



**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra**

**Desafios educativos em utentes de Centros de Dia:**

**O papel da espiritualidade, do sentido da vida e do bem-estar**

**Dissertação de Mestrado**

Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária

Clara do Carmo Vilhena de Carvalho Mesquita 2014



**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra**

**Desafios educativos em utentes de Centros de Dia:**

**O papel da espiritualidade, do sentido da vida e do bem-estar**

Dissertação de Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Albertina Oliveira.

Clara do Carmo Vilhena de Carvalho Mesquita 2014

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a preciosa colaboração e apoio dos vários intervenientes neste projeto a quem deixo o meu apreço, estima e profundo agradecimento. À professora Albertina Oliveira que foi a grande força motriz de todo este processo, pela partilha de saberes, de informação, pelo apoio, estímulo, orientação, dedicação e disponibilidade, incessáveis. A todo o copo docente deste mestrado pela inspiração que despoletaram.

Agradeço ainda ao meu irmão Gil, ao Eduardo, à Helena, à Denise, à minha mãe, ao Martinho e ao Teãozinho, pela paciência, partilha, ajuda e apoio que prestaram ao longo desta caminhada.

Aos utentes dos Centos de Dia onde incidiu a investigação, que se disponibilizaram a participar neste estudo a quem presto o meu profundo agradecimento. Destaco ainda o papel das Diretoras Técnicas, dos/as técnicos/as, auxiliares e cuidadores dessas instituições, pois constituíram uma ponte fulcral entre mim e os utentes, foram elementos facilitadores do processo de recolha de dados, sempre muita disponíveis e colaborativos em todo o processo.

A todas as pessoas envolvidas, um bem-haja!

## **Resumo**

As preocupações sobre a forma como se envelhece, a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas idosas assumem cada vez mais relevância, no contexto de sociedades crescentemente envelhecidas. O sentido da vida, a espiritualidade/religiosidade e a autoeficácia têm vindo a revelar um papel importante enquanto fatores de bem-estar e de proteção relativos às perdas e aos danos dos processos inerentes ao envelhecimento. Partindo da perspetiva do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, a presente investigação tem como principal objetivo perceber de que forma o bem-estar subjetivo das pessoas com 65 ou mais anos que frequentam os Centros de Dia da região do Vale do Sousa está associado à espiritualidade/religiosidade, à procura e presença de sentido na vida, bem como à autoeficácia nos domínios da saúde da atividade e da cidadania. Pretende-se também indagar a eventual influência da espiritualidade/religiosidade no grau de confiança de cada indivíduo face à realização de tarefas relacionadas com a saúde, a atividade e a cidadania.

Para o efeito recorreu-se a um plano não experimental correlacional uma vez que se procura perceber relações entre variáveis, com uma amostra de utentes de 9 Centros de Dia, constituída por 121 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos.

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Escala de Espiritualidade/religiosidade de Astin, Astin e Lindhold (2011), as Escalas de Autoeficácia nos domínios da Saúde, Atividade e Cidadania, a SWLS, a PANAS e o MLQ.

Os dados empíricos mostram que a presença de sentido na vida assume um impacto positivo no BES, bem como a autoeficácia, e que a dimensão espiritual/religiosa revela efetivamente uma associação muito significativa com o BES e com a autoeficácia para a cidadania, a saúde e a atividade. Dada a grande consistência dos nossos resultados com os de investigações prévias, propomos que a dimensão espiritual assuma explicitamente um papel de relevo no contexto de ações educativas/formativas que pretendam potenciar o desenvolvimento humano, beneficiando, enriquecendo e dando mais sentido à vida dos utentes de Centros de Dia.

Palavras-chave: Idosos; Centros de Dia; Espiritualidade; Bem-estar subjetivo; Envelhecimento bem-sucedido; Satisfação com a vida; Sentido da vida.

## **Abstract**

The concerns about the ageing process itself, the well-being promotion and the quality in life of the elderly are getting a growing relevance. Meaning in life, spirituality/religiosity and self-efficacy have been revealing an important role as well-being components and as protection related to the losses and gains inherent to ageing. Starting from the perspective of lifelong development, the present investigation has as main goal understand in which way the subjective well-being of people over 65 years old who attend the Day Centers of Vale de Sousa region is associated to spirituality/religiosity, meaning in life, as well as three self-efficacy domains (health, activity and citizenship). We also intend to investigate the possible influence of spirituality/religiosity in the confidence level of each individual in the performance of tasks related to health, activity and citizenship.

For this purpose a non-experimental correlational design was carried out to attempt to understand the relationships between variables in a sample of 9 Day Centers' clients, consisting of 121 elderly people, aged between 65 and 92 years.

For the data collection the following instruments were used: Spirituality Scale, self-efficacy scales (health, activity and citizen), SWLS, PANAS and MLQ.

The empirical data showed that meaning in life assumes a positive impact on the well-being, as well as the self-efficacy in citizenship, health and activity. Given the great consistency of our results with those of previous investigations, we propose the spiritual dimension to explicitly assume a prominent role in the context of educational/training activities which pretend to enhance human development, benefiting, enriching and giving more meaning to the lives of users of Day Centers.

Key words: Elderly; Day Centers; Spirituality; Subjective well-being; Successful ageing; Life Satisfaction; Meaning in life.

## Índice

Parte I – Enquadramento teórico .....	8
Introdução .....	9
1. Envelhecimento: uma perspetiva física, social e psicológica .....	11
2. Breve contextualização histórica sobre o envelhecimento .....	16
2.1. A gerontologia e o estudo do envelhecimento.....	19
2.2. Envelhecer em Portugal – perspetiva demográfica.....	20
3. Breve contextualização histórica da educação de adultos em Portugal.....	24
3.1. A influência do pensamento humanista na educação de adultos.....	27
3.2. Gerontologia educativa.....	31
4. O desenvolvimento humano e envelhecimento .....	34
5. A reforma.....	46
6. Envelhecimento ativo .....	55
7. O envelhecimento bem sucedido.....	59
7.1. Envelhecimento bem-sucedido e o lugar da espiritualidade .....	62
8. Qualidade de vida .....	66
9. Bem estar subjetivo .....	71
10. Espiritualidade <i>versus</i> religiosidade .....	80
11. Sentido da vida - Busca de sentido e outros constructos.....	87
Considerações finais .....	90
Parte II - Estudo empírico.....	92
I - Metodologia e processos inerentes à investigação.....	93
1.1. Introdução.....	93
1.2. Problema de investigação e seus objetivos.....	93
1.3. Hipóteses de investigação.....	94
1.4. Plano de investigação .....	94
1.5. Procedimento para constituição da amostra .....	95
1.6. Caracterização dos instrumentos .....	96
2. Apresentação dos resultados .....	102
2.1. Caracterização da amostra.....	102
2.2. Caracterização sociodemográfica .....	102
2.3. Caracterização relativa à religiosidade/espiritualidade .....	107
2.4. Análises descritivas prévias ao teste de hipóteses .....	122
2.4.1. Teste de hipóteses.....	123

3. Discussão dos resultados .....	130
3.1. Interpretação de resultados .....	130
4. Implicações para programas educativos de adultos em idade avançada .....	137
5. Limitações ao estudo .....	140
Conclusão .....	141
Bibliografia.....	144
Anexos .....	157

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **Introdução**

O presente trabalho, enquadrado na perspetiva do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, que sustenta que o desenvolvimento humano é multidimensional e multidirecional e que em todas as idades há perdas e ganhos, visa perceber o contributo da espiritualidade/religiosidade, do sentido da vida e da autoeficácia, em domínios como a cidadania, a saúde e a atividade, para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida de adultos utentes de Centros de Dia da região do Vale do Sousa. Até que ponto estas pessoas sentem a presença de sentido na vida ou estão à sua procura? De que forma a espiritualidade ou as suas crenças e práticas religiosas se relacionam com mais bem-estar e mais qualidade de vida? De que forma a espiritualidade contribuirá para a adoção de atitudes e emoções positivas face ao envelhecimento? Até que ponto cuidam da sua saúde e estão implicados em diversas atividades contribuindo para um envelhecimento ativo, bem-sucedido, com sentido? Estas e diversas outras questões estiveram na origem do esboço do presente trabalho.

O envelhecimento é visto como um processo de desenvolvimento, que inclui todo o curso de vida de um indivíduo, desde o nascimento até à sua morte (Martins, Camargo & Biasus, 2009). A concetualização deste desenvolvimento tem vindo a acentuar o potencial do ser humano para o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e a promoção de dimensões positivas que entendem a última etapa da vida – a velhice – como uma idade em que os ganhos podem ser potenciados e as perdas minimizadas. Entre estes ganhos ou dimensões, o sentido da vida e a espiritualidade/religiosidade têm vindo a conquistar terreno, ao afirmar-se como fatores protetores ou mesmo potenciadores da qualidade de vida das pessoas de idade avançada. Porém, a sua rede de relações com outras variáveis precisa de continuar a ser investigada para se conseguir mapear bem este terreno, que se afigura tão promissor, sendo o grande desafio, o de os programas ou ações educativas refletirem de forma intencional e sistemática, estas dimensões.

Neste mapeamento, compreender conceitos tais como os de “espiritualidade”, “religiosidade”, “sentido da vida”, “envelhecimento bem-sucedido”, “envelhecimento ativo”, “bem-estar subjetivo”, as afinidades entre eles, bem como alguns dos principais modelos teóricos que lhes estão subjacentes, torna-se fundamental e dá corpo à parte teórica da presente dissertação.

Deste modo, esta tese encontra-se dividida em duas partes principais, uma dedicada ao enquadramento teórico e outra ao estudo empírico. A parte teórica começa por fazer uma abordagem geral ao processo de envelhecimento, seguindo-se um breve enquadramento histórico do envelhecimento e a caracterização das principais alterações na estrutura demográfica da população portuguesa. Subsequentemente é explanada, em termos muito sumários, a educação de adultos e, como seu subdomínio, a educação gerontológica. Em seguida, é perspectivado o desenvolvimento humano, com o intuito de contextualizar as diferentes fases do mesmo com especial ênfase na idade adulta e no processo de envelhecer. Posteriormente são abordados os constructos de envelhecimento ativo, envelhecimento bem-sucedido, bem-estar subjetivo e qualidade de vida. Subsequentemente é abordada a espiritualidade/religiosidade, finalizando com o sentido da vida.

A segunda parte é dedicada ao estudo empírico, com os aspetos metodológicos, a caracterização da amostra e dos instrumentos de recolha de dados, a apresentação e discussão de resultados e, por fim, a apresentação das implicações para programas educativos para idosos, as limitações do estudo e as considerações finais.

O tema de que versa esta dissertação emergiu do interesse, despertado ao longo das unidades curriculares do mestrado em “Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária”, assim como da partilha de ideias com o corpo docente do mesmo, em particular com a responsável pela orientação deste trabalho.

## **1. Envelhecimento: uma perspectiva física, social e psicológica**

Envelhecer é um processo dinâmico habitualmente lento e progressivo e, embora apresente variações individuais derivadas de fatores genéticos e ambientais, é uniforme em cada espécie, no que respeita ao seu início e evolução, acarretando uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, mudanças essas progressivas e naturais (Zimerman, 2000). Pode dizer-se então que o processo de envelhecimento é fruto da interação de vários fatores, intrínsecos ou genéticos, extrínsecos ou ambientais e é essa variedade de interações que explica a diversidade do envelhecimento humano (Kirkwood, 1996; Maddox, 1987, cit. por Paúl & Fonseca, 2005). Robert (1994) postula que a duração máxima de vida de cada espécie está codificada no genoma, no entanto esta visão determinista aplica-se mais à longevidade máxima do que ao declínio do organismo. Enquanto no que respeita a fatores favoráveis à longevidade o mesmo autor aponta a hereditariedade, a importância da fratria, o período de nascimento ao longo do ano e as condições socioeconómicas, contrariando a visão determinista reconhece que as influências exteriores têm um impacto direto sobre o envelhecimento do organismo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, envelhecer é um processo que leva à diminuição gradual da eficiência dos vários sistemas orgânicos e portanto do indivíduo (WHO, 2014). Pimentel (1987) refere que com a idade há uma diminuição da reserva cardíaca e o seu período de recuperação é mais longo, que a caixa torácica perde elasticidade na expiração, fixando-se na posição inspiratória. O autor alega ainda que a coordenação muscular é mais difícil com o avançar da idade, as inserções tendinosas nos ossos são mais vulneráveis dada a involução das fibras elásticas, o osso empobrece-se em cálcio e a regulação central e neurovegetativa tornam-se mais lentas. Do ponto de vista físico, o desgaste é inevitável e embora sendo certo que a velhice não se pode considerar uma doença, sem dúvida que corresponde a uma fase da vida mais propensa ao surgimento de doenças: as pessoas adoecem mais, mais rapidamente e a recuperação é mais morosa (Zimerman, 2000; Paúl & Fonseca, 2005). Segundo a mesma fonte, o segredo de bem viver é aprender a conviver com essas limitações, ou seja, aceitá-las, e adotar comportamentos que as minimizem.

Assim, acarretando o envelhecimento a deterioração estrutural e funcional em vários órgãos e tecidos (perda de força física, acuidade sensorial, velocidade de processamento, etc.), também a adaptação fica diminuída, logo um idoso em situação de

doença pode requerer a otimização de outros recursos como os sociais e os do meio para que adquira um equilíbrio favorável (Paúl & Fonseca, 2005).

Robert (1994) afirma que são raros os casos de pessoas que estando em bom estado de saúde não se queixem de qualquer sintoma ou perda de função ou faculdade. Segundo o autor, as capacidades físicas começam a declinar relativamente cedo, embora algumas funções declinem de forma mais significativa, outras de forma mais lenta, designadamente a velocidade de propagação do influxo nervoso e o metabolismo de base, que diminuem lentamente com a idade, enquanto a velocidade da circulação sanguínea baixa mais rapidamente com o avançar da idade. Outras funções mostram velocidades de declínio intermédias, como é o caso da perda de elasticidade cutânea, do teor de água do organismo ou o declínio da função digestiva.

No que concerne a alterações físicas inerentes ao envelhecimento pode-se referir que os músculos, os ossos e as articulações sofrem modificações que conduzem a alterações estruturais e funcionais do organismo, com consequências ao nível da mobilidade (Robert, 1994). Quanto ao sistema nervoso e sensorial, fortemente afetado pela idade, verifica-se a redução de peso e volume cerebral, redução de afluxo sanguíneo e do número de neurónios. Relativamente às capacidades visuais, estas sofrem alterações desde muito cedo, mas também de forma gradual. Os efeitos apenas começam a ser mais notórios entre os 40 e os 60 anos, verificando-se a redução da acuidade visual. No ouvido também surgem alterações precoces mas de forma muito lenta. Surgem modificações como a degenerescência da fibra nervosa de audição, espessamento do tímpano e produção de cerúmen, levando à perda progressiva da capacidade auditiva (Robert, 1994).

Segundo Fried et al. (2001), tendo em conta a relação entre o sistema nervoso e o sistema endócrino, poder-se-á inferir que o envelhecimento das células nervosas tem repercussões em todo o organismo (Powell & Chen, 2013). Considerando o envelhecimento como resultado da deterioração progressiva da capacidade de adaptação ambiental, Santos (2010) chama a atenção para a teoria imunológica da senescência. Segundo esta teoria, o sistema imunitário é essencial na conservação da saúde e homeostasia do organismo, pelo que a sua deterioração determinará o envelhecimento e a morte. É sabido, segundo a mesma fonte, que a capacidade para produzir anticorpos diminui com a idade. Assim, o envelhecimento apresenta-se muitas vezes associado ao

aparecimento de doenças com presumível patogenia imunológica, como tumores, infeções virais, doenças tiroideias ou reumáticas que podem dever-se a falhas de vigilância imunológica (Santos, 2010). Tem-se no entanto constatado que as alterações biológicas fruto do envelhecimento apresentam significativas diferenças interindividuais, uma vez que variáveis como hereditariedade, estados emocionais ou as condições económicas e culturais influem bastante na forma como se envelhece (Santos, 2002).

No âmbito social, o idoso é frequentemente confrontado com crises de identidade provocadas pela perda de papéis sociais, podendo conduzir à diminuição da autoestima e a outras mudanças indesejáveis. Com o aumento da esperança média de vida, e o maior tempo disponível derivado da situação de reforma, acresce o risco de depressão, de isolamento e falta de rumo. As perdas diversas e a diminuição dos contactos sociais exigem uma adaptação e preparação cuidada, assim como a aprendizagem de um novo estilo de vida para que a potencialidade negativa seja minimizada (Zimmerman, 2000).

Oliveira (2008), a este respeito, postula que urge às sociedades modernas, designadamente aos responsáveis políticos e sociais, adotar medidas de defesa e promoção da pessoa idosa, assentes em cinco princípios basilares: o princípio da *dignidade*, na medida em que os cidadãos mais velhos devem gozar de todos os direitos; o princípio da *autonomia*, num sentido lato e em particular na reforma; o princípio do *desenvolvimento pessoal*, facultando as condições necessárias ao desenvolvimento pleno; o princípio da *participação*, em atividades diversificadas, desde a atividade política, à social (exercício da cidadania) e o princípio de *acesso a cuidados* de saúde ou outros. Estes são no fundo princípios basilares à condição humana, e os contextos sociais desprovidos destes valores e assunções podem prejudicar o cidadão em geral, particularmente o idoso, dadas as vulnerabilidades já descritas.

Do mesmo modo, fatores como a pobreza e a exclusão social podem também contribuir para o isolamento das pessoas, afetando particularmente as que se encontram em idade avançada. As ruturas a que estão sujeitos induzem a sentimentos de insegurança, inquietude, ansiedade e podem consequentemente despoletar depressão ou outros estados patológicos.

Do ponto de vista psíquico, Schneider e Irigaray (2008) postulam que as pessoas em idade avançada estarão mais sujeitas a depressões (muitas vezes menosprezadas) e a

demências. Este facto pode dever-se à vivência solitária proporcionada pelas sociedades modernas fortemente afetadas pelo individualismo (Santos & Encarnação, 1998). As sociedades modernas estão marcadas pelo que se manifesta em processos de individualismo, indiferença, apatia, culpa, vergonha, ansiedade, fratura dos vínculos de solidariedade e de relações de entajuda (Santos & Encarnação, 1998). O envelhecimento acarreta mudanças com repercussões psicológicas que podem resultar na dificuldade das pessoas em se adaptarem a novos papéis, falta de motivação e dificuldade em planear o futuro, dificuldade em trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; dificuldade em adaptar-se às mudanças rápidas, quadros depressivos, hipocondríacos, somatizações, paranoia e baixas autoimagem e autoestima (Zimmerman, 2000). Segundo a mesma fonte, as características psicológicas que se prendem com o envelhecimento estão relacionadas com a hereditariedade, a história e a atitude de cada indivíduo. Assim as pessoas mais otimistas e saudáveis adaptam-se melhor às transformações inerentes ao processo de envelhecer, tendem a ver a velhice como um tempo de experiência acumulada e de libertação de certas responsabilidades (Zimmerman, 2000).

Numa leitura sociológica, como atrás referido, a existência humana é frequentemente despojada da sua dimensão histórica e passa a produzir-se por um nivelamento das idades. Quando se deixa de ser jovem, é-se considerado “sem valor” e colocado à margem da vida social quotidiana (Santos & Encarnação, 1998). Na verdade, a velhice está associada a perdas ao nível das redes sociais, das restrições da saúde e perda da vida ativa, as quais são maximizadas com atitudes discriminatórias, despoletando sentimentos de rejeição, solidão ou incapacidade (Couto, Prati, Falcão, & Koller, 2008). Neste sentido, segundo as autoras citadas, a depressão é uma das problemáticas mais frequentes em pessoas em idade avançada, que afeta a qualidade dos relacionamentos sociais assim como o seu bem-estar psicológico; é ainda o principal fator psicológico associado ao suicídio. Por outro lado, as mesmas autoras postulam que as pessoas em idade avançada procuram investir em relações emocionais significativas, o que leva à criação de redes sociais menos numerosas, mas mais efetivas. Estas revelam-se de extrema importância no que concerne ao apoio emocional, afirmação da identidade social, estabelecimento de novas relações, reforço da crença de serem amadas e criação de estratégias de comparação social, ajudando a manter uma autoimagem positiva (Couto, Prati, Falcão, & Koller, 2008).

As redes sociais e os laços criados “têm sido identificados como redutores do risco de depressão ente idosos e como promotores de autoconfiança” (García et al, 2005, cit. por Couto, Prati, Falcão, & Koller, 2008, p.143). Este fator tem sido apontado em diversos estudos, como um preditor de qualidade de vida em idade avançada (e.g., Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). Neste sentido, urge otimizar oportunidades promotoras de bem-estar físico, social e mental, durante toda a vida com o objetivo de promover um envelhecimento saudável, mais produtivo e com melhor qualidade de vida (Torres & Marques, 2008).

## **2. Breve contextualização histórica sobre o envelhecimento**

A temática do envelhecimento remonta, se considerarmos o mundo ocidental, já ao Antigo Testamento, onde a ideia de longevidade aparece expressa, com um limite de 120 anos (Gênesis, 6,3), embora para Samuel (Sal, 90,10) essa faixa etária se reduza a 70-80 anos de idade (Paúl & Fonseca, 2005). Nos Livros Sagrados da Bíblia, a longevidade é considerada uma recompensa da virtude (Beauvoir, 1990). São inúmeras as referências a idosos vigorosos, como também são descritas algumas perdas associadas à idade: de cariz sexual, perdas sensoriais, como é referido ao rei David que perde a visão (Paúl & Fonseca, 2005).

