram: uma Aldeia-lar, 10 instituições classificadas como Estruturas Residenciais para pessoas Idosas (ERPI) e 11 instituições classificadas como Estabelecimentos de Permanência Diária para Idosos (EPDI).
- (13) Comprometimento Cognitivo Leve, Demência Vascular, Demência Semântica, Hidrocefalia de Pressão Normal, Afasia Progressiva Primária, Afasia Progressiva Não Fluente, Degeneração Lobar Frontotemporal, Demência com Corpos de Lewy, Doença de Alzheimer, Doença Creutzfeldt-Jacob, Doença de Huntington e Doença de Pick, entre outras patologias psíquicas.
- (14) A bateria de testes foi composta pelos seguintes instrumentos: o WHOQOL BREF e o WHOQOL Old-Portugal.
- (15) Conjuntura à qual alguns já se referiram como o *Tsunami Demográfico* e a qual irá exigir um crescente esforço colectivo de toda a Sociedade por forma a garantir a manutenção do apoio colectivo aos seus cidadãos mais necessitados, sendo esta é uma das mais importantes conquistas da Civilização.
- (16) Relativamente à influência do nível de instrução como preditor da *qdv física* e da *qdv psicológica* tal correlação não se confirmou porquanto os idosos de Alcalar, não obstante serem os mais velhos e os mais iletrados dos três grupos, apresentam, comparativamente, melhores resultados globais de *qdv* nos domínios físico e psicológico.
- (17) Os habitantes na Aldeia-lar, em média e por distribuição etária, são mais velhos quando comparados, respectivamente e na mesma medida, com os outros dois grupos da amostra.
- (18) Sendo tais opções a frequência do Centro de Dia, o Apoio Domiciliário ou o internamento numa ERPI.

### Referências bibliográficas

- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in Human Development*, 1(3), 123-144.
- Bestetti, M.L.T. (2006). *Habitação para idosos: o trabalho do arquiteto, arquitectura e cidade*. São Paulo: FAU, USP.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M.R., Pereira, M.; Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). *Qualidade de Vida*. Acedido a 20 de Abril de 2013 em <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
- Carli, S. (2004). *Habitação adaptável ao idoso: um método para projetos residenciais*. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Arquitectura e Urbanismo (Tese de doutoramento).
- Costa, D. (2000). *Aldeia de S. José de Alcalar: uma bem-aventurança viva*. Braga: Editorial A. O.
- Fernández-Ballesteros, R. (Org.) (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fleck, M., Chachamovich, E. & Trentini, M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 37(6), 793-799.
- Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 89-99.
- Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social [IGFSS] (2014). *Execução Orçamental de Janeiro a Agosto de 2014*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).

- Instituto da Segurança Social [ISS] (2014). *Guia prático de apoios sociais aos idosos*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS).
- Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrian: Cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278.
- Langer, E.J. (2009). *Counter clockwise: mindful health and the power of possibility*. New York: Ballantine Books.
- Lazarus, R. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In I. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (Eds.). *Clinical geropsychology* (pp. 109-127). Washington: American Psychological Association.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Lisboa: Editora Report Number.
- Marsden, J.P. (2005). *Humanistic design of assisted living*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Panero, J. & Zelnik, M. (1989). *Las dimensiones humanas en los espacios interiores*. México: Ed. Gustavo Gilli.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2004). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Orgs.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Orgs.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M.H. & Gajreiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A Complementaridade do SPSS (5ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, I. (1999). *Projetando Para Todos*. Campo Grande: PMCG/PLANURB.
- Pimentel, L. (1995). *O Lugar do idoso nas redes de interação e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização*. Lisboa: ISCTE (Tese de mestrado).
- Pinho, M. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina (Tese de mestrado).
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa [SCML] (2008). *Manual da qualidade tipo na gestão da qualidade em lar de idosos*. Gabinete de Projectos Inovadores. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - Direcção de Acção Social,.
- Sprangers, M., De Regt, E., Andries, F., Van Agt, H., Bijl, R. & De Boer, J. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rational and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