Também no campo da filosofia o interesse pelo envelhecimento ressalta. “Platão (427-347 a. C.) considerava o resultado do envelhecimento uma continuidade da vida de jovens e adultos, numa lógica bem atual de que se envelhece como se viveu” (Paúl & Fonseca, 2005, p. 22). Este filósofo postula que vai havendo, ao longo do desenvolvimento humano, uma transferência de prazeres, em que os espirituais vão progressivamente substituindo os físicos, como se de uma libertação se tratasse (Paúl & Fonseca, 2005).

Sêneca nas suas famosas *Cartas a Lucílio* disserta acerca da velhice, descrevendo-a como uma fase cheia de compensações, sendo o importante saber tirar partido dela. Alega ainda que a idade avançada é muito agradável, e quem teve o prazer (como ele) de a atingir está apto a desfrutar de inúmeros prazeres, ou pelo menos de desfrutar do prazer de não necessitar de qualquer prazer (Moreno, 2002). Sêneca recomendava que era necessário trabalhar para as gerações vindouras evitando o ócio; para o filósofo, ao velho cumpria a obrigação de estudar em permanência, defendendo que a melhor forma de viver a velhice era meditando e refletindo, pois isso traria paz e felicidade (Moreno, 2002). Cícero preconizava também que era importante cuidar da velhice o mais possível, e que era necessário abandonar todas as ambições económicas e políticas, procurando a máxima tranquilidade, renunciando à obtenção de honras pessoais e valorizando o descanso acima de tudo (Moreno, 2002).

Por outro lado, Aristóteles (384-322 a. C.) apresenta uma visão oposta à de Platão e dos outros filósofos referidos, segundo a qual o desenvolvimento humano se hierarquiza em quatro fases de vida, sendo a quarta a da senilidade, marcada pela deterioração generalizada das capacidades, em que a deterioração do corpo acompanha



necessariamente a do espírito (Paúl & Fonseca, 2005). Uma visão mais negativa do envelhecimento apresenta também Juvenal, descrevendo a pessoa velha como aquela que tem a cara deformada, horrível e irreconhecível (Moreno, 2002). Segundo o mesmo autor, Juvenal concebe a velhice na perspectiva de perdas de ordem biológica e social, considerando o velho como um ser em sofrimento, isolado e triste.

Já na antiguidade se desenhavam duas perspectivas antagónicas sobre o envelhecimento, uma negativa e outra positiva. Antes de Platão, a velhice imprimia-se por uma visão predominantemente pessimista, na medida em que os seus efeitos eram observados como maioritariamente negativos, opondo-se à tradição reflexiva e moralizante de pensar a velhice, ilustrada por Sócrates e Cephalus, presente em *A República de Platão* (Viegas & Gomes, 2007).

Hipócrates (460-377 a. C.) é reconhecido como o primeiro autor a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). “Este era considerado com uma perda de calor e humidade do corpo, um apagar da chama que se torna ténue e necessita de menos combustível (alimento)” (p.22). Preconizava-se assim que os indivíduos à nascença eram dotados de um reservatório finito de energia (calor interno, espírito e força vitais) (Paúl & Fonseca, 2005). O envelhecimento era tido como um processo natural, físico e irreversível, não uma doença, mas uma condição que predispunha à condição de doente. Neste sentido, as recomendações para um envelhecimento bem-sucedido eram a prática de exercício físico, uma alimentação cuidada, banhos quentes e consumo de vinho (Paúl & Fonseca, 2005).

Por seu turno, Galeno (131-201) explica o envelhecimento à luz da patologia humoral e psicológica (Paúl & Fonseca, 2005). Assim, a velhice estaria relacionada com a progressiva desidratação do corpo, que faria com que este enrugasse, minguasse, e tornasse os membros débeis e pouco firmes, correspondendo a velhice a um processo natural por que passam os tecidos, que são uma mistura húmida de sangue e sémen, desidratados pelo calor interior (Paúl & Fonseca, 2005).

Os filósofos medievais apresentavam de uma forma geral uma perspectiva positiva do envelhecimento, ou pelo menos, contemplavam também aspetos positivos. Santo Agostinho, no seu primeiro tratado, descrevia os cabelos brancos de um ancião como testemunha de sabedoria. São João Crisóstomo, no seu comentário acerca da *Epístola de São João Paulo* refere que os cabelos brancos devem ser honrados, por ser a cor da

virtude e porque permite adivinhar que o homem interior também tem cabelos brancos (Moreno, 2002).

Até ao Renascimento foram estes os contributos mais relevantes sobre o envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). Por volta de 1500 emerge um novo interesse nas temáticas da origem e tratamento da velhice, em busca da eterna juventude. Neste sentido, médicos como Cornaro (1470-1566), recomendavam moderação na alimentação e nas emoções, como chave para a promoção de saúde e longevidade (Paúl & Fonseca, 2005). “Paracelso (1493-1541) compara a velhice à ferrugem que corrói e decompõe o metal, contra a qual de nada serve ter uma alimentação equilibrada e tomar o elixir da longa vida” (p. 23). André du Laurens (1558-1609) postulava que a velhice seria fruto da acumulação de excrementos provenientes da alimentação, tendo provado, no entanto, que o coração não muda de tamanho, como se acreditava até então. Santorium (1561-1636) referia que o envelhecimento resultava da decomposição dos espíritos responsáveis pelas diferentes funções, cujos resíduos endurecem os tecidos, impedindo a respiração insensível que levaria à morte das fibras (Paúl & Fonseca, 2005). Bacon (1561-1626) considerava que a vida se poderia prolongar através do prolongamento da vida dos espíritos que governam o corpo, através de uma vida regrada em alimentação, exercício e emoções (Paúl & Fonseca, 2005).

Dentro do espectro de autores percursores da gerontologia, Fernández-Ballesteros (2013) destaca Quetelet (1796-1874) que enfatiza pela primeira vez a importância do conhecimento sobre os processos inerentes ao nascimento, desenvolvimento e morte do ser humano, correlacionando os seus estudos com variáveis como a idade, o sexo, a profissão e o meio ambiente. Para a autora o processo de envelhecimento deve ser entendido numa perspectiva biopsicossocial.

Schopenhauer (1788-1860) sustenta uma perspectiva de valorização da velhice, postulando que as pessoas mais velhas têm uma visão mais completa e mais adequada da vida, pois viveram mais anos, tendo maior legitimidade para falar sobre a velhice e partilhar sábios ensinamentos (Zacharewicz, 2003). Stanley Hall (1844-1911) refere que as diferenças entre idosos são ainda maiores que noutros níveis etários, abandonando assim o modelo deficitário.

Foi, no entanto, em 1903, que Elie Matchnikoff (1845-1916) propôs uma nova ciência, a gerontologia, cujo objeto de estudo seriam as pessoas idosas. Contudo, ela só veio a

consolidar-se após a Segunda Guerra Mundial, com a emergência da *Society of Gerontology*, em 1946, na América do Norte (Viegas & Gomes, 2007). O desenvolvimento progressivo da gerontologia atingiu um marco importante no fim do séc. XX, com a consagração, em 1999, do Ano Internacional dos Idosos, implementado pelas Nações Unidas e celebrado em diversos países, constituindo um ponto de viragem em Portugal no que respeita à atenção e tratamento da problemática de pessoas de idade avançada (Paúl & Fonseca, 2005).

### **2.1. A gerontologia e o estudo do envelhecimento**

O termo gerontologia emerge da necessidade de conhecimento científico específico e da necessidade haver uma especialidade no que respeita ao envelhecimento. Trata-se assim de um ramo da ciência que se propõe estudar o processo de envelhecimento nos seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais, bem como as múltiplas problemáticas que envolvem o envelhecimento humano (Beauvoir, 1990).

Com o afirmar da gerontologia enquanto ciência, os autores Bengston, Rice e Johnson (1999) referem que os gerontologistas tentam explicar diversos fenómenos, tais como: os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente; o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, isto é, como é que os indivíduos crescem e envelhecem (aspetos biológicos, psicológicos e sociais da senescência); e a idade enquanto padrão de comportamento social. Para Fernández-Ballesteros (2000) a gerontologia estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, diferenciando-se da gerontologia social, que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e as ações sociais que o podem otimizar (Paúl & Fonseca, 2005). A psicologia do idoso e do envelhecimento pode ser considerada como área específica da gerontologia (Paúl & Fonseca, 2005). O interesse é também alargado à intervenção, privilegiando-se os contextos sociais e culturais, de onde emergem âmbitos de atuação a diversos níveis, como por exemplo o da educação (Paredes et al., 2002; Simões, 1999).

No que respeita à psicologia da idade, as investigações têm o seu enfoque nas diferenças de idade, comparando grupos de diferentes idades num mesmo tempo. A idade constitui assim a principal variável independente, tendo como variáveis dependentes a mortalidade, morbidade, autonomia, qualidade de vida, competência ou produtividade. Não deixa de ser, contudo, uma variável vazia, uma vez que pouco nos diz acerca da

capacidade e características das pessoas, tendo em conta a vasta heterogeneidade dos indivíduos de idade avançada. A idade não se pode tomar, como critério que permita o seu estudo preciso, pois o número de anos de vida de um indivíduo não nos dá informação sobre a sua qualidade de vida, sobre a sua experiência psicológica ou social, assim como sobre a sua saúde ou qualquer outro aspeto. Mesmo segundo o modelo biológico, o envelhecimento tem de ser encarado, quanto às mudanças ocorridas, numa perspectiva fisiológica, podendo existir diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000, cit. por Paúl & Fonseca, 2005; Simões, 1999).

E mesmo ao nível cognitivo, como vimos anteriormente, os declínios verificados, a partir dos 60 anos de vida, são diferenciais, pois não atingem todas as funções, nem todos os indivíduos de forma uniforme: as pessoas mantêm algumas capacidades de forma seletiva, enquanto outras se deterioram, em consequência de muitos fatores.

Segundo Shock (1985), o envelhecimento é um processo individualizado, marcado por diferenças interindividuais que se acentuam com o avançar da idade, estando associado às experiências acumuladas, o que fará emergir diferenças interindividuais, sublinhando competências ou incapacidade, que a sua base genética, em interação com o meio permite expressar (Paúl & Fonseca, 2005).

## **2.2. Envelhecer em Portugal – perspectiva demográfica**

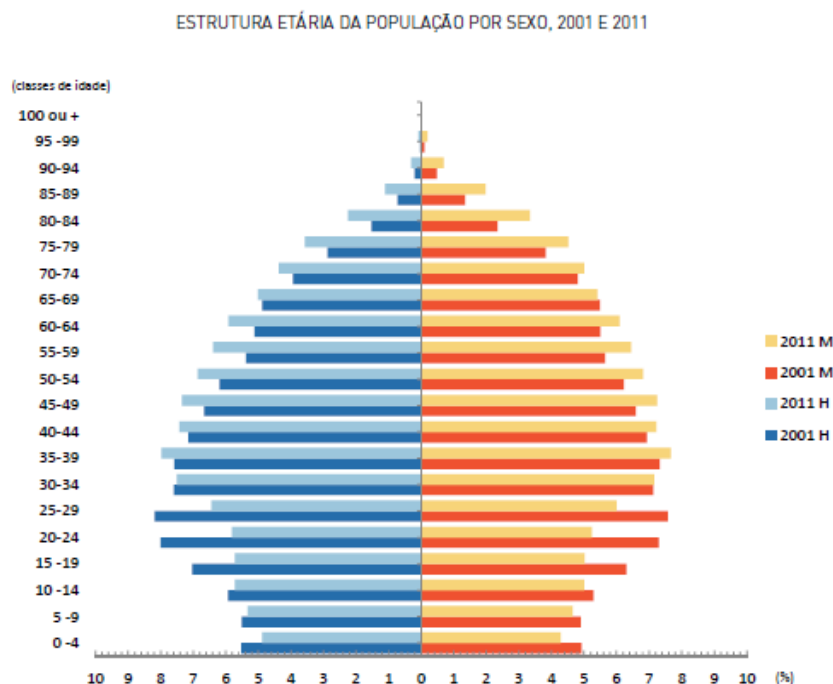
O envelhecimento da população portuguesa é uma realidade que tem vindo a preocupar os responsáveis do país, segundo dados dos censos de 2011 a população idosa constitui 19% da população portuguesa (INE, 2013). Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Esta proporção deve-se também ao facto de ter ocorrido um decréscimo da taxa de natalidade, havendo um índice negativo desde 2008 (INE, 2013).

Na Conferência Mundial sobre o Envelhecimento (2002), Baltes enceta apontando boas e más notícias face à terceira idade (Paúl, 2006, cit. por Sardinha, 2008). Começando pelas primeiras, reporta-se ao aumento da esperança de vida que permite que as pessoas vivam mais tempo, proporcionando um maior potencial humano (físico e mental) para uma melhor adaptação à velhice; refere que as sucessivas gerações mostram ganhos tanto físicos como mentais, e há cada vez mais pessoas a envelhecerem de forma bem-sucedida. No entanto o envelhecimento populacional é uma realidade incontestável. As

taxas de natalidade têm evoluído de forma inversamente proporcional ao envelhecimento. Há cada vez mais idosos e menos jovens nas sociedades ocidentais, na Europa em geral e em Portugal em particular. Este declínio da taxa de natalidade aparece associado a diversos fenómenos, entre os quais a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho, a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa. Por outro lado, a melhoria das condições sociais e tecnológicas, os progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora veio contribuir para o aumento da esperança de vida.

Sabemos que 15% dos europeus e americanos têm mais de 65 anos de idade, estimando-se que este número crescerá para cerca de 20% nos próximos 25 anos (Simões, 2011). Os censos de 1991 revelavam que 13,6% da população com 65 anos de idade, 10 anos depois representariam 16,4% da população. Por outro lado, o grupo dos mais idosos (mais de 85 anos de idade) registou um aumento de 66% (Simões, 2006). Em 31/12/2009 o INE informava que o grupo de pessoas com mais de 65 anos representava 17,9% da população residente, ao passo que o grupo dos jovens (0-14 anos) corresponderia a 15,2% da população, ou seja, a uma proporção de 118 idosos para cada 100 jovens (Simões, 2011). A população idosa era de 708,569 em 1960 e de 1.904.150 em 2009, mais do que duplicando no espaço de 50 anos (cresceu 2,69 vezes), e a tendência das previsões é duplicar este número até 2050. No que respeita à população muito idosa (80 ou mais anos), o crescimento foi ainda maior. Eram 107.617 pessoas em 1960, crescendo para 401.008 em 2004, ou seja, em 50 anos, esta população quase quadruplicou (aumentou 3,73 vezes), prevendo-se um crescimento de 10,2% em 2050 (INE, 2005, cit. por Simões, 2011). Estes dados têm relação com o aumento da esperança média de vida, sendo de 74,1 anos em 1990 e de 78,5 em 2006 e de 79,3 em 2012 (INE, 2007, cit. por Simões, 2011; INE 2013). Segundo dados do INE (2012) verifica-se um crescimento de 9% para a população entre os 30 e os 69 anos, enquanto que para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi da ordem dos 26%. A maioria dos idosos é do sexo feminino com uma esperança média de vida de 82,4 anos, sendo a do sexo masculino de 76,5 anos. A esperança média de vida à nascença é de 79,6 anos (INE, 2012).

Gráfico 1 – Distribuição etária por sexo entre 2001 e 2011 (censos 2011, INE, 2012)



O desequilíbrio verificado ao nível da estrutura etária da população tem-se vindo a acentuar, como é possível constatar pelo gráfico 1. A base da pirâmide diminuiu, representando a população mais jovem e alarga-se o topo com o crescimento da população idosa.

Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários, a cada cinco anos, entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos (INE, 2012).

O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 e mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011 (INE, 2012).

Relativamente à taxa de iliteracia, verifica-se que continua a ser bastante elevada entre os idosos, 79% entre as pessoas com mais de 65 anos (INE, 2012). Quanto à constituição familiar, cerca de 32,5% das famílias integram pelo menos um idoso, cerca de 50,5% correspondem a idosos a viverem sozinhos e 48,1% são constituídas por casais idosos (Paúl & Fonseca, 2005). A mesma fonte indica que cerca de 81% dos

idosos em meio rural não trabalham e têm como atividade social mais significativa conversar com os vizinhos (68%), sendo que ver televisão é a atividade de lazer mais referenciada (96% dos idosos). A participação na comunidade é diminuta, apenas 5% dos indivíduos referem participar em iniciativas de cariz organizacional ou comunitário. Estes dados apontam para a importância do investimento na intervenção multidisciplinar com a população idosa, desde as redes de apoio social às práticas educativas. Neste sentido, segue uma breve explanação sobre as políticas de educação de adultos em Portugal, enfatizando as práticas junto da população com idades mais avançadas.

### **3. Breve contextualização histórica da educação de adultos em Portugal**

A educação de adultos é um processo de socialização, aberto e permanente que se confunde com o processo de vida de cada indivíduo (Canário, 2008). Seguindo este princípio ela existiu desde sempre. Se remontarmos ao período medieval encontramos experiências educativas, tendo como base três dimensões que imperavam na época, designadamente: *laboratores, belatores, oratores*. Estas constituíam pretextos para práticas de educação e formação através da aprendizagem dos ofícios mecânicos, bélicos e saberes religiosos.

É no entanto Comenius que implementa o primeiro do pensamento sobre a importância da formação permanente, postulando que “*Cada idade está destinada a aprender e o único objetivo de aprendizagem ao alcance do homem é a própria vida*” (Canário, 2008).

É em torno do cidadão que a educação de adultos emerge, assim como a preocupação do conceito de educação de adultos. Em Portugal ela começa a ter maior relevo durante o período pós segunda guerra mundial. Este período é entendido pelo Estado Novo como uma altura de assunção de deveres tendentes a enfrentar problemas recorrentemente detetados ao nível educativo (Alcoforado, 2008). Por um lado, a participação na nova ordem mundial obrigava a criar uma ideia de adesão aos valores políticos vencedores, por outro a modernidade obrigava à participação em organizações internacionais ligadas à educação e ao trabalho, implicando compromissos de desenvolvimento e implementação de políticas educativas. Assim, a 27 de Outubro de 1952 é promulgado o Decreto-Lei nº 38968 que propunha o desenvolvimento de um “Plano de Educação Popular”, o qual visava uma frequência escolar efetiva para todas as crianças e um projeto de educação de adultos, que incluía tanto a alfabetização, como a formação moral e espiritual do povo. Com o objetivo primordial de tornar exequível o princípio da escolaridade obrigatória, o governo procura estratégias que despertem e desenvolvam o nosso povo, por processos diretos e indiretos.

Quanto à educação de adultos, o interesse e esforço foram igualmente colossais, visto que 1 milhão de portugueses, com idades compreendidas entre os 14 e os 35 anos, eram analfabetos. Emerge assim uma Campanha Nacional para a erradicação do analfabetismo designada por “Campanha Nacional de Educação de Adultos”, que



preconizava a preparação para o exame do ensino primário elementar das pessoas analfabetas.

Na segunda metade da década de 50 há uma mudança de paradigma, com a necessidade de se interligar a educação à economia. A educação surge como fator decisivo na evolução progressiva da economia. É necessário formar a mão-de-obra diversificada que a técnica exige, formar especialistas habilitados a conceber, orientar e conservar as máquinas, formar os investigadores preparados para que através da pesquisa, ativem a escola. Para a prossecução desta estratégia, há um esforço de levar a escola portuguesa a participar no movimento internacional de educação. Foi assim proposto à OCDE a elaboração de um trabalho comum, de que resultou a publicação de um relatório que assumia o objetivo de estabelecer em termos quantitativos a evolução que o sistema escolar português deveria sofrer durante um determinado período de tempo (Alcoforado, 2008). Mas pouco há a realçar de inovador nas políticas públicas de educação de adultos até à promulgação da lei de Bases do Sistema Educativo de 25 de Junho de 1973, por iniciativa do ministro Veiga Simão (Alcoforado, 2008). Esta lei previa que o sistema educativo abrangesse a educação pré-escolar, a educação escolar e a educação permanente, onde incluíam igualmente as pessoas idosas. A Educação Permanente deveria ser integrada na Direcção-Geral, podendo assim contribuir para combater o analfabetismo no grupo etário acima dos 40 anos e promover a elevação cultural do povo português, não se limitando à alfabetização. Reconhece-se pela primeira vez, em sintonia com as orientações das Conferências Internacionais da UNESCO que educação de adultos requer programas e métodos pedagógicos específicos, diferentes dos utilizados com as crianças.

Após a revolução de Abril, em 1976, a Constituição da República Portuguesa estabeleceu no seu art.º 73º que todos têm acesso à educação, cabendo pois ao Estado a democratização da educação, através da dinamização de diversas modalidades de educação (formal e não formal) (Alcoforado, 2008).

Durante as décadas de 80 e 90 do século passado, o que prevaleceu foi uma perspectiva altamente redutora da Educação de Adultos, confinada praticamente à formação profissional e à escolarização de segunda oportunidade, de onde a problemática da educação das pessoas idosas estava completamente arredada.