---

Nathália Brandolim Becker<sup>1</sup>

Maria Geralda Viana Heleno<sup>2</sup>

## DIABETES MELLITUS TIPO 2

### Qualidade de vida, educação e equilíbrio psíquico

**Resumo:** O diabetes é uma doença crônica que atinge milhões de pessoas no mundo e as pesquisas que se lhe referem abrangem diversas áreas. O objetivo do presente estudo foi avaliar, por meio de um estudo de caso, a qualidade de vida, a dinâmica psíquica, a eficácia adaptativa e os níveis glicêmicos de uma pessoa com Diabetes Mellitus de tipo 2, participante de um grupo psicoeducacional. Utilizaram-se os seguintes instrumentos: WHOQOL-bref; ABIPEME; TRO e EDAO. A participante era uma mulher de 54 anos, com diagnóstico de diabetes há 9 anos, com ensino superior completo e alto nível sócio econômico. Os resultados mostraram baixos níveis de qualidade de vida, predomínio de relações muito negativas e adaptação ineficaz severa. Apesar de não ter havido mudança significativa nos níveis glicêmicos, a participante estabeleceu uma relação positiva com o grupo e com os profissionais. Havia indicativos para acompanhamento psicológico, favorecida pela adesão ao tratamento no grupo.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 2; adaptação; dinâmica emocional; grupo psicoeducativo.

## TYPE 2 DIABETES MELLITUS

### Education, quality of life and mental balance

**Abstract:** Diabetes is a chronic disease that affects millions of people worldwide and research cover several areas. The aim of this study was to evaluate, through a case study, the quality of life, the psychic dynamic, adaptive efficiency and glucose levels of a person with type 2 diabetes who participated in a psychoeducational group. We used the instruments WHOQOL-bref; ABIPEME; TRO and EDAO. The participant was a woman of 54 years, Diabetes diagnosis for nine years, university graduates and high socioeconomic level. The results showed low levels of quality of life, prevalence of very negative relationships and severe ineffective adaptation. Despite having no significant change in blood sugar levels, the participants established a positive relationship with the group and with professionals. There were indicative for counseling, favored by adherence in the group.

**Keywords:** Type 2 Diabetes Mellitus; adaptation; emotional dynamics; psychoeducational group.

---

<sup>1</sup> **Pesquisadora doutoranda do Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações da Universidade do Algarve, Portugal**

Licenciada em Psicologia pela Universidade de Metodista de São Paulo, Brasil  
Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo, Brasil  
Doutoranda em Psicologia na Universidade do Algarve

<sup>2</sup> **Docente da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil**

**Coordenadora do Programa de Pós-doutorado da Universidade Metodista de São Paulo, Brasil**  
Licenciada em Psicologia pelo Instituto de Ensino Superior Senador Fláquer, Brasil  
Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo, Brasil  
Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, Brasil

### Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que tem tomado o curso de uma epidemia. Em 1985 estimava-se que esta doença acometeria cerca de 30 milhões de adultos no mundo. Esse número cresceu em 1995 para 135 milhões, atingindo 173 milhões em 2002. E a projeção é de chegar aos 300 milhões em 2030 (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004). Cerca de dois terços destas pessoas com DM estão em países em desenvolvimento, local em que a epidemia tem maior intensidade, com uma proporção crescente de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens (Wild et al., 2004).

O DM é um estado causado por insuficiência de insulina, que desempenha papel fundamental nos processos metabólicos do organismo (Diabetes, 2014). Por ser uma doença crônica implica na rotina de vida das pessoas, pois estas precisam de cuidados diários, fato que pode gerar angústia e dificuldades para a aceitação da doença (Heleno, 2001). O tratamento inclui: medicação, dieta, atividade física, exames laboratoriais e outros que devem ser seguidos pelo paciente (Diabetes, 2014).

Existe, assim, a necessidade da pessoa com DM de adaptar-se a nova rotina de vida, sendo importante a avaliação da eficácia adaptativa ou da qualidade da adaptação destes pacientes. Esta avaliação, analisa de que maneira a pessoa responde às demandas do dia-a-dia, incluindo respostas ao setor orgânico, que mostra entre outros aspectos, como o indivíduo convive com o Diabetes Mellitus Tipo2 (Simon, 2005). Cabe ressaltar que a análise da qualidade da adaptação tem sua importância, considerando não só, a riqueza da conceituação da adaptação, mas a relevância da avaliação dos indivíduos para as propostas de intervenções (Heleno, Vizzotto, & Bonfim, 2007). Bem como a relação com a dinâmica psíquica desta pessoa pois com essas informações é possível compreender melhor o contexto para um planejamento interventivo seja mais eficaz e adequado.