Precisamente prestes a virar o século, em 1999, deposita-se grande esperança na revitalização da Educação de Adultos, ao ser criada a Agência Nacional de Educação e Formação de adultos (ANEFA) pelo Decreto-lei nº 387/99, sob a tutela dos Ministérios da Educação e do Trabalho e Solidariedade. A ANEFA foi então concebida com o intuito de fomentar e promover a educação e formação ao longo da vida (Cartaxo, 2009). De entre as suas competências destaca-se, pela dimensão que assumiu, a construção gradual de “um sistema de reconhecimento e validação das aprendizagens informais dos adultos, visando a certificação escolar e profissional” (Decreto-lei nº 387/99), o qual veio a ser implementado pelos Centros de Reconhecimento e Validação de Competências com uma alargada rede nacional (Portaria n.º 1082-A/2001 de 5 de Setembro). Mudanças de governos levaram a sucessivas mudanças de políticas e à extinção e instauração de novas agências e direções. Em 2007 é criada a Agência Nacional para a Qualificação, I.P (ANQ, I.P.), ao abrigo do Decreto-lei nº 276-C/2007, onde se inscreve a Iniciativa Novas Oportunidades, sustentada no Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN). As prioridades são a expansão da oferta de cursos de educação e formação de adultos e de Centros Novas Oportunidades (CNO). Sem que estivesse vocacionada para públicos de idade avançada, a sua implementação a nível local e a fácil acessibilidade levou a que vários cidadãos seniores ou mesmo idosos procurassem estes centros para aprender mais e verem reconhecidos os seus saberes e competências. Sem dúvida que o processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de competências (RVCC) se tornou a via mais utilizada para elevar as qualificações da população adulta, reconhecendo-se a competência das pessoas, entendida como uma combinação de “capacidades, conhecimentos, aptidões e atitudes apropriadas a situações específicas, requerendo também 'a disposição para' e 'o saber como' aprender” (Comissão Europeia, 2004b, cit. por Gomes, 2006).

Tendo em conta as metodologias específicas e inovadoras usadas nos processos de RVCC, tais como o balanço de competências e a análise da história de vida dos adultos, bem como os princípios em que assenta, nomeadamente, ter em consideração a pessoa como um todo, estar centrado na pessoa e no seu contexto sociocultural, não descartando as suas necessidades e interesses, suscitou um grande interesse e adesão. O sujeito desempenha um papel ativo no processo formativo, numa dinâmica de ação-reflexão, o educador é um facilitador da transformação das relações habituais na formação e fora dela (Ambrósio, 2007). Este processo metodológico permite a qualquer

adulto conhecer as suas potencialidades ou competências a nível pessoal e profissional, assim como permite promover a sua autoestima (Ambrósio, 2007).

O RVCC pressupõe validar, certificar e reconhecer competências adquiridas ao longo da vida de um adulto, nos seus diversos contextos. As aprendizagens decorrentes dessas vivências podem ocorrer de forma informal, não-formal ou formal. Esta última desenrola-se em instituições de ensino, de formação e conduz a diplomas e qualificações reconhecidos, sendo aprendizagens formalmente adquiridas. A aprendizagem não formal decorre em paralelo com os sistemas de ensino e formação e não conduz, necessariamente, a certificados formais. A aprendizagem não formal pode ocorrer no local de trabalho e através de atividades de organizações (como por exemplo os Centros de Dia) ou grupos da sociedade civil (organizações de juventude, sindicatos e partidos políticos). Pode ainda ser ministrada através de organizações ou serviços criados em complemento aos sistemas convencionais (aulas de arte, música e desporto ou ensino privado de preparação para exames). A aprendizagem informal é um acompanhamento natural da vida quotidiana. Contrariamente à aprendizagem formal e não formal, este tipo de aprendizagem não é necessariamente intencional e, como tal, pode não ser reconhecida, mesmo pelos próprios indivíduos. Grande parte das aprendizagens realizadas pelos adultos de idade avançada, ocorrem na vida quotidiana, ou seja, precisamente pela via informal, através de conversas (interações com a família, vizinhos, amigos, etc.), da rádio, da televisão, da participação em atividades da comunidade, etc.

### **3.1. A influência do pensamento humanista na educação de adultos**

Embora a matriz de pensamento humanista remonte a filósofos, como Confúcio, Protágoras, Aristóteles, enquanto representantes da Antiguidade, ou a Erasmo e Montaigne, no Renascimento, é certo que só ganhou grande relevo com a psicologia humanista no início dos anos 60 do século passado, também conhecida como a terceira força, serviu de inspiração às práticas educativas, em geral, mas muito particularmente à educação de adultos (Oliveira, 2005).

Abraham Maslow e Carl Rogers terão sido os grandes propulsores desta corrente da psicologia. O primeiro autor citado é considerado o pai da psicologia humanista e talvez o que mais tenha contribuído para a sua respeitabilidade académica (Schultz, 1981). Segundo o mesmo autor, “cada pessoa traz em si uma tendência inata para tornar-se

autorrealizadora” (Schultz, 1981, p. 396). Para tal a pessoa precisa de satisfazer as necessidades que estão na escala mais baixa da hierarquia de necessidades, por si proposta. Estas são inatas e cada uma delas tem de ser satisfeita antes que a próxima necessidade surja para motivar um outro comportamento. Assim Maslow hierarquiza as necessidades pela seguinte ordem: 1) necessidades fisiológicas (comida, sono, sexo, água); 2) necessidades de garantia (segurança, estabilidade, ordem, proteção); 3) necessidades de pertença e de amor; 4) necessidades de estima dos outros e de si e 5) necessidades de autorrealização (Schultz, 1981). O humanismo, contrariamente a outras correntes, acentua: a) a ênfase na experiência consciente; b) a crença na integralidade da natureza e da conduta do ser humano; c) a concentração no livre-arbítrio, espontaneidade, poder pessoal e criação do indivíduo e d) o estudo de tudo o que tenha relevância para a condição humana (Schultz, 1981).

No âmbito da educação de adultos, o humanismo é considerado a escola mais importante do seu pensamento e prática, bebendo a sua maior influência em Carl Rogers (Asún, 2003). Para além do que já foi referido, Rogers acentua sobremaneira a singularidade da existência humana, a liberdade e possibilidade de autodesenvolvimento. Assim, o ser humano é concebido como sendo capaz de controlar o seu próprio destino, contrastando com o determinismo do meio ambiente ou do subconsciente, é visto como sendo naturalmente bom, com liberdade de ação e de escolha, com uma motivação intrínseca para o autodesenvolvimento e a autoaprendizagem e como responsável pelo seu potencial (Asún, 2003). Porém, a atualização do potencial intrínseco da pessoa depende do meio ambiente que pode ser castrador ou promotor da sua ativação.

Rogers preconiza assim que é necessário criar um ambiente não ameaçador, capaz de desencadear o potencial humano positivo. Em contexto psicoterapêutico o terapeuta deve recriar um ambiente assente na empatia, compreensão, respeito incondicional, autenticidade, cordialidade, proteção e amor (Asún, 2003). Esta relação terapêutica deve ter como fio condutor a não diretividade. Para Rogers “uma relação que permite que uma pessoa cresça é uma relação não diretiva” (Asún, 2003, p. 63). O processo de crescimento caracteriza-se por uma crescente e contínua redução da incongruência entre a experiência e o seu significado para o sujeito que a vivencia. O modelo de psicoterapia rogeriano é centrado no cliente, pois tem como objetivo primordial reduzir o fosso entre

o que a sociedade espera de alguém e aquilo que esse alguém é ou pode vir a tornar-se (Asún, 2003).

Em termos de funções pedagógicas, é possível encontrar no paradigma humanista quatro principais funções. Uma função geral centrada no desenvolvimento da pessoa; uma função epistemológica centrada na subjetividade e qualidade do ser, a aprendizagem visa a aquisição de conhecimentos, enfatiza o saber ser e a organicidade das aquisições; uma função cultural centrada na promoção de criatividade, na expressão do eu; uma função política com ênfase na promoção de poder para as pessoas e uma função económica e social capaz de levar a ordem social dominante a centrar-se na pessoa e a criticar as estruturas autoritárias (Valois, 1994).

A educação de adultos humanista pressupõe que facilitar o processo de aprendizagem é o mesmo que criar as condições ótimas para o desenvolvimento humano à luz da psicologia humanista (Asún, 2003). A aprendizagem é então equiparada ao crescimento pessoal e desenvolvimento do adulto. O humanismo preconiza que o formador de adultos deve centrar-se no ambiente de aprendizagem onde tem de criar condições ótimas para o autodesenvolvimento (Asún, 2003). O humanismo baseia-se na crença de que o formando deve ter mais autonomia para decidir o que quer aprender, de forma responsável e deve auto orientar a sua aprendizagem (Alarcão, 1999). Aprender é para os humanistas um processo cognitivo que não se reduz a mecanismos de estímulo-reação. Para Rogers o educando adquire experiência que lhe confere liberdade para o próprio descobrir o seu próprio caminho de aprendizagem, numa atitude de autorrealização e autoavaliação, num processo de se tornar pessoa. Tornar-se pessoa é para Carl Rogers descobrir o seu verdadeiro *Eu*, um derrubar de máscaras ou papéis, num processo de autorreconhecimento e consciencialização do verdadeiro *Eu* (Rogers, 2009). Assim a educação de adultos deve centrar-se na aprendizagem numa perspectiva de desenvolvimento da pessoa humana, nas necessidades, vontades e sentimentos dos adultos, deve promover a autoaprendizagem e deve basear-se nas suas atividades e experiências (Alarcão, 1999). Para os humanistas a aprendizagem ocorre se se criarem relações interpessoais empáticas no interior do grupo; se se ensina a aprender; quando é criada uma atmosfera emocional positiva capaz de ajudar o adulto a integrar as novas experiências, promovendo uma aprendizagem ativa, orientada para a descoberta autonomia e reflexão (Alarcão, 1999). Carl Rogers postula que uma aprendizagem é significativa quando as situações são captadas como problemáticas (Rogers, 2009). Para

o mesmo autor, as aprendizagens devem, tal como na psicoterapia, promover modificações no comportamento, devem penetrar na personalidade do indivíduo. O professor desempenha um papel, à semelhança do psicoterapeuta, de facilitador da aprendizagem e não um mero disseminador da mesma (Alarcão, 1999). O facilitador deve aceitar as atitudes emocionais e intelectuais de cada um, não fazer juízos de valor e promover o crescimento individual (Asún, 2003). Para Rogers (2009) a aprendizagem pode ser facilitada se o professor for congruente e autêntico, mostrar entusiasmo ou aborrecimento caso os assuntos sejam ou não da sua predileção. A compreensão e aceitação incondicional do outro é um pressuposto base para que ocorra aprendizagem. Quanto aos recursos da aprendizagem, Rogers (2009) refere que estes são interiores, devem por isso ser usadas as experiências e os saberes dos aprendentes, criando um ambiente promotor de autonomia e criatividade ao longo do processo de aprendizagem. O autor indica ainda que processos como a avaliação devem ser omitidos no processo de aprendizagem, postulando que o próprio deve ser capaz de tomar as decisões pedagógicas autonomamente num processo de autoavaliação. A aprendizagem deve em última instância promover a liberdade espiritual favorecendo a originalidade, autonomia, espírito de iniciativa e aquisição de saberes (Rogers, 2009).

O enfoque da perspectiva humanista no processo de aprendizagem e na educação é no educando e nas relações interpessoais (Valois, 1994). O educando é agente ativo no processo de aprendizagem, sendo esta fruto da interação entre o educando e o ambiente e é mais eficaz quanto mais individualizada e orientada para o progresso da pessoa (Valois, 1994). Neste processo de autoaprendizagem, Knowles propõe que o facilitador de aprendizagem deve constituir um recurso para o aprendente autodirigido e que a aprendizagem é mais significativa se decorrer da motivação intrínseca do indivíduo (Asún, 2003). Knowles postula que o processo de aprendizagem deve partir de experiências sequenciais que tenham em consideração tanto as diferenças individuais, como as semelhanças grupais, constituindo este um dos princípios orientadores da aprendizagem e conceitos basilares da andragogia preconizada por Knowles (Asún, 2003). Knowles preconiza seis princípios orientadores da educação de adultos, sobre os quais se deverão organizar as atividades educativas, que o mesmo designa por ciclo andragógico (Alcoforado, 2008). O primeiro princípio é o pressuposto que o adulto tem necessidade de saber a razão pela qual deve envolver-se no processo de aprendizagem; o segundo propõe que o adulto tem necessidade de ser autodirigido; o terceiro preconiza

que as experiências do adulto devem ser a base da aquisição de novas aprendizagens; o quarto postulado concebe que o adulto está mais disponível para aprender quando essas aquisições visam a resolução de problemas quotidianos; o quinto princípio de Knowles complementa o anterior referindo o autor que o adulto procura aprendizagens que visem a resolução de problemas, mas que partam das suas próprias experiências de vida; e, por último, Knowles acredita que os adultos são motivados intrinsecamente para aprender. Ainda na corrente humanista, Brookfield aponta para seis princípios-chave na educação de adultos, o princípio da participação voluntária, do respeito mútuo, do espírito colaborativo, da ação reflexão, do pensamento crítico e da aprendizagem autodirigida (Asún, 2003). Para o referido autor, o facilitador deve respeitar o adulto num processo de aprendizagem individual, adaptar o seu comportamento às expectativas do adulto, promover a reflexão sobre as suas experiências psicológicas e pessoais favorecendo a autorrealização e o crescimento interior e por fim a aprendizagem deve ser autodirigida pelo próprio adulto (Asún, 2003).

Partindo deste pressuposto do respeito num processo de aprendizagem promotor de reflexão sobre as experiências individuais, favorecendo a autorrealização e o crescimento interior, é pertinente refletir sobre a integração das dimensões, espiritual e religiosa nestes processos educativos. Mais à frente será visto nesta investigação, na componente dedicada ao estudo empírico, que esta dimensão desempenha um papel preponderante na vida dos adultos idosos, é algo que lhes é significativo, promotor de bem-estar e uma maior satisfação com a vida. Assim o agente facilitador de aprendizagem, tendo em conta os pressupostos anteriores, deverá integrar nas reflexões sobre as experiências psicológicas e pessoais dos adultos idosos, a dimensão espiritual/religiosas, pois esta faz também parte dessas experiências significativas.

### **3.2. Gerontologia educativa**

O conceito de gerontologia, anteriormente descrito, permite perceber que se trata de uma ciência ampla, ou seja, não se trata de uma disciplina, mas de um conjunto de disciplinas científicas que unem os seus esforços para compreender e dar resposta ao processo de envelhecimento do homem. Assim, entre os vários ramos da gerontologia encontra-se a gerontologia educacional.

O termo *gerontologia educativa* foi utilizado pela primeira vez em 1970 na Universidade de Michigan, por David Peterson, no âmbito de um programa de doutoramento cujo objetivo era abordar questões acerca da educação para idosos. Segundo o autor, este conceito preconiza aplicar os conhecimentos sobre a educação e o envelhecimento em benefício da melhoria da qualidade de vida dos idosos (Cachioni, Meire, Neri, & Liberalesso, 2004).

A Gerontologia Educativa é para o autor um campo interdisciplinar que visa a formação de recursos humanos, na área da gerontologia e a mudança das sociedades face aos idosos e ao envelhecimento.

Quanto ao âmbito de intervenção da Gerontologia Educativa (Glendenning et. al, 1990), sintetiza as áreas de intervenção em três domínios principais. A *educação para os idosos*, constituído por programas educacionais que têm como objetivo responder às necessidades da população idosa, tendo em conta as características desta faixa etária; a *educação para a população em geral* sobre a velhice e os idosos, constituído por programas educacionais que possibilitem à população mais jovem rever os seus conceitos sobre a velhice e prepararem-se para o seu próprio processo de envelhecimento; e *formação de recursos humanos para o trabalho com os idosos*, através da capacitação técnica de profissionais, para a prestação de serviços direcionados à pessoa idosa.

Na sequência da evolução dos debates sobre este domínio, Osorio (2007) refere que a gerontologia educativa constitui uma área de intervenção nos processos de envelhecimento, com uma dupla função, por um lado, ela contempla uma *componente mais prática*, orientada para a prevenção de declínios prematuros e a melhoria da qualidade de vida e, por outro lado, uma *área de conhecimento* que procura estudar as mudanças no funcionamento da pessoa idosa (intelectuais, afetivas, sociais, etc.) e as consequentes especificidades instrutivas e pedagógicas necessárias para o trabalho educativo com estas pessoas, onde se incluem igualmente os fatores motivacionais.

A gerontologia educativa deve conter propostas educativas, orientadas de forma a favorecer o desenvolvimento humano e o respeito pelas liberdades, a conquista da equidade e da promoção da justiça social. A discussão de temas transversais como a educação moral e cívica, a educação para a paz, para a igualdade de género, para a espiritualidade, para a educação ambiental, sexual, entre outros, deve ser, igualmente, uma prioridade da gerontologia educativa.



A educação de idosos deve ainda visar uma educação direcionada para a saúde, de forma a conseguir o aumento do nível de cultura sanitária, tanto da população idosa como da sua família (e da comunidade em geral), e de forma a corrigir condutas e atitudes que influenciem negativamente a saúde do idoso (eliminando hábitos e costumes nocivos em relação à alimentação, higiene e hábitos tóxicos) e, ainda, fomentar o autocuidado e as atividades físicas e mentais, recreativas, culturais e sociais que promovam a qualidade de vida e satisfação do idoso e potenciem uma vida longa e saudável.

Organizar cursos de preparação para a reforma deve ser também uma primazia da gerontologia educativa devendo esta anteceder essa fase, de forma a prevenir eventuais dificuldades que daí possam advir. Muitos idosos ao reformarem-se sentem que perderam a sua função social, uma vez que o trabalho, além de ser um meio de subsistência, oferece outros elementos, tais como a organização do tempo e do espaço, confere estatuto, contactos sociais, atividade e identidade pessoal.

Nesse sentido, a gerontologia educativa é um campo fundamental para ajudar a enfrentar os numerosos desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, proporcionando-lhes a possibilidade de desenvolverem novos conhecimentos e a criação de múltiplas oportunidades, para o alcance do bem-estar nas suas múltiplas vertentes, na última mas igualmente importante etapa da vida.

Segue-se uma breve contextualização sobre os processos do desenvolvimento humano, com ênfase no envelhecimento, permitindo uma melhor compreensão dos processos de aprendizagem nesta fase do desenvolvimento humano.

#### 4. O desenvolvimento humano e envelhecimento

A compreensão do desenvolvimento humano tem sido motivo de interesse de muitos investigadores ao longo dos tempos e tem constituído um terreno fértil à elaboração teórica proveniente de diversas disciplinas, tais como, por exemplo, a psicologia, a biologia, a educação,, entre outras. No âmbito das ciências da educação destaca-se o trabalho de Jack Mezirow sobre a aprendizagem transformativa (Moura, 2001). Segundo Josso (2000) o indivíduo constrói a sua identidade ao longo da sua experiência assumindo ao indivíduo um papel ativo na construção do saber e da sua própria experiência (Moura, 2001). Esta pressupõe ainda um “trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re) construção permanente de uma identidade pessoal” (Nóvoa, 1997, p.25, cit. por Moura, 2001).

Com base nesse desenvolvimento teórico, as perspetivas sobre o desenvolvimento humano viram o seu foco ampliado, passando a ser considerado não apenas como um processo interno cujas experiências precoces influenciam, de forma imutável, o desenvolvimento do ser humano para o resto da vida, mas, pelo contrário, a existência de dimensões do contexto sócio histórico em que a pessoa vive e que podem agir sobre o seu desenvolvimento também começaram a ser contempladas (Fonseca, 2005). Reconhece-se, assim, que o desenvolvimento não se limita à infância ou à adolescência, mas ocorre, antes, ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano, existindo assim múltiplos percursos desenvolvimentais que se acentuam progressivamente com o avançar da idade (Fonseca, 2005). Deste modo, “à medida que as pessoas envelhecem, os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer devido à influência exercida por toda uma série de acontecimentos de vida que vão marcando os seus comportamentos e as suas personalidades” (Fonseca, 2005, p. 20).

Segundo a mesma fonte, o desenvolvimento humano é um processo que acarreta mudanças de carácter *contínuo*, uma vez que o desenvolvimento e as mudanças ocorrem ao longo de toda a vida; *cumulativo*, dado que o desenvolvimento psicológico se constrói com base no que está previamente adquirido; *direcional*, pois ele cresce num sentido de uma maior complexidade do funcionamento psicológico; *diferenciador* porque as diferenças entre pessoas tendem a acentuar-se ao longo da vida; *organizado* pelo que a aquisição de novas competências inerentes ao próprio processo de mudança integram-se com as anteriores de forma coordenada; e *holístico* por se fruto da interação

entre os aspetos de natureza física, cognitiva e social (Hoffman, Paria & Hall, 1994, cit. por Fonseca, 2005). Clarke-Stewart, Perlmutter e Friedman (1988) definem desenvolvimento como sendo um processo que implica uma mudança sistémica, permanente, progressiva e estável, ao longo de um determinado período temporal da vida de uma pessoa (Fonseca, 2005).