A avaliação da eficácia adaptativa tem sido feita ao longo dos anos em diferentes contextos da população. Exemplos disso são: o uso para avaliação em população idosa (Brandão, Aranha, Chiba, Quayle, & Lucia, 2004), em estudantes universitários (Teixeira, 2008) e em pacientes com diferentes condições de saúde, como diabetes

mellitus (Bechara, 2011), depressão (Silva Filho, 2008) e portadores do vírus HIV (Sawtschenko, 2009), além do uso como instrumento diagnóstico para pacientes de psicoterapia breve operacionalizada (Santos, Honda, Santeiro, & Yoshida, 2013). O complemento da análise da dinâmica psíquica da pessoa pode ser estabelecido por meio da teoria das relações objetais de Melanie Klein (1946), a qual complementa a avaliação da adaptação de forma a nos trazer informações de conteúdo subjetivo e mais complexo do sujeito.

Apesar das informações sobre os prejuízos das doenças crônicas não-transmissíveis estarem amplamente divulgadas nos últimos anos, a prevenção e o tratamento destas enfermidades, por meio da mudança no estilo de vida, possuem uma baixa adesão dos pacientes (Gimenes, Zanetti, & Haas, 2009). O DM tipo2 geralmente acomete pessoas com mais de 30 anos (Diabetes, 2014) e, com frequência, é negligenciada pelo próprio paciente, por ter sintomas iniciais brandos. É uma doença que pode trazer complicações futuras irreversíveis a médio-prazo, o que nos mostra a necessidade de um trabalho preventivo junto ao paciente diabético de tipo 2 (Heleno, 2001).

Um dos motivos para a baixa adesão às mudanças no estilo de vida relaciona-se com a deficiência do uso adequado do conhecimento, pois este só serve de instrumento para a mudança se houver no indivíduo o desejo de mudança (Gimenes *et al.*, 2009). Sendo assim, causas da baixa adesão podem estar relacionadas a falta de entendimento sobre a condição do doente crônico; rejeição e negação da condição de doente; sofrimento e revolta devido às restrições impostas pela alimentação; não adesão às práticas de atividade física; rejeição da utilização de hipoglicemiantes orais e insulina; dificuldades e importância dos profissionais da saúde em garantir a educação em saúde necessária para a adesão ao tratamento (Soares, Araújo, & Oliveira, 2014).

No contexto que foi exposto, compreende-se que cabe ao psicólogo ser capaz de integrar as contribuições específicas da psicologia na promoção e manutenção da saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis e na mudança de comportamentos de risco para a saúde. Portanto, intervenções que possam ser planejadas a seguir a

uma avaliação psicológica completa podem ser capazes de trazer maiores ganhos àquele que procura auxílio do psicólogo (Bleger, 1980). A psicoeducação é um exemplo de técnica que faz uso da informação sobre a doença para conscientizar o paciente das causas, sintomas e tratamentos da doença (Cezaretto, 2010). Assim, a pessoa passa a ter acesso às informações fiéis que vão auxiliar a desfazer crenças e mitos sobre a doença. Se o profissional que está a coordenar o grupo é capaz de ter uma avaliação prévia de cada participante do grupo, poderá manejar muito melhor as questões psíquicas as quais permeiam os conteúdos expostos.

Os dados deste estudo de caso poderão ser úteis para verificar se a avaliação de uma pessoa ser capaz de direcionar ações mais claras para intervenções futuras em relação ao DM2, através da dinâmica emocional e de suas respostas adaptativas. Portanto, considera-se relevante um estudo da adaptação e da dinâmica psíquica de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

### **Objetivo**

Avaliar a dinâmica psíquica, a eficácia adaptativa e verificar os níveis glicêmicos de uma participante, de um grupo psicoeducacional, com Diabetes Mellitus tipo 2.

### **Método**

Estudo de caso com um paciente diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2. A abordagem qualitativa utilizada para o desenvolvimento deste trabalho considerou a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito de investigação (Grubis & Noriega, 2004). O pesquisador se posicionou o mais livre possível de preconceitos teóricos e pessoais tomando uma postura aberta a todas as manifestações que observou, possibilitando o surgimento de uma relação dinâmica entre o pesquisador e o pesquisado.

O processo de investigação foi realizado no contexto do Programa de Atendimento ao Paciente com Diabetes (PRAIDI) da Universidade Metodista de São Paulo, no Brasil. Esse programa acontece desde 2011 e as pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 que participam recebem atendimento gratuito nas áreas de Biomedicina, Psicologia, Educação Física, Fisioterapia e Nutrição, dentro de

cada núcleo da Policlínica da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP).

Antes do início do programa todos os pacientes foram informados sobre a pesquisa. Aqueles que não desejassem participar da não tiveram quaisquer prejuízos em sua participação no grupo, no entanto, todos desejaram fazer parte da investigação e assinaram o TCLE. Neste relato será apresentado um recorde desse estudo maior, o estudo de um caso.

Foi realizado inicialmente a avaliação do participante através do preenchimento do Questionário sócio demográfico (*Ad-Hoc*) e a Escala da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa e Mercado – ABIPEME (Januzzi & Baeninger, 1996) para verificar a classificação sócio demográfica. A seguir foi realizada a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO (Simon, 1989) para avaliar a eficácia adaptativa das pessoas, através das respostas emitidas em situações-problemas. Ainda antes do início do grupo foi feita a primeira coleta de sangue no laboratório da própria UMEESP. Na sequência iniciou-se o grupo psicoeducativo que teve como objetivo informar e promover melhor qualidade de vidas as pessoas com DM2. Durante esse processo de grupo foram marcados individualmente a aplicação dos demais instrumentos, nomeadamente o Teste das Relações Objetivas de Phillipson – TRO (Phillipson, 1965) com objetivo de avaliar o equilíbrio psíquico através do Sistema Tensional Inconsciente Dominante (STID) e o Questionário de Qualidade de Vida – *Whoqol-Bref* (Group, 1998) que avalia a qualidade de vida a partir de quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Ao final do grupo realizou-se nova coleta de sangue.

### **Resultado e Discussão**

O participante era uma mulher de 54 anos, casada com diagnóstico de Diabetes há 9 anos, possui ensino superior completo, sua religião é católica e sua classificação pela ABIPEME é A2 (Alto nível sócio econômico). Os índices glicêmicos verificados foram glicemia em jejum e hemoglobina glicada. A glicemia em jejum antes do grupo foi de 210 mg/dl e no final do grupo de 140mg/dl, considerando valores de referência: normal

de 70 a 99 mg/dl; pré-diabetes 100 a 125 mg/dl; e, diabetes superior a 126 mg/dl (Association, 2010). A hemoglobina glicada antes do grupo foi de 8,74% e depois do grupo de 8,43% considerando valores de referência: 5,30% a 8,00% (Association, 2010). Os valores de glicemia não aparentaram grande modificação apesar da glicemia em jejum ter reduzido 70mg/dl a hemoglobina glicada manteve o valor acima dos 8,00% referenciado como limite máximo.

Considerando que a intervenção do grupo psicoeducativo durou apenas 3 meses, é difícil verificar mudanças significativas em seus níveis glicêmicos. Seria necessário posteriormente verificar se as mudanças comportamentais referentes a experiência proporcionada pelo grupo, referenciada como positiva, apresentou alterações importantes a longo prazo. Autores tem apontado para benefícios desta modalidade de intervenção que vem oferecendo à adesão ao tratamento (Benute *et al.*, 2001). O grupo psicoeducativo teve um impacto importante para esta participante que pode melhorar o seu autocuidado e começar a perceber que questões emocionais pareciam ter influência na maneira como ela lidava com o DM2. Parte do seu relato foi “o grupo foi fundamental para eu começar a me preocupar comigo” (sic). Portanto, considera-se que o grupo tem um caráter positivos na maneira como os pacientes e/ou familiares lidam com a doença e o tratamento (Benute *et al.*, 2001).

O grupo pode ser o início da adesão do tratamento pelo paciente com diabetes, um disparador para o conhecimento, para a aceitação da doença, para poder lidar com o luto pelo corpo saudável (Heleno, 2001). O apoio que um grupo é capaz de oferecer deve considerar não somente o papel da educação, mas também, a função das variáveis psicológicas a partir das quais se pode gerar uma mudança (Heleno *et al.*, 2007).