O modelo de desenvolvimento coextensivo à duração de vida preconiza de igual forma que o desenvolvimento humano é um processo contínuo que se inicia com a conceção e finda com a morte (Simões, 2007). O desenvolvimento é tido como um fenómeno multidimensional, na medida em que contempla diversas dimensões do comportamento humano, cada uma com uma trajetória específica; é multidirecional, na medida em que as trajetórias do comportamento humano podem assumir direções ascendentes ou descendentes (Simões, 2007). O mesmo autor postula que o processo de desenvolvimento é coincidente com o da educação, no que concerne à sua dimensão temporal, pois ambos começam e acabam, no início e no fim, da existência humana.

Overton (2003) preconiza dois tipos de mudança no processo de desenvolvimento, a transformação e a variação. A primeira refere-se a mudanças na forma, organização ou estrutura que resultam na emergência de respostas inovadoras, tanto emocionais, de ação ou pensamento, não explicáveis por componentes anteriores. A segunda refere-se à extensão em que um determinado acontecimento varia em relação a uma norma ou média. Tratam-se, assim, de mudanças de caráter respetivamente qualitativo e quantitativo. Há, por um lado, uma descontinuidade desenvolvimental que não pode ser espelhada como uma mera adição de comportamentos, por outro lado, a variação configura um processo de mudança contínuo, que pode ser representado de forma linear e aditiva (Overton, 2003, cit. por Fonseca, 2005). Seguindo este fio condutor, pode considerar-se o desenvolvimento como um conjunto de mudanças que ocorrem ao nível das capacidades adaptativas do organismo, tanto positiva como negativamente (Vandenplas-Holper, 2000). Tendo em conta estes processos de transformação e variação e porque não existem verdades absolutas, pois as circunstâncias e a própria realidade mudam ao longo dos tempos, autores como Mezirow enfatizam a importância de se desenvolver um pensamento crítico e reflexivo, partindo do pressuposto que o que conhecemos, o que sabemos, os nossos valores e sentimentos dependem do contexto onde estão inseridos (contexto é aqui entendido a três níveis, o biográfico, o cultural e o histórico) (Mezirow, 2000).

Para Piaget o desenvolvimento humano ocorre por estádios, estruturas lógicas integrativas e universais que vão sofrendo variações ao longo do mesmo, a passagem de um estágio para outro faz-se de forma interativa e prepara o sujeito para a etapa seguinte sendo que a ordem dos estádios é constante (Jorge, 2008). Embora Piaget tenha situado o termo do desenvolvimento cognitivo na adolescência com o estágio das operações formais, a perspectiva neopiagetiana, dando conta do desenvolvimento durante a adultez, acrescenta a existência de um estágio além do formal. Para Arlin (1975) existe um quinto estágio, o da descoberta de problemas, caracterizado por uma busca da resolução dos mesmos (Jorge, 2008). Também Cook-Greuter (1990, 1994, cit. por Oliveira 2002), inspirando-se no modelo de Loevinger, perspectiva o desenvolvimento além do estágio da consciência (desenvolvimento do *Eu*) e do pensamento formal (desenvolvimento cognitivo), considerando que é a *construção psico-lógica* que constitui a âncora para que o desenvolvimento posterior às operações formais possa ocorrer, ou seja, o pensamento do adulto é caracterizado pelo relativismo lógico e por uma progressiva referência ao eu (Oliveira, 2002). Este princípio vai ao encontro dos postulados de vários teóricos no campo da educação de adultos, que apontam para dimensões do funcionamento cognitivo, específicas da adultez, que se refletem na compreensão da aprendizagem e do desenvolvimento (Oliveira, 2007). Estas dimensões contemplam formas de pensamento reflexivo, também designado por reflexividade crítica (Mezirow, 1991, 1998, 2000), pensamento crítico (Brookfield, 1995) ou cognição epistêmica (Lohman & Scheurman, 1992, cit. por Oliveira, 2007). Trata-se sobretudo de níveis de desenvolvimento de grande complexidade, que articulam a cognição, o afeto, a volição e que permitem aos adultos ir desenvolvendo uma perspectiva mais descentrada de si próprios, mais ampla e aberta à integração de ideias, sistemas e concepções diversas e plurais.

Erik Erikson foi um dos pioneiros no estudo do desenvolvimento humano depois da infância, propondo um modelo em oito etapas ou estádios do desenvolvimento humano<sup>1</sup>, sendo de destacar, no que respeita ao período da vida adulta de idade mais

---

<sup>1</sup> O 1º estágio, dos 0 aos 18 meses, caracteriza-se pela vinculação da criança à mãe que estabelece os alicerces de confiança posterior nos outros, sendo a crise psicossocial predominante a confiança *versus* desconfiança; o 2º, dos 18 meses aos 3 anos, caracteriza-se pelo controlo básico sobre o Eu e o meio, marcado pela exploração da criança do meio envolvente, patenteando o conflito autonomia *versus* vergonha e dúvida; o 3º, dos 3 aos 6 anos, caracteriza-se pela necessidade da criança se tornar determinada e diretiva, girando o conflito psicossocial em torno da iniciativa *versus* culpa; dos 6 anos à puberdade (4º estágio), o desenvolvimento é vincado pelas competências intelectuais, físicas e escolares – competência *versus* inferioridade; a adolescência (5º estágio), fase de transição entre a infância e a idade

avançada, a Meia-idade (7ª etapa), caracterizada pela necessidade de atingir objetivos de vida que envolvem a família, a carreira e a sociedade, bem como pela necessidade em desenvolver interesses que envolvem as gerações futuras (produtividade versus estagnação). Destacam-se também os anos posteriores (8º estágio), caracterizado pela necessidade do indivíduo refletir sobre a própria vida e aceitar o seu significado (Integridade versus desespero) (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2009).

Para Erikson (1963) a existência humana é marcada por momentos de crise permeados por sentimentos tanto positivos (confiança, intimidade, integridade), como negativos (culpa, inferioridade, isolamento). É em cada um destes períodos de crise que poderá ocorrer o desenvolvimento psicossocial. Este poder-se-á ou não concretizar, dependendo da interação estabelecida entre a personalidade do indivíduo e toda uma série de instituições sociais que contribuirão para preencher ou frustrar as necessidades inerentes a cada um desses momentos críticos (Fonseca, 2005). Assim, a resolução de cada momento de crise resulta da interação entre o meio e a personalidade do indivíduo. Cada estágio preconizado por Erikson representa uma função do *self* e resulta das mudanças na interação indivíduo-sociedade, comportando uma série de tarefas que o indivíduo terá de resolver. O ato de resolver essas tarefas envolve, segundo Erikson, a existência de uma tensão ou de um conflito entre tendências opostas, cuja resolução positiva, proporcionará uma adaptação ativa e o alcance de determinados objetivos desenvolvimentais ao longo da sua vida (Gleitman et al., 2009). No caso da vida adulta (35-60 anos), a grande tarefa que se espera que as pessoas desenvolvam é o sentido de generatividade. Por sua vez, na velhice (+60 anos), o objetivo desenvolvimental principal é o desenvolvimento de um sentido de integridade do eu. A última etapa da vida é para Erikson um período de reflexão sobre toda a vivência passada, revivendo o indivíduo os triunfos e os desapontamentos, incorporando no *self* memórias e experiências significativas acerca de si próprio e do mundo (Gleitman et al., 2009). O sentido de integridade do *Eu* será alcançado na medida em que a pessoa se revele capaz de aceitar e integrar as realizações e fracassos, assumindo responsabilidade por ambos e não rejeitando nenhuma.

---

adulta, é marcada pelo desenvolvimento de um sentido de identidade, cujo conflito psicossocial é identidade *versus* confusão de papéis; no estágio seguinte, o desenvolvimento do jovem adulto gira fortemente em torno da necessidade de estabelecer laços íntimos de amor e amizade – Intimidade *versus* isolamento.

Dentro das correntes teóricas que preconizam o desenvolvimento humano em termos de progressão por diversos estádios, encontram-se duas principais tendências, o movimento da *autonomia* e o da *homonomia* (Boucoulalas, 1988, cit. por Oliveira, 2002). A perspectiva da autonomia capta o desenvolvimento orientado para a construção de uma identidade que é única, singular, distinta dos outros e do mundo e com uma organização consistente. Segundo a mesma fonte, a dimensão homónima pressupõe a experiência de se fazer parte de um todo, ou seja, os indivíduos nos estádio mais avançados do desenvolvimento, deixam de se centrar tanto em si mesmos, para se abrirem à compreensão e aceitação dos outros e de outras perspectivas, desenvolvendo assim uma nova consciência, a de imersão universal (Oliveira, 2002). O desenvolvimento humano é, assim, visto como um processo de contínuas construções de significado acerca de si mesmo e do mundo que o rodeia, organizadas em torno de estruturas para as quais o ser humano tem uma disposição intrínseca. Essas estruturas constituem quadros conceptuais de referência e atuam como um filtro à informação que é percebida de forma consciente, integrando a que é considerada convergente com a consciência e rejeitando a que lhe é divergente (Oliveira, 2002). No entanto, quando as experiências ou informação percebida são persistentemente discrepantes, não integráveis na estrutura que dá significado e sentido à experiência, nem defrontadas através de mecanismos de defesa, pode então ocorrer uma reestruturação dos quadros de referência, criando-se uma nova estrutura global e coerente, ascendendo-se a um estádio superior através de uma integração vertical (Oliveira, 2002). Contemplando o desenvolvimento assente numa tendência a uma crescente autonomização, o Eu vai emergindo a partir do mundo interno e externo até ao estádio considerado adulto, de funcionamento analítico, abstrato e lógico.

Assim, segundo a mesma fonte, a primeira grande etapa de desenvolvimento é designada por pré-convencional ou pré-racional, contemplando os períodos, sensoriomotor e pré-operatório, e a segunda etapa é designada por convencional, incluindo os estádios piagetianos operário concreto e formal, assim como os estádios conformista, do autoconhecimento e da consciência, concebidos por Loevinger. O estádio conformista é marcado pela labilidade de fronteiras entre o Eu e os outros, predominando um sentido de pertença aos valores, normas, e regras face a um grupo de pertença, levando a que o sujeito modele o seu comportamento em função das expectativas grupais. O estádio subsequente denominado por autoconhecimento é

marcado pela descentração do Eu, havendo lugar à alteridade e ao raciocínio ao nível das operações abstratas, o que se reflete numa maior aceitação das diferenças individuais (Oliveira, 2002). O estágio da consciência é alcançado quando a perspectiva temporal se torna num objeto consciente, o sujeito é orientado pelas suas próprias escolhas no que concerne a regras e valores. O sujeito é assim capaz de se compreender e perspetivar numa perspetiva temporal (passado, futuro), alargando o seu grupo de pertença a um nível mais abrangente, no âmbito do contexto social, correspondendo ao nível das operações formais em termos de desenvolvimento cognitivo (Oliveira, 2002). Porém, este estágio de desenvolvimento pode evoluir para formas de pensamento mais complexas à luz das concetualizações do pensamento pós-formal. Deste modo Cook-Greuter (1990, 1994, cit. por Oliveira, 2002) preconiza quatro estádios de desenvolvimento, pós-convencionais, nomeadamente, o dos sistemas, o autónomo, o pós-autónomo e o universal (Oliveira, 2002). O primeiro (o dos sistemas) é alcançado quando o sujeito compreende que o significado das coisas é subjetivo, depende da sua interpretação e da sua posição em relação a elas, ele tem assim consciência do peso da cultura na construção da sua própria identidade. O estágio autónomo é caracterizado pela mudança da lógica dos sistemas formais para a lógica dos sistemas autorreferentes, assim como é marcado pela generatividade, a capacidade de criar uma vida significativa por si mesmo, através da autodeterminação, autodefinição e auto-atualização. O adulto manifesta uma consciência clara quanto à influência dos fatores culturais na assunção dos seus valores e crenças, relativizando-os e mostrando uma maior tolerância à ambiguidade (Oliveira, 2002). O nível pós autónomo caracteriza-se pela procura de representações cada vez mais adequadas de si mesmo e do mundo, procurando questionar os paradigmas do seu próprio pensamento e sentimento. Emerge uma consciência de que os conceitos abstratos do Eu são impermanentes, na medida em que os pensamentos conscientes e a cognição são reconhecidos como constructos que não nos permitem aceder a um conhecimento final sobre o Eu ou qualquer outra instância, o qual é sempre ilusório e inalcançável e, por isso, separado da verdade (Cook-Greuter, 1990, cit. por Oliveira, 2002). A realidade representativa do Eu e do mundo é desconstruída, surgindo a necessidade de transcender o Eu, ou tudo o que se considera ilusório ou artificial (Oliveira, 2002). O estágio universal caracteriza-se, segundo a mesma fonte, pela consciência unitária, o Eu é transcendido enquanto representação. Este estágio pressupõe um modo de funcionamento meta-racional, uma abertura de pensamento “radical”, os sujeitos deste estágio demonstram respeito por todas as

pessoas, aceitando-as tal como são e sentem-se extremamente ligados a elas. Para a autora anteriormente citada, este não será porém o último dos estádios de desenvolvimento, pode sim, ser o primeiro de novos possíveis estádios de desenvolvimento.

Estando relacionada com a conceitualização anterior, mas sem apelar à noção de estádio, a teoria do ciclo de vida preconiza que o desenvolvimento se efetua ao longo de toda a vida e caracteriza-se por perdas e ganhos (Jorge, 2008). Levinson (1997, cit. por Paúl & Fonseca, 2005) também valoriza a perspectiva de curso de vida, enfatizando os conceitos de evolução e vida, preconizando que a evolução da vida acentua aspetos dinâmicos que envolvem estabilidade e mudança, continuidade, descontinuidade, progressão ordenada e estática, regressão e fluxo caótico. No que concerne aos ganhos, esta teoria preconiza que ao envelhecimento estão associados conceitos como sabedoria, maturidade emocional ou a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar mais sentido à vida (Oliveira, 2008). Em termos de ganhos o envelhecimento acarreta maior capacidade de reorganizar e reajustar respostas face às exigências externas (Tavares, Pereira, Gomes, Monteiro, & Gomes, 2007).

Levinson (1997) postula ainda que o ciclo de vida está marcado por progressões e sequências temporais onde os sujeitos se envolvem com o mundo, preconizando eras ou estações para homens e mulheres cada uma com características específicas (Paúl & Fonseca, 2005). Em cada era, ambos os sexos passam por uma mesma sequência de períodos de idade idênticos, com uma estrutura de desenvolvimento semelhante. Entre as eras existem momentos de transição que porão em causa a estrutura anterior, num enquadramento do indivíduo multidimensional, pois o autor admite que os fatores como cultura, meio social, época histórica, género e indivíduo, aspetos biológicos, psicológicos e sociais, influem nesse processo de revisão das estruturas passadas (Paúl & Fonseca, 2005). O autor considera que existe uma clivagem entre os géneros, apesar de esta se ter vindo a dissipar ao longo dos séculos. Assim, segundo a mesma fonte, os conflitos vividos ao longo do curso de vida devem ser contextualizados social e historicamente. De igual modo, para se entender a velhice, segundo o mesmo autor, é necessário explorar com profundidade a vida adulta quanto à vida profissional, construção de uma família e lugar ocupado na comunidade e são nos períodos transitórios entre eras diferentes que poderão surgir as crises de desenvolvimento. Estes períodos de transição são frequentemente marcados por sofrimento, ansiedade e



agitação, até à organização de uma nova estrutura de vida que possa ser mais satisfatória para o *self* em relação ao mundo (Paúl & Fonseca, 2005). Tendo em consideração as propostas teóricas que brevemente revimos, é de prever que os idosos que virão a ser estudados empiricamente na presente dissertação possam estar a atravessar um momento transitório nas suas vidas, na medida em que estão a adaptar-se à condição de reformados, a adaptar-se às perdas que têm sofrido, designadamente as perdas dos seus cônjuges e mesmo às novas dinâmicas e novas rotinas quotidianas. Trata-se de utentes de Centros de Dia e, como veremos na parte empírica, de entre os motivos mais apontados para a frequência do mesmo está a solidão. No âmbito das estratégias relativas aos processos de adaptação face às perdas inerentes ao envelhecimento, Sternberg (1998, 1996) usa o conceito de inteligência bem-sucedida para se referir à capacidade de adaptação à sociedade e à cultura em que determinada pessoa está inserida, permitindo ainda atingir certos objetivos pessoais (Simões, 2006). Assim, um indivíduo intelectualmente bem-sucedido é capaz de dosear as componentes de adaptação, modelação e da seleção em função das necessidades (Simões, 2006), ou seja, a inteligência bem-sucedida integra três tipos de capacidade, uma analítica, outra criativa e uma prática. A primeira reporta-se à capacidade de análise e avaliação das possibilidades com que um indivíduo é confrontado ao longo da vida, a segunda remete para a capacidade de gerar soluções, a terceira será dirigida para a concretização das referidas operações (Simões, 2006). Perry (1981) elaborou um esquema de desenvolvimento intelectual e ético, postulando “uma reorganização qualitativa de estruturas de atribuição de significado, representadas por uma sequência de nove posições, cada um das quais, incluindo e superando a anterior” (Oliveira, 2007, p.219). Estas nove posições foram estruturadas em quatro categorias gerais, nomeadamente, o dualismo, a multiplicidade, o relativismo e o compromisso no relativismo. O *dualismo* caracteriza-se por um pensamento dicotómico a absolutista, a realidade é percebida em termos de bem e mal, assim pessoas com pensamento dualista acreditam que exista uma solução certa para cada problema com que se defrontem ao longo da vida (Oliveira, 2007). A *multiplicidade* é caracterizada por um pensamento mais aberto à incerteza e à diversidade de opiniões. O *relativismo* representa uma verdadeira rutura com o pensamento dualista, o indivíduo com pensamento relativista começa a perceber-se como um construtor ativo da sua realidade e experiência, os problemas são solucionados numa perspetiva contingente, contextual, tendo em consideração os valores, lógicas e sistemas contextuais. O *compromisso ao relativismo* pressupõe o compromisso como

elemento estruturador do relativismo, o sujeito prioriza as suas ações, a sua energia e o tempo a despende para fazer face às vicissitudes do seu quotidiano, o compromisso possibilita-o concentrar as suas energias e dirigir o seu comportamento (Oliveira, 2007).

Seguindo este fio condutor, o modelo de Baltes e Baltes pressupõe que é a coordenação entre três processos, a seleção, a otimização e a compensação, que constitui o preditor de uma velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000). “A seleção é uma especialização em certos registos de atividades físicas e intelectuais, sendo a infância e a adolescência períodos durante os quais a otimização afeta o conjunto de atividades” (Fontaine, 2000, p.156). Trata-se de um estádio generalista, pelo que a juventude e a idade adulta são períodos durante os quais o indivíduo seleciona e se especializa em certas atividades, ou seja, serão otimizadas (Fontaine, 2000). A compensação é a atividade que o indivíduo mantém, usando os seus conhecimentos e saberes (inteligência cristalizada) de modo a neutralizar os declínios nos desempenhos das atividades de natureza fluída (inteligência fluída) (Fontaine, 2000). As perdas inerentes à idade e aos acontecimentos pessoais podem ser equilibradas por ganhos relacionados a estratégias de vida como a manutenção de laços sociais (Fontaine, 2000). O resultado final da coordenação entre estes três tipos de processos pode resultar na manutenção de um elevado nível de funcionamento em algumas atividades, assim como pode traduzir-se na conservação de um sentimento de eficácia pessoal e um sentimento de velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

O mesmo modelo concebe a existência de uma quarta idade, que terá início a partir dos 80 anos, à qual corresponde uma menor qualidade de vida e um estado funcional mais empobrecido, sendo que a disfuncionalidade se estende para lá da dimensão física, afetando também o funcionamento psicológico e social (Paúl & Fonseca, 2005). De facto pessoas em idade avançada (idosos médios ou muitos idosos) poderão estar em situações de maior vulnerabilidade, tendo os fatores socioeconómicos e as respostas sociais um papel preponderante no colmatar destas vulnerabilidades. Fatores como solidão, isolamento, associados a baixos níveis de escolaridade e baixos níveis socioeconómicos, são fatores desfavoráveis ao envelhecimento ativo e bem-sucedido, por outro lado estilos de vida mais ativos sabe-se que influenciam positivamente o bem-estar. Há que inverter essa eventual tendência ao isolamento e à não participação, promovendo a participação regular em problemáticas sociais, culturais, espirituais, de modo a que a pessoa idosa continue a participar na sociedade de forma útil, sentindo-se

assim parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento (Torres & Marques, 2008).

Ainda no que respeita à compreensão do envelhecimento à luz da teoria do ciclo de vida, é necessário ter em conta quatro forças essenciais em que se alicerça este modelo: forças biológicas, psicológicas e socioculturais, caracterizadas por Cavanaugh (1997, cit. por Fonseca, 2005, p.117) da seguinte forma:

- “As forças biológicas incluem todos os fatores genéticos e relativos à saúde;
- As psicológicas incluem todos os mecanismos de natureza perceptiva, cognitiva, emocional e de personalidade;
- As socioculturais incluem fatores sociais, culturais e étnicos;
- As forças relativas ao ciclo de vida refletem o impacto que os acontecimentos inerentes à existência (normativos e não normativos) exercem sobre o desenvolvimento humano, em especial de adultos e idosos.”

Se considerarmos o desenvolvimento apenas na sua dimensão cognitiva o estudo longitudinal de Seattle (Willis e Schaie, 1999, cit. por Simões, 2006) mostra que a maior parte das aptidões mentais apresenta o seu pico de desenvolvimento na meia-idade, designadamente o raciocínio indutivo, orientação espacial, vocabulário e memória verbal. No que concerne ao declínio, são a rapidez perceptiva e a aptidão numérica que iniciam um processo descendente mais precoce, desde a jovem adultez, no entanto, o declínio só será verdadeiramente significativo por volta da quinta década da vida. Quanto ao raciocínio indutivo e orientação espacial, começam o seu processo de declínio por volta da década 60 da vida e por finais da década 70 verificam-se declínios ao nível da aptidão e memória verbal, ou seja, as aptidões fluídas como a rapidez perceptiva e aptidão numérica começam a declinar mais cedo que as cristalizadas (Simões, 2006). Verifica-se, de um modo geral, que só por volta dos 80-90 anos se observa uma redução do nível intelectual, que poderá levar a comportamentos menos ajustados às situações extremas (Simões, 2006). Estas são mudanças relacionadas com a idade, intraindividuais, no entanto, a partir do mesmo estudo constatou-se que existem diferenças geracionais e interindividuais significativas que estão patentes no estudo supramencionado (Simões, 2006). Dadas as diferenças interindividuais encontradas, e tendo em conta a plasticidade cognitiva, urge intervir no sentido de minimizar estas

perdas e estimular mecanismos compensatórios, sendo a este respeito a educação um veículo ótimo à intervenção. A plasticidade é uma propriedade biológica essencial da condição humana, trata-se da capacidade de regeneração dos sistemas biológicos. A plasticidade cognitiva pode assim ser definida como uma capacidade individual de mudança, ou capacidade de aprender a tirar partido das experiências (Fernández-Ballesteros, 2013). Pode-se assim inferir que há lugar à aprendizagem ao longo de todo o ciclo de vida. Fonseca (2005) identifica duas implicações importantes para o estudo do desenvolvimento humano. A primeira refere-se às consequências da plasticidade nos processos adaptativos, a segunda refere-se às possibilidades de intervenção no desenvolvimento psicológico, o que se estende às intervenções educativas, de carácter mais abrangente. Assim, quanto maior for a plasticidade, maior será a capacidade de adaptação às características do meio e maior será também a flexibilidade de respostas face a pressões contextuais.

Outra importante dimensão a considerar são as mudanças que ocorrem ao nível emocional que se verifica estarem associadas ao desenvolvimento de mecanismos de compensação para fazer face às perdas ocorridas. Por um lado as estruturas biológicas declinam com a idade, por outro lado, a plasticidade, as condições ambientais podem otimizar e compensar os recursos individuais (Fernández-Ballesteros, 2013).

Para além dos aspetos já referidos, os estudos anteriores evidenciaram também que o desenvolvimento não é homogêneo e como tal as aptidões assumem diversas trajetórias desenvolvimentais. O mesmo se verificou na investigação de Baltes e Mayer (1999) realizada em Berlim que, para além de evidenciar que todas as aptidões têm uma correlação negativa com a idade, realçou serem mais acentuadas nas fluídas (raciocínio, memória e velocidade perceptiva) do que nas cristalizadas (conhecimento e fluência). No entanto, em ambos os estudos anteriormente referidos indivíduos em idades muito avançadas apresentaram resultados tão bons e por vezes melhores do que os de indivíduos bastante mais jovens (Simões, 2006). Esta constatação reporta-nos para a importância da estimulação intelectual: segundo os autores um ambiente complexo e exigente irá permitir ao idoso desenvolver capacidades necessárias para responder a essas solicitações ou estimulações. Um outro estudo, realizado por Johansson et al. (2004), igualmente evidenciou um declínio linear nas aptidões intelectuais por um período de 6 anos, abrangendo todas elas, incluindo as verbais (Simões, 2006). Um estudo elaborado por Lindenberger e Baltes (1994) demonstrou que as funções

sensoriais estão relacionadas com o declínio intelectual na extrema velhice, pelo que se estas se mantiverem preservadas o funcionamento intelectual melhorará. A saúde é outro fator associado aos declínios e não propriamente a idade (Daatland, 2003). Também o estudo longitudinal de Seattle enfatiza esta questão, apontando para a influência negativa das doenças crônicas no funcionamento intelectual dos indivíduos (Simões, 2006).

Os estudos anteriormente citados permitem inferir que é fundamental promover o envelhecimento ativo, de modo a potenciar-se o equilíbrio biopsicossocial, sendo necessário implementar programas de intervenção que visem eliminar ou minimizar fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional, prevenção de doenças, a recuperação e reabilitação, assim como a promoção da saúde, (Ferreira, Maciel, Silva, Santos, & Moreira, 2010).

## **5. A reforma**

Na sociedade ocidental o trabalho remunerado assume um papel fulcral na definição e desenvolvimento da própria identidade de cada um, constituindo a reforma um marco fundamental para o estudo de aspetos psicológicos, sociais, económicos, culturais, com impactos ao nível da vivência quotidiana (Paúl & Fonseca, 2005). Pinto (2007) considera que existem três elementos identificadores da identidade: em primeiro lugar, o nome, em segundo a filiação e em terceiro a profissão. Mas, é a profissão o elemento mais decisivo para a identidade na vida adulta, pois sendo a sociedade fortemente orientada pelo e para o trabalho, a vida profissional assume-se como uma exigência social e marca o estatuto pessoal (Paúl & Fonseca, 2005). Assim, a reforma tem um forte impacto no nível de satisfação com a vida, no bem-estar psicológico, na saúde, no relacionamento com os outros, nos hábitos quotidianos e mesmo ao nível de personalidade, pois a ela estão associadas perceções, expectativas e sentimentos característicos de um processo de transição-adaptação (Paúl & Fonseca, 2005). Sabe-se que muitos idosos se sentem inúteis quando não estão envolvidos em qualquer atividade produtiva, muitas vezes associada a atividades remuneradas, mas muitas outras atividades informais são igualmente produtivas mesmo que não remuneradas como ações humanitárias, auxílio escolar, atividade política, entre outras e permitem a construção de uma perceção tanto extrínseca como intrínseca de produtividade e utilidade (Fontaine, 2000).

A passagem à reforma pode ser entendida como um processo de transição-adaptação que envolve mudanças em diversos aspetos da vida, por isso mesmo o sucesso adaptativo requer sucessivas reorganizações de vida, com o intuito de manter ou melhorar o bem-estar psicológico e social (Cavanaugh, 1997, cit. por Paúl & Fonseca, 2005). Segundo Szinovacz (2001), a reforma constitui um acontecimento estrutural do curso de vida nas sociedades industrializadas e é marcada pelo abandono da atividade profissional, pelo direito à pensão de reforma e pela identificação pessoal com a assunção de novos papéis, incluindo o de “reformado” (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo a mesma fonte, do ponto de vista psicológico a passagem à reforma tem repercussões no funcionamento dos indivíduos e no bem-estar psicológico e social. O momento da reforma pode constituir tanto uma fase associada a ganhos como a perdas. Ganhos na medida em que pode significar a assunção de novos papéis, o investimento na formação, no lazer, envolvimento em atividades de participação cívica, cultural,

entre outras; perdas na medida em que pode significar a perda de objetivos de vida, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira, entre outros. A adaptação bem-sucedida à reforma e à velhice é influenciada pela gestão entre os ganhos e perdas ocorridas e a presença ou ausência de fatores de risco da idade avançada. A forma como se encara a reforma ditará se a adaptação será bem ou mal sucedida. Há pessoas que a encaram como uma oportunidade, outras vivenciam-na como uma calamidade. Neste sentido Guillemard (1970) propõe um modelo de classificação de práticas e estilos de reforma que inclui cinco tipos (Fontaine, 2000). O primeiro é designado pelo autor por *reforma-retirada*, quando a reforma é encarada como um término ao desempenho de qualquer atividade e o indivíduo tende a isolar-se, a não se envolver em qualquer atividade social, proporcionando um elevado risco para a saúde (Fontaine, 2000).

O segundo é *reforma terceira idade*, quando a reforma se integra num tecido social através de atividades produtivas que ocupam uma posição central na organização temporal e é um dos principais focos de interesse do indivíduo. Esta prática está muito associada a um sentimento de velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

A terceira prática é designada pelo autor por *reforma de lazer ou família*, quando o reformado integra atividades de consumo num quadro familiar e de lazer, centrado na família, verificando-se a coabitação com os filhos, há uma forte intensidade das relações familiares, o reformado sente que desempenha um papel importante na manutenção da estrutura familiar, centrado no lazer, ele realiza numerosas atividades culturais, desportivas, entre outras (Fontaine, 2000). Suscita um sentimento de envelhecimento bem-sucedido, apesar de as tensões familiares poderem despoletar quadros depressivos (Fontaine, 2000).

A quarta designa-se por *reforma-reivindicação*, o reformado contesta o estatuto de velho, considera que os idosos deveriam unir-se e criar um grupo de pressão com o intuito de conservarem um papel ativo, tenderem a estabelecer laços sociais com outros reformados. O sentimento de velhice bem-sucedida é muito instável, podem desenvolver um sentimento de serem injustamente excluídos na sociedade e podem considerá-la hostil aos idosos (Fontaine, 2000).

A quinta categoria é a *reforma-participação*, o indivíduo integra-se socialmente por procuração, sendo o televisor o seu único veículo de contacto com o exterior e com o

mundo social, o sentimento de velhice bom sucedida é fraco e a sedentariedade constitui um risco para a saúde (Fontaine, 2000).

A condição de reformado é uma das transições mais importantes na vida dos indivíduos, comparável à entrada na vida ativa, não só pelo que representa em termos de duração (20%, aproximadamente, da sua existência), como ainda pelos desafios e oportunidades de desenvolvimento que lhes oferece (Simões, 2006). Assim ela pode constituir um período propício ao estabelecimento de relações interpessoais mais próximas e à realização de atividades promotoras de bem-estar, tratando-se de uma fase da vida em que o futuro deve ser encarado com otimismo e entusiasmo (Paúl & Fonseca, 2005). Para tal é importante que continuem a existir desafios e oportunidades materializadas em objetivos, assim como a manutenção de uma atitude positiva, encarando a reforma como um novo começo e não como a cessação da vida, atribuindo assim um sentido à sua existência para lá da condição de reformado (Paúl & Fonseca, 2005). Atualmente a entrada na reforma deve ser analisada à luz das novas dinâmicas demográficas, designadamente, o aumento da esperança média de vida. Hoje vive-se mais e de forma mais saudável, sendo assim possível estar na vida ativa e em estado de reforma por períodos de tempo similares (Pinto, 2007). Esta situação tem, no entanto, sido encarada como uma desvantagem e não como uma oportunidade (Nazareth, 2009). A mesma autora critica esta forma de organização social, pois neste modelo social, em que se definem três momentos da vida (estudar, trabalhar e descansar), há claramente uma valorização daqueles que são ativos, em detrimento dos outros dois grupos, em especial o dos reformados, encarados muitas vezes com elevado custo para os ativos que os suportam.

De acordo com a perspectiva do desenvolvimento coextensivo a todo o ciclo de vida, “a vida adulta e a velhice são vistas como fases do ciclo vital perfeitamente integradas no complexo *continuum* de alterações biopsicossociais que marcam a existência humana, implicando transições e (re) adaptações permanentes” (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998, cit. por Paúl & Fonseca, 2005, p. 48). Assente em desígnios como envelhecimento diferencial, plasticidade e capacidade de reserva, pode-se considerar que todos os acontecimentos de vida pressupõem ganhos e perdas desenvolvimentais, assentando todo o desenvolvimento no equilíbrio entre estabilidade e mudança. Então, a passagem à reforma trata-se de um acontecimento de vida essencialmente normativo, na medida em que o seu início e a sua duração é semelhante para todos os membros de



uma mesma cultura ou subcultura e exige a assunção de novos papéis (Vandenplas-Holper, 2000). O estudo levado a cabo por Fonseca (1998) sobre a passagem à idade da reforma permite referir que, por um lado, não foi demonstrado por parte da maioria dos participantes um total desajustamento a esta nova fase do ciclo de vida, por outro lado, também não se verificou um sentimento de satisfação plena quanto a esse momento particular (Paúl & Fonseca, 2005). Quanto à cessação da vida profissional, os sujeitos do estudo indicaram que esta afeta expressivamente as interações sociais, uma vez que reconhecem ter sido em contexto de trabalho que a grande maioria desenvolveu uma significativa rede de relações sociais. Segundo a mesma fonte, algumas das pessoas investigadas demonstraram uma atitude ambivalente relativamente a esta transição, no que respeita aos efeitos do envelhecimento. Por um lado é referenciada uma perspetiva positiva, muito associada ao aumento de tempo livre, por outro lado, uma perspetiva mais negativa associada a perdas. Fonseca (2006) levou a cabo um estudo sobre a satisfação com a vida durante a reforma e constatou que apenas 6% dos inquiridos referem estar muito satisfeitos com a condição de reforma, contra 37% de não satisfeitos, sendo de 57% a percentagem dos que referem estar razoavelmente satisfeitos com a vida. Estes dados constataam que os portugueses são um dos povos da zona euro mais insatisfeitos com a vida. Existe a preocupação quanto à impossibilidade de manter o mesmo estilo de vida a que estariam habituados, dada a probabilidade de ocorrerem problemas diversos associados a uma situação de dependência, ou seja, há uma antecipação de expectativas negativas face ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). De facto, este sofrer por antecipação está intimamente relacionado com as representações sociais do envelhecimento, mais do que associado especificamente à condição de reformado. As representações coletivas são, segundo Moscovici (1978), pensamentos acumulados e associados durante um período de tempo, são passados através das gerações e são dificilmente modificados (Teixeira et al., 2006). As representações sociais são para o autor elaborações e explicações da linguagem e dos comportamentos contemporâneos de senso comum, equivalem a mitos e crenças da sociedade (Teixeira et al., 2006). Moscovici preconiza que as representações sociais estão (Teixeira et al., 2006) hierarquizadas ao nível dos conteúdos, sugerindo três dimensões que as estruturam, a dimensão da imagem – campo da representação, a dimensão da informação e da atitude. Assim, a primeira dimensão (imagem), remete para a estrutura interna dos conteúdos hierarquizados e concretos das preposições referentes a um determinado objeto da representação, ou seja, modelo social

(Moscovici, 1978, cit. in. Teixeira et al., 2006). Para o autor citado, as representações estão enraizadas no pensamento do indivíduo e são reproduzidas por núcleos figurativos. A segunda dimensão sugerida pelo autor, informação, diz respeito à informação prévia necessária à construção dessas mesmas representações. Por último a dimensão da atitude remete para a resposta dada face a um dado objeto, sendo que o indivíduo pode apresentar uma atitude favorável, desfavorável ou neutra face a um objeto socialmente representado (Teixeira et al., 2006). Neste sentido, o estudo levado a cabo pelas autoras Teixeira et al. (2006) demonstra que pessoas em idade avançada têm atitudes face ao envelhecimento em conformidade com a informação de que dispõem. Muitos demonstram ser importante envelhecer de forma de saudável, adotando comportamentos promotores de saúde, como caminhadas, ginástica, integração em academias, entre outros. Um dos aspetos mais positivos apontados pelos sujeitos do estudo anteriormente citado é a sensação de “liberdade de uso do tempo” que se repercute numa maior autonomia na gestão do tempo e tomada de decisões (Paúl & Fonseca, 2005). A disponibilidade de tempo tem sido também apontada como um aspeto positivo inerente à reforma, na medida em que permite, entre outras, reforçar as relações interpessoais, por uma lado e realizar atividades gratificantes, por outro, promovendo um alargamento das redes sociais (Paúl & Fonseca, 2005). Assim o estudo permitiu identificar três padrões de adaptação à reforma. Um primeiro padrão caracterizado pela satisfação plena com a nova condição de reformado, que é encarado como um período integrante do ciclo de vida e que permitirá realizar atividades satisfatórias fora do âmbito profissional. Um segundo padrão marcado por sentimentos e perspetivas um pouco ambivalentes: por um lado um sentimento nostálgico pelo abandono da atividade profissional e, por outro, a constatação de algum medo antecipatório face ao futuro, mas permeado pela vontade patente em traçar novas metas e dar sentido positivo à ocupação do tempo disponível. O terceiro padrão patenteia-se por um estado de desalento relativamente à vida atual, marcado pela desorientação, perda de um sentido para a vida, insatisfação generalizada e aparecimento de sentimentos depressivos (Paúl & Fonseca, 2005). Assim pode-se inferir que o bem-estar subjetivo associado à entrada na reforma, pode estar comprometido quando predomina a solidão, a ausência de saúde, a incapacidade para ocupar o tempo disponível com atividades gratificantes e a ausência de objetivos. A reforma constitui um marco fulcral das sociedades contemporâneas, simboliza o fim de um ciclo de vida, o da vida ativa. Então à reforma estão muitas vezes associadas representações sociais de inércia,

inatividade, que podem despoletar sentimentos de inutilidade, que podem conduzir ao isolamento social, à depressão, à baixa autoestima, entre outros fatores. No entanto, essa nova etapa do ciclo de vida pode e deve ser encarada como tal, como mais uma etapa. Assim ela deve ser preenchida com propósitos que façam sentido para cada pessoa que a vivencia. Pois, a continuidade de uma vida ativa pode ocorrer de diferentes formas, que não necessariamente a associada a uma atividade laboral remunerada. “Afinal, o momento de passagem à reforma assinala, apenas, mais uma fase da vida, como outras já vividas e, tantas outras ainda por viver comuns ao longo do processo de envelhecimento individual, que se deseja satisfatório e equilibrado num balanço entre perdas e ganhos” (Ferreira, 2006 p.34). Pode ser encarada como um momento de libertação e renovação (investimento em lazer, formação, atividades sociais, viver a um ritmo menos acelerado) ou de sofrimento e perda (de prestígio, de objetivos, de amigos ou de capacidade financeira). Prentis (1992) sugere que a procura de um sentido de vida e de objetivos pode ser fulcral neste período transitório, tanto como estratégia de controlo pessoal sobre o desenvolvimento, como de preservação da identidade (Fonseca, 2006). Se a identidade é construída, não só, mas também, em função do que fazemos, a reforma pode despoletar uma crise de identidade provocada pela perda do trabalho, semelhante às mudanças que ocorrem na adolescência, mas que desencadeiam o desenvolvimento e o crescimento psicológico (Erikson, 1997, cit. por França, 2010). Então, as mudanças inerentes à reforma podem ser vistas como uma oportunidade para reflexão existencial (França, 2010). Trata-se de uma adaptação psicológica, ou seja, conjunto de atividades intencionais e planificadas que visam traçar objetivos com o intuito de assegurar um balanço favorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais (Brandtstadter 1984; Brandtstadter, Wentura & Rothermund, 1999, cit. por Fonseca, 2006). Esta adaptação está relacionada com os mecanismos referidos anteriormente de compensação, ou seja, face às alterações corridas, fruto de uma nova fase, o indivíduo vai procurar redefinir objetivos, reorganizar-se, de forma a adaptar-se positivamente ao novo ciclo, preparando-se as novas exigências, através da construção de novos padrões que lhe permita responder eficazmente às novas exigências do meio onde se insere e à nova realidade.

Já foi referido que ao processo de transição que é a reforma, estão normalmente associados variados fatores ou acontecimentos que, ocorrendo em simultâneo, influenciam a forma como é encarada e como as pessoas se adaptam a essa nova etapa

da vida. No entanto, existem outras variáveis que devem ser tidas em conta quando se aborda esta questão e são elas: o género, o casamento e a ocupação de tempos livres. A ocupação de tempos livres, pode ser uma variável potenciadora de stress, pois uma reforma não planeada irá cingir toda a rotina quotidiana a este excesso de tempo livre (Fonseca, 2006). O domínio que segundo o autor mais contribui para esta perceção é a residência e vida familiar, demonstrando maior satisfação os indivíduos casados. Relativamente ao género, segundo um estudo apresentado por Szinovacz e Washo (1992), as mulheres demonstram estar mais insatisfeitas com a vida, por serem “mais vulneráveis que os homens aos efeitos resultantes da exposição a acontecimentos de vida stressantes, sobretudo os que afetam a família e as redes sociais de apoio” (Fonseca, 2006, p. 58). Assim, a reforma parece ser vivida de forma diferente consoante se é homem ou mulher. Segundo Fonseca (2006), é mais provável que as mulheres antecipem a sua reforma em prol da família, assumindo o papel de cuidadoras, do que os homens; elas são mais pressionadas por parte dos cônjuges a antecipá-la e, por outro lado, terão ganho menos dinheiro decorrente da sua participação no mercado de trabalho, o que se repercute em pensões mais baixas, dificultando assim o seu processo de adaptação. Por outro lado, a assunção de papéis por parte da mulher tende a aumentar durante este período, além dos já assumidos enquanto zeladoras do lar, caber-lhes-á cuidar dos demais (netos, familiares que estejam em condição de dependência), levando-as a experienciar muitas vezes um sentimento de “prisão do lar” (Fonseca, 2006, p.49).