A análise da qualidade de vida apresentou, para o domínio físico, 54,29%, para o psicológico, 56,67%, para o social, 60,00%, e, para o ambiental, 67,50%. Este questionário de autoavaliação demonstrou que seus domínios com menores valores são o físico e psicológico, indo ao encontro do que a paciente demonstrou no grupo sobre a sua dificuldade de lidar com a sua doença e com os seus afetos. Verificar as dimensões mais afeta-

das da qualidade de vida permite que sejam feitos planejamentos de ações de promoção de saúde e prevenção de complicações (Junior, Heleno, & Lopes, 2013). Neste caso verificar quais domínios apresentam-se mais prejudicados, ajudando a estabelecer um prognóstico para as próximas ações, e até mesmo reestruturar ações relacionadas ao grupo original para futuras intervenções. No entanto, os valores desta participante são relativamente altos, considerando os outros resultados que ainda serão demonstrados a seguir. Por isso, os profissionais de saúde precisam de estar atentos aos fatores médicos bem como aos psicossociais que interferem na qualidade de vida e na qualidade do tratamento (Junior *et al.*, 2013). O instrumento, por si só, não pode ser considerado como único parâmetro de compreensão da qualidade de vida.

A análise da EDAO mostrou respostas pouco e pouco adequadas (Afetivo-Relacional = pouco adequada; Produtividade = pouco adequada; Orgânico = pouco adequada; Sócio-Cultural = pouco adequada), indicando um diagnóstico adaptativo operacionalizado como Adaptação Ineficaz Severa. Portanto, apresentam-se alguns sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos (Simon, 2005). Visto que essa participante tem uma doença crônica (DM2) é importante verificar suas respostas para o setor Orgânico, o qual mostra-se com a resposta menos adequada possível da avaliação (pouquíssimo adequada) que gera um quadro de prognóstico desfavorável.

Para compreender melhor a dinâmica psíquica desta participante verificamos na análise do TRO um predomínio da posição esquizoparanóide identificada pelo uso dos mecanismos defensivos de identificação projetiva, racionalização, controle obsessivo, negação, alucinação negativa, idealização, tendência a idealização, estado confusional e paralisção. Observa-se a distorção da percepção da realidade por meio da modificação do conteúdo humano apresentado nas pranchas, com a exclusão dos personagens. Quanto aos medos apresentados foram: da solidão de entrar em contato com o mundo interno, dos maus objetos internos, medo da relação adulta, de manter o par, do objeto destruído, do conflito da

relação triangular, da exclusão, da perda/fragmentação, e da perda do controle egóico. Os desejos foram: de suportar a solidão, de entrar em contato com o mundo interno, de evitar o contato com a realidade aterrorizante, bem como o desejo de estabelecer vínculos mais primitivos, de evitar os ataques ao par, de evitar a destruição do objeto, de evitar o conflito na relação triangular, de destruir o par, de evitar a exclusão, de evitar a perda/fragmentação e de evitar a perda do controle egóico. Portanto, o ego não suporta a solidão, o contato com o mundo interno e teme os maus objetos internos. Não consegue manter equilíbrio na relação de par e triangulares. A situação de perda do controle egóico e da exclusão não são suportadas.

Essas características equivalem a posição esquizoparanóide, a qual compreende que os objetos são caracterizados pela clivagem, predominando relações baseadas pelas fantasias (Klein, 1946). O que está presente nesse momento é o instinto de morte (angústia primária) percebido como o medo do aniquilamento. O ego, para evitar seu aniquilamento, coloca em prática a deflexão, surgindo o primeiro objeto persecutório fora do ego (Klein, 1946). Logo, os mecanismos de defesa, em sua maioria estão relacionados com esta posição. As histórias apresentam-se pobres de conteúdos indicando uma dificuldade em simbolizar. Assuntos como a morte, a solidão, o desamparo e a agressividade (ataque e destruição) são recorrentes. Fica evidente a existência da dificuldade em estabelecer relações com objetos internos. Torna-se claro que os assuntos tratados evidenciam os aspectos do DM.