Quanto à segurança e saúde física, verifica-se uma forte correlação negativa com a satisfação com vida, no sentido em que as alterações de saúde inerentes ao processo de envelhecimento, e que coincidem na grande maioria com a entrada na reforma, exercem um impacto negativo na satisfação de vida dos indivíduos (Fonseca, 2006). Na verdade, tem-se encontrado em múltiplos estudos que a perceção de boa saúde está associada a mais satisfação com a vida (e.g., Oliveira, 2011; Oliveira et al., 2011; Simões et al., 2000, 2001, 2003). A posição social também influi no processo de adaptação à reforma, adaptando-se melhor os de classe social mais alta (Fonseca A. M., 2006). Também a escolaridade e profissão anterior exercem influência na forma como as pessoas se adaptam à reforma, obtendo-se normalmente uma correlação positiva, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade e quanto mais diferenciada tiver sido a profissão, maior satisfação com a vida evidenciam as pessoas durante esta fase (Fonseca, 2006). A idade

é também um fator associado à satisfação com a vida durante a reforma, encontrando-se índices de satisfação mais baixos em indivíduos reformados há mais tempo e mais velhos. Para Fonseca (2006) a reforma pode sim afetar o bem-estar individual, mas o próprio processo de envelhecimento afetará muito mais. Hayslip e Panek (2002, cit. por Simões, 2006) consideraram a existência de três fases de adaptação à reforma: a lua-de-mel, a do desencanto e a da estabilidade ou reorientação. A fase *da lua-de-mel* é marcada pela euforia, dada a disponibilidade de tempo para a realização de projetos e sonhos adiados. Dura sensivelmente seis meses, após o que se entra na *fase do desencanto*. Nesta etapa, a euforia inicial já se desvaneceu e começam a sentir-se dificuldades de adaptação. Há um confronto entre as expectativas traçadas e a realidade vivencial, e nem sempre há correspondência entre elas, podendo despoletar algum sentimento de tédio. As relações mantidas com colegas de trabalho vão sendo cada vez mais distantes. Segundo os autores, esta é a fase mais crítica. A última etapa é a da *estabilidade/reorientação*, caracterizada pelo assumir de um novo estilo de vida. O círculo de amigos ou de interações sociais é reorganizado, assumem-se novas rotinas e o futuro passa a ser encarado com mais confiança.

Os autores Taylor Carter e Cook (1995) referem que uma adaptação bem-sucedida à reforma requer a “manutenção de um sentido de continuidade de envolvimento na vida, fazendo com que o passado não seja simplesmente esquecido e o futuro simplesmente deixado ao acaso; por outro lado, a aposta no estabelecimento de relações mais próximas com os outros e na realização de atividades que proporcionem bem-estar e deem prazer” (Fonseca, 2006, p. 66). Este sentido na vida tem-se mostrado um aspeto norteador e associado à percepção de bem-estar subjetivo. O estudo empírico da presente investigação propõe perceber essa relação, entre o sentido de vida e o bem-estar subjetivo, na medida em que a presença de sentido na vida tem-se mostrado associada positivamente à percepção de bem-estar (Simões et al., 2009)

A adaptação à reforma requer uma atitude positiva face à passagem à reforma, enquanto uma etapa inerente ao ciclo de vida, onde é imprescindível que a vida quotidiana adquira um sentido próprio, além da reforma (Fonseca, 2006). Fromm (1978) postula que todos os seres humanos procuram alcançar algo, muito além da satisfação física (Simões et al., 2009). O envolvimento em atividades, a assunção de novos papéis, a manutenção (fortalecimento ou alargamento) das redes sociais e das relações interpessoais, são fulcrais neste processo de adaptação à reforma. Segundo Fonseca (2006), os indivíduos

que aquando da reforma vêm a desempenhar novos papéis, avaliam-na como uma situação mais gratificante do que os indivíduos que apenas terminam o ciclo de vida profissional.

## **6. Envelhecimento ativo**

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90 (WHO,205). A expressão visa transmitir uma mensagem mais abrangente que envelhecimento saudável, e entender os fatores que afetam a forma como as populações envelhecem, para lá dos cuidados de saúde.

Foi definido como “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o intuito de garantir a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (WHO, 2014). É designado de ativo, pois pressupõe o envolvimento e a participação das pessoas em contextos de vida diversificados, tanto sociais, como culturais, espirituais, civis ou económicos, enfatizando a importância de as pessoas perceberem que são detentoras de qualidades e potencialidades capazes de promover o seu bem-estar e qualidade de vida (Ribeiro et al., 2011). Não diz apenas respeito ao estar-se fisicamente ativo ou a pertencer-se ao tecido produtivo (Torres, 2008). Segundo Fernández-Ballesteros (2005), trata-se de um conceito inovador que reflete a importância que os fatores psicológicos e psicossociais, associados a fatores de ordem social, assumem na adaptação ao envelhecimento, já que os estilos de vida e a autoeficácia, entre outros fatores, determinam um maior bem-estar. Segundo a mesma fonte, pressupõe que o indivíduo continue a participar ativa e utilmente na sociedade, contribuindo para que se sinta parte integrante da mesma, permitindo-lhe intervir e contribuir para o seu desenvolvimento.

Apesar de proveniente de uma cultura bastante diferente da nossa, vale a pena referir o estudo levado a cabo por investigadores da Universidade de Bogotá, Colômbia, relativamente às representações sociais do idoso, em que se constatou que as pessoas em idade avançada consideram “que ser velho, ou estar na velhice depende da cabeça de cada um e do comportamento de cada pessoa; pois aquele que tiver um “espírito jovem”, for ativo, se relacionar bem com a família, que tiver uma religião, nos momentos de dificuldade” adaptar-se-á melhor ao processo de envelhecimento (Martins, Camargo, & Biasus, 2009, p. 843). O bom envelhecimento implica saúde, atividade, bom relacionamento familiar, alegria, espírito jovem e religiosidade, contrapondo-se com o envelhecimento percebido como negativo, marcado por doenças, perdas, problemas de relacionamento com os filhos, sofrimento, dependência e inatividade.

Walker (2006) traçou a história do conceito “envelhecimento ativo” através da emergência nos Estados Unidos, durante a década de 90, de uma corrente que procurou ser a antítese da teoria da desvinculação, surgindo sob a forma de “envelhecimento produtivo”, na década de 80, e que, contemporaneamente enfatiza a relação entre atividade e saúde (Clarke & Warren, 2007). Segundo a mesma fonte, há uma relação significativa entre a atividade e o bem-estar, o que leva à reflexão sobre a forma como as pessoas em idade avançada poderiam viver mais e de forma mais positiva e preenchida (Clarke & Warren, 2007). Segundo a OMS, o envelhecimento ativo permite aos indivíduos, perceberem e direcionarem o seu potencial para um bem-estar físico, social e psicológico ao longo da vida. A palavra ativo não é entendida para se referir apenas à capacidade individual para ser fisicamente ativo ou participativo na força do trabalho, mas para participar na sociedade, nas suas diversas dimensões (cultural, social, económica, cultural, espiritual e cívica) de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (WHO, 2014). Os benefícios de um estilo de vida ativo e a participação social têm sido enfatizados pelas perspetivas teóricas sobre envelhecimento ativo e bem-sucedido (Ribeiro, Neri, Cupertino, & Yassuda, 2009). A participação na comunidade através de atividades sociais, por exemplo, tem apresentado efeitos benéficos ao nível da saúde, e há evidências de que as boas relações sociais promovem o bem-estar, a longevidade, previnem doenças como a depressão e ajudam a manter as funções cognitivas em idade avançada (Cloos et al., 2010).

No entanto, o envelhecimento ativo comporta uma série de determinantes socioeconómicos, como as condições materiais das pessoas idosas, os valores culturais subjacentes aos tipos de comportamentos e sentimentos de cada sujeito, que influirão na forma como cada um envelhece (OMS, 2009). Estes determinantes devem ser encarados numa perspetiva de ciclo de vida, pois as pessoas idosas não são um grupo homogéneo e a diversidade individual tende a aumentar com o avançar dos anos (OMS, 2009). Um estudo levado a cabo por Ribeiro et al., (2009) demonstrou que os fatores sociodemográficos podem estar relacionados com diferentes padrões de realização de atividades instrumentais, sociais e intelectuais, tendo apontado para uma maior participação em atividades, quanto maior o nível socioeconómico e escolar dos idosos.

A abordagem do envelhecimento ativo assenta no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. O



foco de intervenção passa a ser baseado nos direitos dos mais velhos no que respeita à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspetos de vida à medida que envelhecem (WHO, 2005). “O respeito e a inclusão social estão relacionados com as atitudes, comportamentos e as mensagens de outras pessoas e da comunidade como um todo, em relação às pessoas mais velhas” (OMS, 2009, p.9). A participação social diz respeito ao envolvimento das pessoas idosas em atividades de índole cultural, educativa, de cidadania, recreativas, de socialização, e espirituais. Alguns estudos sobre a participação em atividades religiosas e espirituais têm demonstrado uma influência positiva ao nível do bem-estar (Sommerhalder & Goldstein, 2006, cit. por Ribeiro et al, 2009).

O envelhecimento ativo pressupõe então o envolvimento, a participação, em todos os momentos de vida. Estando o envelhecimento associado a representações como a aproximação da morte, esta pode também ser integrada na preparação para o envelhecimento. O planejar o futuro, não significa apenas antecipar a morte ou estado de doença, é também refletir sobre a morte. Esta reflexão pode também motivar as pessoas para a ação e a envolverem-se nos processos subjacentes ao fim da vida, alguns participantes dum estudo levado a cabo por Clarke e Warren (2007) planejaram os seus funerais, escreveram testamentos, envolveram-se ativamente nesses preparativos. Doukas et al. (1998) e Docker (2000) enfatizam a importância dos valores pessoais que influenciam essas tomadas de decisão sobre os cuidados do fim de vida (Clarke & Warren, 2007). Estas preocupações mostram a importância de se envelhecer ativamente em algo, de se envolver ativamente, participar ativamente, mesmo que se trate da planificação da morte, pois estas são preocupações transversais à maioria dos idosos, desde os doentes terminais aos autónomos (Clarke et al., 2006; Neuberger 1996, cit. por Clarke & Warren, 2007). Então o envolvimento em atividades relacionadas com esta fase do ciclo de vida, a morte, é também agir ativamente sobre as experiências e sobre a realidade, é também contribuir para o envelhecimento ativo.

Promover ambientes amigos dos mais velhos, promover a solidariedade intergeracional e incentivar a responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), devem ser preocupações políticas e sociais (WHO, 2005). Partindo da premissa de que o envelhecimento ocorre desde o momento da conceção, é necessário preparar as pessoas para a velhice, no sentido de adotarem práticas de vida saudáveis em todas as fases de vida, mas também é necessário que as estruturas e redes de apoio existam e sejam

acessíveis de forma igualitária. A forma como envelhecemos depende de múltiplos fatores, como o já referido anteriormente, sendo o cultural um fator transversal à compreensão do envelhecimento ativo. Neste sentido os valores culturais, as tradições, influem na forma como as sociedades encaram o envelhecimento e conseqüentemente nas políticas e programas dirigidos para as pessoas em idade avançada. A adoção de comportamentos promotores de saúde é também influenciada pela cultura social, no entanto há valores transversais que devem ser assegurados independentemente dos valores sociais ou culturais intrínsecos, como a ética e os direitos humanos (WHO, 2005).

## 7. O envelhecimento bem sucedido

Existem várias designações para o envelhecimento bem conseguido, desde o bem-sucedido, defendido por autores como Rowe e Kahn (1999, 1987), envelhecimento produtivo (Baltes, 1985), envelhecimento positivo (*aging well*) (Vaillant & Um Kamal, 2001). Todos têm em comum o facto de enfatizarem aspetos positivos, progressos e pontos fortes face ao envelhecimento, em detrimento dos negativos e perdas inerentes ao processo de envelhecimento (Simões, 2011). O envelhecimento bem-sucedido apesar de ter sido elaborado, enquanto conceito, há mais de 50 anos, ficou em boa parte associado ao modelo de Rowe e Kahn (1987) (Simões, 2011). Estes concebiam-no como o evitamento de doenças associadas à idade, ou seja, um envelhecimento com registo diminuto ou inexistente ao nível dos declínios associados à doença enquanto efeito da idade (Simões, 2011).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido surge nos anos 1960 para se referir a um mecanismo de adaptação ao processo de envelhecer e a procura de um equilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades individuais (Paúl & Fonseca, 2005). Ele emerge essencialmente da necessidade de se encarar o envelhecimento de uma outra forma, não centrado nas doenças, declínios, mas sim numa perspetiva global, valorizando-se os aspetos biológicos, psicológicos e sociais. O estudo da Fundação MacArthur, no contexto do qual foi proposto o conhecido modelo de Rowe e Kahn (1998), preconiza uma conceção de envelhecimento bem-sucedido com base numa diversidade de fatores que permitem ao indivíduo uma eficácia funcional na velhice. Rowe e Kahn propõem que o envelhecimento bem-sucedido pressupõe a combinação de três componentes, a ausência de patologia, o bom funcionamento cognitivo e físico e compromisso com a vida (Paúl & Fonseca, 2005). Então o modelo contempla três dimensões: 1- evitar a doença e a incapacidade; 2- manter as capacidades físicas e cognitivas; 3- empenhamento ativo na vida. Estes constituem uma unidade funcional e estão organizados hierarquicamente. Assim, a ausência de doenças e incapacidades facilita a manutenção do funcionamento físico e mental e este, por sua vez, favorece o empenhamento na vida (Simões, 2011). As três dimensões devem coexistir para que haja envelhecimento bem-sucedido.. Pode assim identificar-se dois modelos dominantes, o modelo SOC (*Selective Optimization with Compensation*) e o modelo de envelhecimento bem-sucedido (Simões, 2011).

O modelo SOC, elaborado por Baltes e Baltes (1990, cit. por Simões, 2011), estabelece que envelhecer com êxito resulta da conjugação de 3 processos: a seleção das metas a atingir; a otimização dos meios que a elas conduzem e a compensação, por meios substitutos, dos recursos perdidos. Assim, um idoso que tenha sido bailarino, por exemplo, pode selecionar apenas algumas peças, as que lhe permitam uma execução perfeita dadas as limitações da idade, ou seja, as que lhe exijam apenas determinado tipo de movimentos que ele ainda domine, nas quais irá aperfeiçoar-se, compensando assim os atributos perdidos com o envelhecimento. Crescer e envelhecer pressupõe o alcance de níveis cada vez mais altos de capacidade adaptativa. Envolve assim a manutenção de processos de seleção, otimização e compensação dos recursos pessoais, para fazer face aos desafios contextuais com que o indivíduo se vai confrontando ao longo da vida (Neri, 2006). O envelhecimento bem-sucedido pressupõe a atuação sistêmica desses três mecanismos. A seleção diz respeito à reorganização de metas, objetivos ou aspirações pessoais em função dos recursos internos e externos, como o tempo, a energia e capacidade, de forma que haja compatibilidade entre elas. A otimização implica a manutenção, coordenação e aplicação de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento. Pode ser potenciada através da educação e do suporte social direcionados para o desenvolvimento ou manutenção de competências no âmbito da saúde, da cognição, da atividade desportiva e habilidades artísticas e sociais (Neri, 2006). A compensação pressupõe a adoção de atitudes e comportamentos alternativos à manutenção do bom funcionamento.

Os autores realçam os aspetos positivos do envelhecimento numa abordagem multidisciplinar com ênfase nos aspetos de natureza genética, biomédica, comportamental e social, passíveis de manter o desempenho do indivíduo na fase final da sua vida (Paúl & Fonseca, 2005). Assim, envelhecimento bem-sucedido tem em consideração o papel que as dimensões, psicológica, da saúde, funcionamento mental, alimentação, exercício físico, relações sociais, hábitos quotidianos, entre outros, desempenham no processo de envelhecimento. Bem envelhecer não significa porém a manutenção de uma juventude eterna, mas antes uma aceitação das perdas associados ao envelhecimento e o reconhecimento e a potenciação de ganhos. Não existem fórmulas ou padrões que definam consensualmente o sucesso na velhice. Segundo Baltes e Carstensen (1996, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), o conceito integra dois processos que se relacionam entre si; por um lado, um processo de adaptação às perdas através da

criação de mecanismos internos e por outro lado a adoção de um estilo de vida que favoreça a manutenção da integridade física e mental. Segundo a mesma fonte, na compreensão do envelhecimento bem-sucedido, não se devem no entanto descartar fatores como a personalidade, contexto sociocultural ou as relações familiares e enfatizam os autores, que não existe um caminho único para o envelhecimento bem-sucedido. Sabe-se que os indivíduos que envelhecem com sucesso desenvolveram uma capacidade designada por seletividade socio-emocional que lhes permite focalizarem-se no que lhes é realmente importante e significativo (Baltes & Carstensen, 1999).

Por seu turno Margoshes (cit por Paúl & Fonseca, 2005) postula que existem quatro componentes fundamentais para se envelhecer com sucesso e são elas: atitude mental positiva, exposição do self a desafios permanentes, estimulação cognitiva, realização emocional e hábitos de vida saudáveis cultivados desde a idade adulta. Interligado com o conceito de envelhecimento bem-sucedido, Sternberg (1998, 1996, cit. por Simões, 2006) usa o conceito de inteligência bem-sucedida, já explicado anteriormente, para se referir à capacidade de adaptação à sociedade e à cultura em que determinada pessoa está inserida, permitindo ainda atingir certos objetivos pessoais (Simões, 2006). Assim, um indivíduo intelectualmente bem-sucedido é capaz de dosear as componentes de adaptação, modelação e da seleção em função das necessidades (Simões, 2006). Deste modo o autor postula que a inteligência bem-sucedida integra três tipos de capacidade, uma analítica, outra criativa e uma prática. A primeira reporta-se à capacidade de análise e avaliação das possibilidades com que um indivíduo é confrontado ao longo da vida, a segunda remete para a capacidade de gerar soluções, a terceira será exigida para a concretização das referidas operações (Simões, 2006).

A ideia de envelhecimento bem-sucedido traduz-se num projeto que visa contrariar a tendência para um acréscimo no número de anos ser acompanhado pelo decréscimo na qualidade de vida (Simões, 2011).

Segundo Simões (2011), o conceito de envelhecimento bem-sucedido emerge da oposição ao modelo de deficiência, o qual se centra nas perdas que acompanham o envelhecimento, desde a dependência, à perda de papéis sociais, declínios físicos e psicológicos. Pelo contrário, o modelo de envelhecimento bem-sucedido, não ignorando as perdas, enfatiza os meios para as compensar e o facto de elas andarem sempre associadas a ganhos de outra natureza, ou seja, o processo de desenvolvimento resulta

em perdas e ganhos em qualquer idade, embora a relação ganhos/perdas possa alterar-se ou inverter-se ao longo do ciclo de vida (Simões, 2011). Contudo, se a pessoa revelar empenho ativo na vida, que implica, segundo o referido autor, manter relações sociais estreitas com outras pessoas e continuar a desempenhar uma atividade produtiva, ela será tendencialmente mais longeva, mais saudável e mais feliz (Simões, 2005, 2011). No âmbito do modelo de Rowe e Kahn enfatiza-se a importância dos fatores ambientais e o estilo de vida, no sentido de prevenir os seus efeitos negativos. Trata-se de uma perspectiva positiva e otimista da saúde, vista como algo mais do que a simples ausência de doenças, com acento na promoção da saúde e prevenção de doenças (Simões, 2011). O modelo aponta para a necessidade do envelhecimento ativo com o objetivo do reconhecimento e aproveitamento do imenso potencial de recursos representados pelos idosos e como contributo importante para a sua autoestima e bem-estar.

### **7.1. Envelhecimento bem-sucedido e o lugar da espiritualidade**

Embora o modelo de Row e Khan seja dos mais conhecidos e comporte dimensões deveras importantes, provenientes em grande parte de numerosos dados empíricos, a continuidade das investigações tem permitido assumir uma visão crítica. A crítica de Wong ao modelo de Row e Khan vai no sentido de considerar demasiado restritiva a noção de atividades produtivas e da falta de referência à componente espiritual e à sabedoria existencial (Simões, 2011). Contesta-se, do ponto de vista estrutural, a falta de dimensões essenciais, nomeadamente a espiritualidade, por se revelar de grande importância para um bom envelhecimento (Crowther et al., 2002). A este respeito, Tornstam (2005, 1989) formulou mesmo uma teoria dedicada a compreender a evolução do que poderíamos chamar a dimensão espiritual ao longo da idade adulta - a *teoria da gerontranscendência*, que sustenta que no processo de envelhecimento se verifica uma transição na metaperspetiva do indivíduo, de uma visão racionalista e materialista da vida, para uma visão mais cósmica e transcendente (Tornstam, 1989, cit. por Simões 2011). A alteração de perspectiva em causa supõe-se resultar de três movimentos conjugados: a transcendência cósmica (associada à consciência de ser parte do universo, de estar em comunhão com ele), a transcendência do eu (implicando a descentração de si, num movimento de altruísmo crescente) e a transcendência nas relações pessoais e sociais (no sentido de seletividade das mesmas e da procura da solidão positiva) (Oliveira, 2010).

Em consequência dos movimentos referidos aumenta o sentido de afinidade com as gerações presentes, passadas e futuras, diminui o medo da morte e aceita-se o mistério da vida, renunciando-se à pretensão de tudo explicar (Simões,2011).