A vivência com a doença rompe com a saúde plena interferindo na vida familiar e comunitária desta pessoa, ou seja, afetando o seu universo de relações (Péres, Santos, Zanetti, & Ferronato, 2007). Este fato confirma novamente os resultados da EDAO, verificando uma Adaptação Ineficaz Severa.

A modificação do estilo de vida é um processo complexo e, que pode ocorrer em um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliar expectativas de fu-

turo (Péres *et al.*, 2007). E isso demanda tempo e disposição à mudança. Após o grupo psicoeducativo é possível verificar uma mudança na fala desta participante em relação à doença, que demonstra o início de uma possível adesão ao tratamento. Quando o paciente dispõe de uma estrutura de atendimento como a que foi disponibilizada, fica mais fácil o acompanhamento e a motivação.

### Conclusão

O bom controle glicêmico depende de tratamento que inclui exercícios físicos, adequação da dieta, conhecimentos da doença, entre outros. A participante não tinha adesão ao tratamento e os resultados apresentados nas avaliações não foram bons. Mas, após a participação no grupo psicoeducacional, no qual teve oportunidade de receber informações a respeito do tratamento e da doença e realizar atividades físicas acompanhadas por educadores físicos e fisioterapeutas, ela parece tomar consciência de suas dificuldades. Apesar de não ter havido mudança nos níveis glicêmicos, a participante estabeleceu uma relação positiva com o grupo e com os profissionais. Concluiu-se a partir desses resultados, que o grupo psicoeducativo teve um impacto importante para essa participante, que pôde melhorar o seu autocuidado e perceber que questões emocionais pareciam ter influência na maneira como ela lidava com o DM2. O grupo parece ter sido o início da adesão ao tratamento, um disparador para o conhecimento e aceitação da doença. Nesse caso, os resultados referentes às dificuldades na manutenção do controle glicêmico, do equilíbrio psíquico, da eficácia adaptativa e da qualidade de vida associados a boa adesão ao grupo psicoeducacional, mostram a favorável indicação de um acompanhamento psicológico. Nesse seria possível um trabalho para contenção da intensa ansiedade e da melhora da eficácia adaptativa, que podem ter efeitos negativos sobre a adesão ao tratamento. Além disso, o fato de ela ter aderido ao grupo e estabelecido relações positivas, mostra indícios favoráveis à adesão ao tratamento psicológico.

### Referências bibliográficas

- Association, American Diabetes. (2010). *Diabetes Basics*. Consultado em 15-07-2014
- Bechara, G.M. (2011). *Diabetes Mellitus Tipo I: evolução da eficácia adaptativa e psicoterapia breve operacionalizada*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo (tese de mestrado).
- Benute, G.R.G., Santos, N.O., Santos, R.M.R., Rondon, F.C., Quayle, J. & Lucia, M.C.S. (2001). A importância do psicólogo na criação e implantação dos programas educativos e de prevenção em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 25(1), 49-53.
- Bleger, J. (1980). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos (trad. R.M. de Moraes)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brandão, C.L.C., Aranha, V.C., Chiba, T., Quayle, J. & Lucia, M.C.S. (2004). A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. *Psicologia Hospitalar*, 2(2). doi: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092004000200007&lng=es&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200007&lng=es&tlng=pt).
- Cezaretto, A. (2010). *Intervenção interdisciplinar para prevenção de Diabetes Mellitus sob a perspectiva da Psicologia: Benefícios na qualidade de vida*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública (Tese de mestrado).
- Diabetes, Sociedade Brasileira de (2014). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes - 2014
- Gimenes, H.T., Zanetti, M.L. & Haas, V.J. (2009). Factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(1), 46-51.
- Group, The Whoqol. (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Grubis, S. & Noriega, J.A.V. (2004). *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor.
- Heleno, M.G.V. (2001). Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes com diabetes tipo II. *Mudanças Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 9(15), 75-158.
- Heleno, M.G.V., Vizzotto, M.M., & Bonfim, T.E. (2007). Da cura à psicohigiene: a importância da compreensão da eficácia adaptativa em psicologia da saúde. In M.M.M. Siqueira, S.N. Jesus & V.B. Oliveira (Eds.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Januzzi, P.M. & Baeninger, R. (1996). Qualificação socioeconômica e demográfica das classes das escalas Abipeme. *Revista de Administração*, 31(1), 82-90.
- Junior, A.J.A.F, Heleno, M.G.V. & Lopes, A.P. (2013). Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 102-108.
- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides (trad. E.M. d. Rocha). In M. Klein (Ed.). *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Péres, D.S., Santos, M.A., Zanetti, M.L. & Ferronato, A.A. (2007). Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6).
- Santos, M.C.S., Honda, G.C., Santeiro, T.V. & Yoshida, E.M.P. (2013). Eficácia adaptativa: produção científica brasileira (2002/2012). *Contextos Clínicos*, 6(2), 84-94.
- Sawtschenko, C.N. (2009). *Eficácia adaptativa e situações de crise em portadores do vírus HIV - Imunodeficiência Humana/AIDS*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo (tese de mestrado).
- Silva Filho, N. (2008). O manejo psicoterápico e a história natural da AIDS. *Mudanças*, 16(1), 27-36.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Simon, R.(2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, A.L., Araújo, T.D. & Oliveira, J.S.A.(2014). Revisão de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. *Revista Científica da Escola de Saúde CATUSSABA*, 3(2), 87-95.
- Teixeira, C.R. (2008). *Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo (tese de mestrado).
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H.(2004). Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1045-1053.

## INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A OMNIA é uma revista bianual que publica trabalhos inéditos nas áreas das ciências, artes e filosofia. As propostas de textos para publicação – assinadas individualmente ou em coautoria – devem incluir uma nota biográfica do(s) autor(es) com um máximo de 150 palavras, onde conste obrigatoriamente o nome, o endereço eletrónico, o cargo profissional e o local onde é exercido, bem como os graus académicos e as instituições onde foram obtidos, assim como o respetivo domínio científico. Cada número da revista terá um coordenador que, em conjunto com o conselho editorial ou com outros especialistas, decidirá sobre a oportunidade e qualidade científica dos textos enviados.

### PEDIDO DE COLABORAÇÃO

A OMNIA aceita artigos para publicação no próximo número (não temático), os quais deverão ser enviados **até 29 de Fevereiro de 2016** para **grupo@grei.pt**, em ficheiro(s) anexo(s) à mensagem de correio eletrónico, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações).

### Instruções específicas:

**Título e subtítulo:** Apresentados em português e em inglês, nenhum deles pode exceder as **10 palavras**, devendo o título ser menor do que o subtítulo.

**Resumo:** Deve incluir entre **100 e 150 palavras** e ser redigido em português e em inglês.

**Palavras-chave:** É necessário referir **entre 3 e 5 palavras-chave ou expressões** em português e em inglês.

**Bibliografia:** Elaborada segundo as normas da APA, não pode exceder as 25 referências, com exceção das dos artigos de divulgação de projetos, que podem incluir um máximo de 15, e das revisões de literatura, que podem incluir até 40 títulos.

**Notas de rodapé:** Devem ser usadas apenas para informações sucintas de caráter explicativo e restritas ao **mínimo** indispensável.

**Diagramas, tabelas, e ilustrações:** Têm de ser incluídos em ficheiro(s) anexo(s), numerados sequencialmente usando algarismos árabes e, caso não sejam inéditos, indicar a fonte donde foram extraídos.

**Opção ortográfica:** A OMNIA segue o novo acordo ortográfico, mas os autores poderão não o adotar desde que o refiram explicitamente em nota de rodapé.

**Dimensão e formatação:** Os artigos serão apresentados em ficheiros formatados em **páginas A4** numeradas sequencialmente, com **2,5 cm em todas as margens**, **tipo de letra Times New Roman - tamanho 11 e 1,5 de espaçamento entre linhas**; devendo obedecer aos limites de espaço a seguir referidos, consoante a sua especificidade:

**A** - Artigos de *fundamentação teórica* ou de *reflexão conceptual* – **entre 10 e 15 páginas**.

**B** - Artigos de *revisão de literatura*, de *recensão crítica*, de *divulgação de projetos* e *resumos de teses* ou de *outros trabalhos académicos* – **entre 8 e 12 páginas**.

**C** - Artigos de *pesquisa empírica* ou de *divulgação de métodos e técnicas de recolha de dados* – **entre 15 e 25 páginas**.