É esta dimensão espiritual que tem sido apontada como faltando ao modelo de Rowe e Kahn, e que, se nele introduzida, lhe acrescentaria a componente fundamental do sentido da vida e lhe retiraria o caráter discriminatório ou estigmatizante desta faixa etária pois, segundo Tornstam, se nem todos acedem à gerontranscendência, todos têm a possibilidade de a atingir (mesmo os incapacitados, os frágeis e os doentes) (Simões, 2011).

O estudo da espiritualidade é muito recente no campo da psicologia e o culto religioso tem sido visto como uma forma de mecanismo de defesa que permite às pessoas atribuírem significados às suas experiências e encontrarem a força necessária para fazer face às vicissitudes da vida. No entanto, os gerontologistas têm dado cada vez maior importância à espiritualidade e ao culto religioso, na medida em que se tem observado que as pessoas procuram sentido para as suas vidas, muito especialmente na fase mais avançada do seu ciclo (Ramsey, 2012). Para os adultos em idade avançada o que é mensurável e observável, pode não ser adequado para responder às questões existenciais com que se confrontam (Ramsey, 2012), pelo que tende a ser para eles mais importante, não o que aconteceu, mas porque aconteceu determinado evento nas suas vidas, há uma maior preocupação em integrar os acontecimentos de vida mais importantes numa narrativa mais coerente e abrangente (Ramsey, 2012). Segundo alguns autores, a religião é melhor percebida enquanto um processo cognitivo isolado, ou seja, atua de forma independente de outros processos cognitivos. Esta ênfase nos aspetos cognitivos da espiritualidade e resiliência é consistente com alguns constructos subordinados ao envelhecimento, designadamente: sabedoria, retrospectiva da vida, ilusão de segurança absoluta, gerontotranscendência e a noção de resposta participativa à morte (Ramsey, 2012).

Para Crowther et al. (2002) no modelo de Row e Khan o fator esquecido é a espiritualidade positiva, uma vez que o mesmo não contempla uma massa apreciável de estudos que encontraram relações entre a espiritualidade e a saúde física e mental, nomeadamente, no que toca à redução dos níveis de depressão, mal-estar, morbidade e

no que concerne à promoção de bem-estar, da satisfação com a vida, do sentido da vida e do otimismo.

Por outro lado, o acrescento da dimensão da espiritualidade daria ao modelo um caráter mais pragmático, uma vez que permitiria levar a efeito estudos de intervenção com base numa vasta maioria de pessoas, para quem são relevantes as componentes, religiosa e espiritual (Parker et al., 2002, cit. por Simões, 2011). A correção proposta ao modelo consistiria, assim, em acrescentar uma quarta dimensão (a espiritualidade positiva), deixando intactas as outras três (Simões, 2011). A espiritualidade positiva é entendida como a busca pessoal, tendente a compreender as respostas às questões últimas, respeitantes à vida, ao sentido e à relação com o sagrado e o transcendente, o que pode (ou não) levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e à formação da comunidade (Koenig et al., 2000, cit. por Simões, 2011). Ao aludir à espiritualidade positiva, os autores querem referir-se àquela que promove o bem-estar pessoal e social, excluindo a que afeta a saúde física e mental, que fomenta o ódio, o preconceito, a hipocrisia ou a adesão incondicional a um líder carismático.

Então, incluída a dimensão da espiritualidade, fortemente ligada ao sentido da vida, o desafio do envelhecimento bem-sucedido é descobrir sentidos positivos de vida e de morte, mesmo quando falta a saúde física (Simões, 2011). Precisamos de ir ao encontro das necessidades dos que são frágeis, incapacitados e cronicamente doentes; numa leitura positiva, não devemos considerá-los como casos de envelhecimento mal sucedido. Segundo Wong (cit. por Simões, 2011) o segredo do envelhecimento bem-sucedido para o frágil, ou o moribundo, está em descobrir o sentido transcendental da vida e da morte. Com efeito, de acordo com o *Ontonio Project on Successful Aging*, foram considerados, para além dos estilos de vida saudável e dos recursos sociais propostos pelo modelo de Rowe e Kahn também a religiosidade, o sentido pessoal, o otimismo, o compromisso e o  *coping*  (Simões, 2011). Por outro lado, o sentido pessoal<sup>2</sup> revelou-se o melhor preditor de felicidade, do bem-estar, da ausência de psicopatologia e da depressão. Como refere Simões (2006), baseado na revisão de diversos estudos, o

---

<sup>2</sup> Sentido pessoal é a relação entre a atribuição de significado e a motivação dos sujeitos para a ação; vincula os significados com a realidade da sua própria vivência e com os seus motivos, é o que cria a parcialidade da consciência humana (Rey, 2007).



envelhecimento bem-sucedido é 80% atitude e 20% qualquer outra coisa e, por conseguinte, está ao alcance de toda a gente, incluindo os incapacitados e cronicamente doentes. Mais do que a ausência de doença é a atitude para com esta e a adaptação às mesmas que se afigura crucial (Simões, 2011).

O que tem vindo a ser dito aponta para uma certa unanimidade ao considerar o envelhecimento bem-sucedido como multidimensional (Fernández-Ballesteros 2013). Dele devem fazer parte, além das dimensões da saúde física e mental, as componentes da adaptação à mudança e mais especificamente à doença, da independência, da satisfação com a vida, do bem-estar psicológico, do empenhamento com a vida (Simões, 2011). De uma forma geral as teorias de envelhecimento bem-sucedido concebem os indivíduos idosos como pró-ativos, que definem objetivos para as suas vidas e tentam alcançá-los e que têm a capacidade para gerir os seus recursos de forma a adaptarem-se às mudanças relacionadas com a idade, e que se envolvem ativamente na preservação do bem-estar. Os objetivos estão normalmente direcionados para a saúde, autonomia, estabilidade emocional, autoestima, casamento, vida familiar, relações de amizade, ou seja, trata-se de adotar mecanismos de *coping* adequados para lidar com os desafios próprios de envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). Segundo a mesma fonte, o envelhecimento bem-sucedido só fará sentido à luz de uma perspetiva ecológica, de onde se entende o indivíduo como fruto de uma panóplia de fatores socioculturais, com uma vivência passada e presente únicas, sujeito a determinadas pressões ambientais cuja capacidade de adaptação e sentimento subjetivo ditará uma melhor ou pior tolerância às pressões a que está sujeito. No caso do idoso português, a mesma investigadora postula que, contrariamente ao que acontece nos países do norte da Europa, existe um sentimento de resignação com a vida e com o destino que, em paralelo com a atitude religiosa, define a imagem dos idosos que envelhecem com sucesso. Para a autora é imprescindível a conjugação de vários fatores para um envelhecimento bem-sucedido, da perceção subjetiva das condições biocomportamentais e sociais do indivíduo, a capacidade de adaptação ao envelhecimento biológico e às alterações que vão ocorrendo na rede social, e uma maximização das competências, numa correlação proporcional entre maior competências e máximo de adaptação (maior bem-estar, menor neuroticismo, abertura ao exterior, manutenção do controlo sobre a própria vida).

De mãos dadas com o envelhecimento bem-sucedido e com o bem-estar encontra-se o conceito, qualidade de vida que será tratada em seguida.

## **8. Qualidade de vida**

A investigação sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como as variações que esse estado comporta, reveste-se de grande importância científica e social (Neri, 2001). Ao tentar resolver a aparente contradição que existe entre a velhice e bem-estar, a pesquisa pode não só contribuir para a compreensão do envelhecimento e dos seus limites para o desenvolvimento humano, como também para gerar alternativas válidas de intervenção visando ao bem-estar dos idosos.

A qualidade de vida é, pois, um outro conceito associado à adaptação ao envelhecimento, que se configura como uma experiência fenomenológica e multidimensional (Hendry & McVittie, 2004, cit. por Paúl & Fonseca, 2005).

O termo qualidade de vida começou por ser concetualizado por Aristóteles, associando uma vida com qualidade à felicidade, realização e plenitude, enfatizando o facto de que a qualidade de vida teria um significado próprio para cada indivíduo, e que diferia tendo em conta a situação de vida de cada um (Fayers & Machin, 2000, cit. por Sardinha, 2008).

A expressão qualidade de vida foi evoluindo de uma perspetiva mais sociológica até à perspetiva atual, com um carácter multidimensional e subjetivo (Paúl & Fonseca, 2005, cit. por Sardinha, 2008). Segundo Daatland (2005), esta expressão é marcada por duas distintas tradições. Uma de origem economicista, ou seja, à qualidade de vida estavam associados conceitos e constructos de índole material, ao que se acrescentaram indicadores sociais de carácter mais subjetivo como a saúde, educação, residência e apoio social. A segunda tradição focou-se no bem-estar subjetivo, na experiência de vida. Emerge assim uma terceira linha que visa integrar ambas as tradições supramencionadas, tentando perceber de que forma o bem-estar é influenciado pelas condições de vida objetivas bem como pelas subjetivas.

Nos dias de hoje a qualidade de vida é considerada uma experiência multidimensional, subjetiva e pessoal, contemplando dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Clipp, 2001, cit. por Sardinha 2008). A qualidade de vida está relacionada com uma panóplia de fatores subjetivos, como a autoestima, a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com a realização das atividades diárias, entre outros. Dada a

subjetividade do conceito de qualidade de vida, a sua definição não tem sido muito consensual, no entanto, com o intuito de esclarecer o seu significado, a OMS define-a como sendo a percepção de cada indivíduo face à sua posição no meio envolvente, em conformidade com o seu contexto cultural, valores vigentes e em relação com os objetivos, normas, expectativas e interesses (Souza, Filho, & Souza, 2006). A qualidade de vida é “a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação com os seus objetivos, expectativas, exigências e preocupações. É um conceito vasto, influenciado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais dos indivíduos, e pelas suas relações com características salientes do seu ambiente” (WHOQOL, cit. por Bowling & Gabriel, 2004, p.3, cit. por Sardinha, 2008). Trata-se de um conceito subjetivo na medida em que é percebido de forma única por cada indivíduo, e os parâmetros inerentes à sua avaliação subjetiva (por parte de cada um) são variáveis. Embora haja parâmetros que podem ser consensuais, a sua avaliação está sempre dependente da percepção de cada pessoa, tendo em conta as suas próprias expectativas relativamente à qualidade de vida.

Do ponto de vista semântico, a expressão qualidade reporta-nos para critérios de excelência associados a características humanas e a valores positivos como a felicidade, o êxito, a riqueza, a saúde ou a satisfação com a vida (Schalock & Verdugo, 2003). Parece consensual entre os investigadores da área que a avaliação da qualidade tem uma forte componente subjetiva e deve por isso contemplar as percepções individuais sobre as experiências de vida em áreas como o relacionamento interpessoal, a atividade desenvolvida na comunidade, o bem-estar físico e material, o desenvolvimento pessoal, a satisfação e a felicidade (Schalock & Verdugo, 2003). Felce (1997) e Felce e Perry (1996) propuseram um modelo tripartido que visa integrar as componentes objetivas com as condições de vida, as subjetivas, como a satisfação, e ainda uma terceira dimensão designada pelos mesmos autores de valores e aspirações pessoais, para melhor avaliar a qualidade de vida (Schalock & Verdugo, 2003). No entanto pode-se inferir que os valores pessoais constituem apenas um outro fator no âmbito das dimensões subjetivas da qualidade de vida (Schalock & Verdugo, 2003).

No âmbito da perspetiva ecológica, os autores anteriormente citados propõem três níveis contextuais que afetam a qualidade de vida:

1. Microsistema: contexto social restrito, como família, lar, grupo de pares e local de trabalho, que afetam diretamente a vida das pessoas;
2. Mesossistema: comunidade, vizinhança, organizações e instituições que afetam diretamente o microsistema;
3. Macrossistema: fatores relacionados com a sociedade, como fatores culturais, políticos e económicos, que afetam diretamente os nossos valores, crenças e o significado de palavras e conceitos.

Esta perspetiva ecológica pressupõe oito dimensões centrais de qualidade de vida para cada nível de análise micro, meso e macrossistema, nomeadamente: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos (Schalock & Verdugo, 2003). O bem-estar emocional pode ser entendido pela forma como interagem as oportunidades e as condições de vida, pela forma como as pessoas organizam o conhecimento sobre si mesmas e sobre os outros, assim como a forma como respondem às exigências pessoais e sociais (Queroz & Neri, 2005). As relações interpessoais respeitam à manutenção e eventual reforço das redes de relações, que são per se estruturantes, como a referido anteriormente. O bem-estar material prende-se com o nível socioeconómico e com a ausência de carência financeira - um bom suporte financeiro é sempre protetor e facilitador de uma maior qualidade de vida. O desenvolvimento pessoal refere-se a investimentos ao nível da participação e envolvimento em atividades prazerosas e promotoras de bem-estar, estas podem ser de índole educacional, lúdico, cultural ou social. O bem-estar físico está relacionado com a saúde e com a adoção de comportamentos protetores da mesma. A autodeterminação refere-se à capacidade em manter um *self* determinado e independente, capaz de fazer autoavaliações sustentadas em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões (Queroz & Neri, 2005). A inclusão social e os direitos apontam para as redes de apoio social e o acesso a bens e serviços de saúde, culturais, lúdicos, assentes no princípio da igualdade de oportunidades. A qualidade de vida é importante tanto ao nível pessoal como social. A nível pessoal remete-nos para a associação entre as características humanas e valores positivos como a felicidade, o êxito, a riqueza, a saúde ou a satisfação; ao nível social, o conceito faz com que nos tornemos sensíveis às necessidades dos outros e às possíveis discrepâncias entre o que se tem e o que se necessita (Schalock & Verdugo, 2003).

Veenhoven (2000) propõe um modelo que designa por “as quatro qualidades de vida” diferencia as oportunidades de vida, dos resultados de vida, distinguindo ainda as qualidades externas alocadas ao meio ambiente das qualidades internas de um indivíduo (Sternberg & Grigorenko, 2003). A interação entre as quatro variáveis preconizadas pelo autor, irá influir na percepção subjetiva de bem-estar e de qualidade de vida. A qualidade de vida constitui um compromisso entre a esfera pessoal e a busca por bem-estar inerente às condições vividas percebidas como qualitativamente positivas (Souza & Murai, 2007).

Urciuoli, Dello Buono, Padoani e De Leo (1998, cit. por Schalock & Verdugo, 2003) constataram diferenças na percepção de qualidade entre pessoas com mais de 85 anos institucionalizadas e não institucionalizadas, sendo que as primeiras eram pessoas mais dependentes e menos autossuficientes nas atividades quotidianas, tendo percepção de uma menor qualidade de vida. As variáveis autonomia e independência parecem destacar-se enquanto preditores de uma melhor qualidade de vida (Clark, 1991, cit. por Schalock & Verdugo, 2003). A qualidade contempla condições basilares de vida como alimentação adequada, proteção e segurança, assim como outros aspetos que a enriqueçam como atividades sociais, de lazer e atividades comunitárias inclusivas. Estes aspetos assentam nos sistemas de valores, crenças, necessidades e interesses do indivíduo (Schalock & Verdugo, 2003). Quando se trata da qualidade de vida na velhice, ela é entendida como um constructo sociopsicológico e processual, na medida em que reflete formas socialmente valorizadas e contempla um processo de adaptação contínua face às condições de vida culturalmente reconhecidas e que a sociedade oferece aos seus idosos (Neri, 2001). Esta definição refere-se a um processo de adaptação e não a um resultado, ou meta desenvolvimental, ou estado ideal.

Montoro (1999) propôs um modelo sobre a qualidade de vida em contexto institucional assente na análise de fatores preditores de qualidade assistencial, que contempla três dimensões: institucional (meio ambiente, rácio de profissionais, qualidade do serviço, estrutura institucional), relacional (utentes e familiares) e interacional (Schalock & Verdugo, 2003). A dimensão institucional diz respeito ao ambiente vivido na instituição, aos valores institucionais, à qualidade do serviço, ao rácio de profissionais e à própria estrutura. Assim uma instituição com capacidade ao nível de recursos humanos, técnicos e financeiros, capaz de responder adequadamente às necessidades dos seus utentes, será uma instituição otimizada, que contribui para a qualidade de vida

dos seus utentes, ainda mais quando assenta em valores como o respeito, a igualdade ou o altruísmo. A dimensão relacional prende-se com a qualidade e quantidade das relações entre os utentes, os utentes e o cuidador, utentes e familiares, familiares e cuidadores, contempla assim toda a rede de relações envolventes. A dimensão institucional refere-se às dinâmicas presentes na instituição, interações com o meio envolvente, promoção de atividades estimulantes, exteriores ao meio institucional. O mesmo autor refere que a dimensão com maior impacto na qualidade assistencial em pessoas mais velhas, com ou sem incapacidades, é a institucional, seguindo-se o nível relacional.

## **9. Bem estar subjetivo**

O estudo do bem-estar subjetivo, no âmbito da psicologia, é muito recente. Só a partir do séc. XX com a emergência do humanismo, é que se começa a ter em consideração a experiência subjetiva (Sirgy et al., 2006, cit. por Sardinha, 2008). Porém, é um dos indicadores mais citados como preditores de qualidade de vida (Sardinha, 2008). Trata-se de uma componente basilar da qualidade de vida, pois assenta na avaliação individual e subjetiva do indivíduo e tem como padrões as suas exigências pessoais (Sardinha, 2008). Sousa et al. (2003), ao analisarem a qualidade de vida e o bem-estar de idosos portugueses, verificaram que a perceção do envelhecimento bem-sucedido varia de acordo com o grau de dependência dos indivíduos, assim como Sequeira e Silva (2002), que ao analisarem o bem-estar no meio rural, onde os idosos são ativos e menos dependentes, relataram maior grau de satisfação e níveis mais elevados de bem-estar.

O bem-estar subjetivo (BES) foi definido por Diener et al. (1999, cit. por Sardinha, 2008) como “uma categoria vasta de fenómenos que inclui respostas emocionais dos indivíduos, satisfações de domínios, e julgamentos globais da satisfação com a vida” (p.277). Simões et al. (2000), ao apresentarem uma revisão da literatura sobre a temática, distinguem duas dimensões no bem-estar subjetivo, uma afetiva e outra cognitiva. Relativamente à dimensão afetiva, comporta duas componentes opostas, uma positiva e outra negativa. A afetividade positiva espelha-se na tendência em experienciar sentimentos e emoções positivos e agradáveis, como a alegria, o entusiasmo, a felicidade; pelo contrário, a afetividade negativa traduz-se pela disposição em experienciar sentimentos e emoções negativas e desagradáveis, como vergonha, culpabilidade, tristeza, ansiedade ou depressão (Sardinha, 2008).

O BES é igualmente um constructo subjetivo, pois depende das vivências e da perceção do indivíduo, com base na sua experiência única do mundo, dos acontecimentos e condições objetivas. Estas últimas podem influenciar o BES, mas não o integram verdadeiramente (Simões et al., 2000; Sardinha, 2008). A experiência positiva é outra característica que deve estar presente no bem-estar subjetivo e não apenas a ausência de experiências negativas (Diener, 1984, cit. por Sardinha, 2008). Uma terceira característica, segundo a mesma fonte, é a satisfação com a vida - a componente geral e vasta com que o bem-estar subjetivo é avaliado, baseando-se no julgamento subjetivo e integrado, que o indivíduo faz da sua própria vida.

Assim, o bem-estar subjetivo pode ser visto como fruto de uma reação avaliativa, relativamente à própria vida, balizada pela satisfação com a mesma, e a afetividade (reações emocionais estáveis) (Diener & Diener, 1995, cit. por Simões et al., 2000). O BES, tendo em consideração as componentes do seu constructo, é normalmente avaliado através da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS):), para se obter o grau de satisfação com a vida das pessoas, e pelas PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) para medir a vertente afetiva, quer na sua vertente de afetividade positiva (PA), quer na de afetividade negativa (NA) (Watson & Clark, 1994; Simões, 1993).

Ao bem-estar subjetivo estão associados numerosos fatores, dos psicológicos aos sociodemográficos. Dentro destes últimos, encontram-se fatores como a idade, o sexo, a educação, o rendimento, o emprego, o estado civil, a saúde, a religião, as relações sociais e o lazer. No entanto, segundo Simões (2006), são fatores que, embora associados ao bem-estar subjetivo, exercem sobre ele pouca influência. Alguns estudos mostraram que de entre os fatores sociodemográficos, o estado civil, a saúde, a religiosidade e o emprego, são os que maior correlação apresentam com a satisfação com a vida (Simões et al., 2000). Assim, as pessoas casadas ou em união de facto apresentam índices de satisfação com a vida mais elevados que os solteiros, viúvos ou divorciados, sendo as mulheres as que demonstram maior satisfação no matrimónio. O casamento constitui para a maioria das pessoas a principal fonte de apoio social, tanto do ponto de vista emocional, como material ou relacional, contribuindo para a felicidade dos cônjuges (Simões, 2006). A saúde, por seu turno, emerge como um dos preditores mais eficazes do bem-estar subjetivo, ainda que se trate apenas da perceção que o sujeito tem da mesma (saúde subjetiva) e não de um indicador objetivo, sendo as correlações entre a saúde objetiva e o bem-estar subjetivo, fracas (Simões et al., 2000). Relativamente à religiosidade, os mesmos autores encontraram uma correlação positiva entre esta e o bem-estar subjetivo nos idosos. Esta correlação pode dever-se, entre outros fatores, ao facto de a religiosidade, assim como a espiritualidade, como vimos atrás, dar sentido à vida, estimular as relações interpessoais e conferir uma identidade social e um sentido de pertença. No que concerne ao emprego, sendo este *per se*, promotor de identidade pessoal e social, está em geral positivamente correlacionado com o bem-estar subjetivo (Simões, 2006). A manutenção de relações positivas é outro fator que apresenta correlação positiva com o bem-estar subjetivo (Diener & Seligman, 2002, cit. por Sardinha, 2008).



Quanto aos fatores personológicos, Wilson (1967, cit. por Sardinha, 2008), identificou várias características de personalidade relacionadas com o bem-estar subjetivo, como a extroversão, o otimismo e o baixo neuroticismo. Os autores Costa e McCrae (1980, cit. por Simões et al., 2000) referem que a extroversão está relacionada com a afetividade positiva e o neuroticismo com afetividade negativa. A autoestima, o otimismo, a conscienciosidade e a amabilidade disposicional também estão associados ao bem-estar subjetivo (Lucas et al., 1996, cit. por Sardinha, 2008). Assim, segundo Okun (2001), uma pessoa idosa com bem-estar subjetivo, com um elevado nível de extroversão, baixo neuroticismo, sábia e com capacidades de regulação emocional, tentaria alcançar ativamente objetivos generativos e de crescimento pessoal apropriados para a idade, recorrendo a estratégias autoprotetoras, sendo seletiva na escolha de parceiros sociais, sensível na provisão e receção de suporte, participando em atividades agradáveis e com papéis informais, percecionando a sua saúde como boa ou excelente e estando sem grandes limitações funcionais e preocupações financeiras (Sardinha, 2008).

O bem-estar subjetivo é uma dimensão que pode favorecer a forma como nos vemos a nós mesmos e aos outros, o que pode resultar em vivenciar as situações quotidianas de forma mais prazerosa e fortalecer o relacionamento interpessoal (Passareli & Silva, 2007). O bem-estar subjetivo, também designado por felicidade (Diener, 2000; Seligman, 2004), pode ser caracterizado por uma extroversão estável, sendo que o afeto positivo na felicidade está relacionado com a fácil sociabilidade, proporcionando uma natural e agradável interação entre pares (Francis, 1999, cit. por Passareli & Silva, 2007).

Para Seligman (2004) as pessoas mais felizes são as que têm mais amigos, tanto amigos casuais como amigos íntimos, as que permanecem casadas por um maior período de tempo e são mais participativas em atividades comunitárias e de grupo (Passareli & Silva, 2007), ou seja, as pessoas que apresentam elevados índices de bem-estar subjetivo, parecem estabelecer laços interpessoais mais fortes e estáveis. Se se considerarem os fatores económicos, eles apresentam uma fraca correlação com o bem-estar subjetivo, a felicidade, a satisfação com a vida ou com o afeto positivo, a não ser que estejamos a considerar franjas populacionais próximas ou abaixo do limiar de pobreza. Por outro lado, não se verifica uma correlação entre o aumento da riqueza e o aumento do bem-estar subjetivo (Simões et al., 2000; Passareli & Silva, 2007).

Assim, o bem-estar subjetivo e a felicidade não se prendem apenas com a ausência de depressão, mas mais com a presença de emoções e estados cognitivos positivos (Passareli & Silva, 2007). Segundo Diener, Suh e Oishi (1997), o BES integra fatores que diferem entre as pessoas ligeiramente felizes daquelas moderadamente e extremamente felizes (Passareli & Silva, 2007). Alguns desses fatores reportam-se, como já referido, a características de personalidade como a extroversão, no entanto DeNeve e Cooper (1998) sugeriram que a importância dada à extroversão no âmbito do bem-estar subjetivo tem sido exagerada, considerando que seria pertinente focar outros traços da personalidade para o efeito, como o neuroticismo, o otimismo, afeto positivo e autoestima (Passareli & Silva, 2007).

Diener (2000) mencionou que experimentar emoções agradáveis a maior parte do tempo, e não experimentar emoções desagradáveis frequentemente, mesmo se as emoções agradáveis forem apenas leves, é suficiente para as pessoas relatarem elevados índices de felicidade (Passareli & Silva, 2007).

O bem-estar subjetivo parece ainda estar associado à saúde e à longevidade, tal como postulam Diener e Seligman (2004), sendo as emoções positivas seus preditores.

Uma interessante explicação para a relação entre bem-estar subjetivo, saúde e longevidade seria o fato de que o afeto positivo poder estar relacionado com perfis favoráveis ao funcionamento de diversos sistemas biológicos e poder, assim, minimizar o risco de desenvolvimento de doenças físicas (Steptoe, Wardle & Marmot, 2005, cit. por Passareli & Silva, 2007). As variáveis psicossociais têm demonstrado influenciar significativamente o bem-estar dos idosos, pelo despoletar de estratégias de coping passíveis de impedir ou restringir o declínio da satisfação com a vida com o avançar da idade (Sposito et al., 2010).

Segundo a mesma fonte, há uma tendência para os idosos mais jovens estarem menos satisfeitos que os idosos mais velhos com sua independência funcional, facto este, que pode dever-se à resiliência dos idosos mais velhos, que lhes permite uma melhor adaptação a esta fase da vida (Sposito et al., 2010). As dificuldades e obstáculos que enfrentam, mesmo que traumáticos, permitem que as condições subjetivas respondam pela manutenção da resiliência psicológica, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida (Sposito et al., 2010).

As expectativas criadas face ao envelhecimento e a adaptação a todas as perdas a ele inerentes são assim fatores fulcrais na perceção de saúde e de bem-estar, mas pode-se questionar quanto aos aspetos que influem na capacidade de adaptação. Alguns autores apontam para o nível socioeconómico e nível de escolaridade, como os parâmetros mais influentes no processo de adaptação ao envelhecimento (Andrews & Robinson, 1991; Bohlander, 1999, cit. por Guedea et al., 2006). Dentro das variáveis de índole psicossocial, as estratégias de coping parecem ser as que maior influência exercem na perceção de bem-estar e consequente adaptação à velhice (Guedea et al., 2006). Como estratégias de coping podem ser identificadas as seguintes: uso de suporte instrumental, humor, autodistração, planeamento, negação, religião, utilizar suporte social e emocional, desinvestimento comportamental; coping ativo, autoculpabilização, reinterpretação positiva, uso de substâncias, expressão de sentimento e aceitação (Chaleta, Santos, & Grácio, 2011). As estratégias de coping refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um elemento stressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de coping podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função, o focalizado na emoção e o coping focalizado no problema (Queroz & Neri, 2005). O coping focalizado na emoção é definido como o esforço realizado com o intuito de regular o estado emocional associado a eventos stressores. Estes esforços de coping são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível sentimental, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo. Por exemplo, fumar um cigarro, tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV, sair para correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável motivada por um fator stressante (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 2000).

O coping focalizado no problema constitui um esforço para atuar ao nível da situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. A função desta estratégia é alterar o problema existente na interação sujeito/meio promotora de tensão/stress. A ação de Coping pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando o coping focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O coping focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento stressor.

Para Folkman e Lazarus (1980), o uso de estratégias de coping depende de uma avaliação da situação promotora de stress (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 2000).

Existem, assim dois tipos de avaliação situacional, a primária e a secundária. A avaliação primária inclui processos cognitivos através dos quais os indivíduos avaliam os riscos envolvidos numa dada situação de stress. Na avaliação secundária as pessoas avaliam quais são os recursos disponíveis e quais as melhores opções para lidar com a situação. Quando as situações são avaliadas como modificáveis, há uma maior tendência a usar-se o mecanismo de coping com foco no problema, quando as situações são avaliadas como inalteráveis, há uma maior tendência a recorrer-se ao mecanismo de coping centrado na emoção (Folkman & Lazarus, 1980, cit. por Antoniazzi et. al., 2000). Mais recentemente, foi apresentada uma terceira estratégia de coping, centrada nas relações interpessoais, que consiste na procura, por parte do sujeito, de apoio junto das pessoas que integram o seu círculo de apoio social, com vista à resolução da situação stressante (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 2000). Trata-se assim de mecanismos que permitem aos sujeitos, por um lado, relativizar e minimizar os efeitos do stress, por outro, resolver as situações problemáticas com que se defrontam, retomando ao seu funcionamento pessoal “normal” (Aldwin, Sutton & Lachman, 1996, cit. por Guedea et al., 2006).

Há autores que têm identificado estratégias de coping características de pessoas mais velhas. Staudinger et al. (1999, cit. por Fernández-Ballesteros, 2013) descreve treze mecanismos de coping usados por pessoas idosas, nomeadamente: comparação com o passado, o desejo de informação, comparação com os outros, *to keep going*, capacidade de adaptação às situações, ter altos e baixos, fé, humor, distração, suporte social, cuidadores, resignação, ver a vida como uma perda. O estudo demonstra que há formas de coping que se correlacionam positivamente com satisfação, como o humor, desejo de informação, *keep going*, enquanto outras formas de coping como a vida como uma perda, ou cuidadores correlacionam-se negativamente (Fernández-Ballesteros, 2013).

O estudo efetuado por Guedea et al. (2006) revela que os idosos tendem a recorrer mais à estratégia direta e de reavaliação do que à estratégia de evitamento, comprovando que estes utilizam mais as reavaliações positivas para enfrentar situações de crise ou stress do que as pessoas mais jovens (Guedea, et al., 2006). Wrosch, Heckhausen e Lachman (2000) também sugerem que as avaliações positivas das situações problemáticas são

características da velhice, pois funcionam como um mecanismo compensatório para fazer face às possíveis perdas que o idoso possa estar a vivenciar nesta etapa da vida (Guedea, et al., 2006). Finalmente, Hanson e Mintz (1997) encontraram altos níveis de coping relacionados com a resolução das situações problemáticas, com a saúde psicológica e conservação da autonomia (Guedea et al., 2006).

Os mecanismos de coping tanto são características individuais como estão associados ao apoio social percebido pelo indivíduo (Abril, 1998, cit. por Guedea et al., 2006). O apoio ou suporte social manifesto através de equipamentos comunitários, redes sociais e relações íntimas, por exemplo, também permite satisfazer necessidades (instrumentais e expressivas) em situações quotidianas e de crise (Gracia, 1997, cit. por Guedea et al., 2006). Assim, tendo em conta o anteriormente referido acerca da felicidade e perceção de bem-estar, pode-se inferir que o apoio social e as redes de suporte contribuem para uma maior felicidade dos indivíduos, e para a perceção de bem-estar.

Os recursos pessoais do idoso são muito importantes para o seu processo de adaptação face às perdas vivenciadas ao longo do ciclo de vida. Eles podem ser promovidos através do estabelecimento de relações sociais significativas, mediante o acesso a vínculos sociais compensatórios que possam proteger as pessoas de idade avançada dos sentimentos negativos, fruto das perdas experienciadas (Guedea et al., 2006).

As instituições para idosos surgem como uma resposta às necessidades da sociedade atual, elas existem pelo papel que o velho representa na sociedade e surgem não para serem depósitos de velhos, mas para, pelo contrário, serem locais de convivência saudável, prazerosa e estimulante (Zimmerman, 2000). Assim também os Centros de Dia, constituem um importante suporte na promoção de bem-estar, na medida em que proporcionam a criação de laços relacionais significativos, promovem a autonomia e o envolvimento em atividades estimulantes e gratificantes, atendem às necessidades dos idosos, contribuindo para uma melhor adaptação ao envelhecimento e perceção de bem-estar.

O apoio social recebido, mas também o apoio provido contribuem para a perceção de satisfação e de bem-estar dos idosos. Os idosos têm também como necessidade prestar apoio aos outros, sentindo-se úteis, potenciando as suas capacidades funcionais e promovendo uma perceção mais positiva de bem-estar (Gracia, 1997, cit. por Guedea et al., 2006). Nos Centros de Dia envolvidos na realização do presente trabalho, foi

possível constatar esta dinâmica bidirecional na prestação de cuidados. Alguns idosos, mais motivados para a participação em atividades propostas pelos técnicos de animação sociocultural, motivavam outros à participação e ao envolvimento, auxiliavam na mediação de conflitos e ajudavam outros utentes que embora sendo do Centro de Dia, eram pessoas mais jovens, que se encontravam em situações incapacitantes. Assim a promoção de bem-estar entre os idosos passa pelo envolvimento em atividades de prestação de cuidados e apoio, além das já anteriormente referidas.

Os resultados do estudo em análise mostram a importância de se analisar separadamente as dimensões cognitivas e afetivas do bem-estar subjetivo na terceira idade. Estas dimensões manifestam-se com intensidades diferenciadas e correlacionam-se também diferenciadamente com o apoio social e as estratégias de coping (Guedea et al., 2006). Das três dimensões do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida foi a que mostrou a maior correlação com o apoio social e com as estratégias de coping (Guedea et al., 2006). “A satisfação com a vida é maior nas mulheres, nas pessoas que recebem pensões de reforma, nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas pessoas que enfrentam os problemas de forma direta e através de uma reavaliação positiva” (Guedea et al., 2006, p.307). Quanto aos afetos positivos verifica-se que aumentam com a satisfação do apoio recebido e com o coping direto e de reavaliação, bem como com a diminuição do mecanismo de fuga (Guedea et al., 2006). Estas dimensões em conjunto com a autonomia funcional são as que melhor predizem um maior bem-estar subjetivo (Guedea et al., 2006).

Outro fator associado ao BES é a saúde percebida. A percepção que cada indivíduo tem do seu estado de saúde encontra-se relacionada com a percepção de bem-estar. A primeira é fruto da interação entre a comparação da sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade e as expectativas face à velhice (Sposito et al., 2010). Segundo a mesma fonte, a perda da capacidade funcional ou da funcionalidade do idoso parece exercer uma redução expressiva no bem-estar subjetivo.

O Berlin Aging Study (Baltes, 1999) analisou a percepção da saúde física atual e a comparada (com a saúde de pessoas da mesma idade), em idosos dos 70 aos 105 anos. Os resultados não revelaram diferenças entre esses grupos etários e constataram que a saúde atual permaneceu estável durante o curso de vida. Os autores atribuíram os resultados aos processos adaptativos em relação à funcionalidade, fruto da

reorganização cognitiva nos processos de comparação interna (Sposito et al., 2010). As dimensões psicológicas influenciam a saúde percebida quando comparada com a de outras pessoas da mesma idade. Strawbrigde et al. (2002), ao avaliarem duas definições do envelhecimento bem-sucedido e bem-estar entre 867 idosos, encontraram pacientes com doenças crônicas que relatavam um baixo bem-estar subjetivo e outros indivíduos em situações piores com níveis elevados de bem-estar subjetivo. A comparação social influi na percepção de bem-estar, quando os indivíduos comparam de modo favorável as suas vidas em relação à vida de outros indivíduos, manifestam-se satisfeitos e experimentam emoções positivas (Sposito et al., 2010). Este apresenta-se assim como um bom mecanismo protetor do bem-estar subjetivo.

## 10. Espiritualidade *versus* religiosidade

A religiosidade e a espiritualidade têm feito parte da experiência humana ao longo da história da humanidade. Têm sido fonte de inspiração artística, musical, poética, de sacrifícios, conflitos, contemplação, de uma multiplicidade de atividades humanas (Paloutzian & Cryzta, 2005). Academicamente a definição de espiritualidade tem assumido formas diversificadas. Há correntes que assumem que a espiritualidade envolve necessariamente uma relação com Deus, não a diferenciando da religiosidade (Crisp, 2009). Por outro lado, outras concepções de espiritualidade concebem que a mesma é definida em termos de significado e que a figura de Deus lhe é completamente alheia (Crisp, 2009).

A espiritualidade pode definir-se como a busca de significado e de objetivos na vida, relacionados com o sagrado ou o transcendente e inclui elementos do foro cognitivo, afetivo/volitivo e experienciais, sendo considerada por Piedmont (1999, cit. por Oliveira, 2010) como a sexta dimensão da personalidade<sup>3</sup>. Ela relaciona-se com a vida interior e subjetiva, contrastando com o domínio objetivo do comportamento observável e com o material (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). Está relacionada com os valores, com o sentido da vida e o sentido de conexão para com os outros e o mundo (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). No entanto, a espiritualidade existe além do teísmo ou de instituições religiosas, considerando-se algumas pessoas espirituais mas não religiosas. Assim, a espiritualidade sugere uma experiência vivida, dinâmica e imaginativa, mais alargada que o próprio *self*. Espiritualidade refere-se a experiências cognitivas, afetivas e relacionais, tanto individuais como comunitárias que são interpretadas como transcendentais (Ramsey, 2012).

Apesar da dificuldade em diferenciar espiritualidade de religiosidade, pode-se inferir que a espiritualidade é frequentemente expressa em termos não religiosos, a literatura aborda-a como um “poder interior que leva a cultivar a autoestima, a gratidão, a tentar superar a mortalidade, a cultivar mais a liberdade e as amizades, a formar comunidade, a lutar pela justiça, pela paz e pela ecologia” (Bianchi, 2005, cit. por Oliveira, 2010, p. 136).

---

<sup>3</sup> As cinco dimensões de personalidade: Extroversão, Neuroticismo, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade



A religião está mais relacionada com práticas e vivências institucionalizadas e coletivas. O antropólogo Malinowski (1965) considera que a morte é talvez a principal fonte de crença religiosa, pois se a principal função da religião é dar sentido à vida e às suas vicissitudes, ela dá também um sentido à morte (Oliveira, 2010).

A ansiedade ou medo da morte tem sido alvo de interesse por parte dos investigadores e alguns estudos revelam menores níveis de ansiedade perante a morte em pessoas religiosas, por outro lado outros estudos não encontram qualquer correlação entre esses dois fatores (Koenig, 1994, cit. por Oliveira, 2010). Apesar de não se poderem tirar conclusões definitivas, há a percepção de que a crença religiosa reduz o medo da morte (Oliveira, 2010).

Segundo Oliveira (2006), os idosos evidenciam um nível de religiosidade mais elevados quando comparados com outras faixas etárias. A religião poderá ser fonte promotora de emoções positivas, da mesma forma que poderá ajudar a regular as emoções negativas, assim, “a fé pessoal e comunitárias e as experiências do sagrado contribuem para uma maior qualidade de vida e de significado existencial” (p. 135).

A relação entre espiritualidade e bem-estar tem sido estudada por vários autores, alguns postulam mesmo que a espiritualidade é promotora de saúde mental tanto ao nível do evitamento da doença, como ao nível de uma melhor aceitação da mesma (Kruse, 2005, cit. por Oliveira, 2006). Há ainda autores como Krause e Ellison (2003) que relacionam a espiritualidade com resiliência, otimismo, capacidade de perdão, outros relacionam-na com a música, considerando que através dela se ascende a um bem-estar espiritual, promovendo o desenvolvimento da sua autoidentidade e autoestima, o evitamento de sentimentos de isolamento e solidão, contribuindo para um envelhecimento mais positivo (Hays, 2002, cit. por Oliveira, 2006). Assim resiliência é entendida neste contexto como uma tendência para resistir, capacidade de recuperação e “reconfiguração” face aos desafios da vida (Lepore & Revenson, 2006, cit. por Ramsey, 2012). A capacidade para ultrapassar experiências de vida difíceis é por um lado um processo, por outro uma consequência, uma vez que depende da competência para fazer face aos desafios constantes e por outro lado depende das experiências passadas bem-sucedidas (Ramsey, 2012).

Todas as tradições espirituais providenciam símbolos, linguagem e normas para dar sentido ao sofrimento e estruturar esse processo. O islamismo, por exemplo tem regras

prescritas sobre o tempo que cada um deve sofrer, os judeus e cristãos têm ferramentas bíblicas que servem de consolo em momentos difíceis (Ramsey, 2012). Os cultos comunitários podem facultar um espaço íntimo e seguro para resoluções emocionais, mesmo para os que se fecharam em si mesmo que não verbalizam esse sofrimento há anos (Ramsey, 2001, cit. por Ramsey, 2012).

Verbit (1970, cit. por Oliveira, 2010) sugere a presença de seis componentes para que se possa considerar algo como religião, e são eles: o ritual, a doutrina, a emoção, o conhecimento, a ética e a comunidade, cada uma delas com quatro dimensões nomeadamente, o conteúdo, a frequência, a intensidade e a centralidade. Barros (2005) distingue religião intrínseca de extrínseca, sendo a primeira a que é interiorizada, auto-motivada e a segunda a que é exterior ao sujeito e hetero-motivada. Segundo o mesmo autor, a pessoa verdadeiramente religiosa é espiritual, devota, fortemente comprometida com a sua fé, que por sua vez se manifesta em todas as dimensões da sua vida, desde a profissional, à matrimonial, sexual e educacional, ou seja, vive em congruência com os princípios e valores morais da sua religião. A pessoa que é extrinsecamente praticante, vive a religião de forma mais superficial e não a integra no seu quotidiano, não tenta aproximar a sua conduta aos valores e princípios morais religiosos, é mais motivada por influências e pressões sociais (Oliveira, 2010).

Segundo Wuthnow (1998), a pessoa religiosa pode ser considerada como a que habita num determinado espaço, enquanto a espiritual é a que procura, a que busca um sentido (Oliveira, 2010). Neste sentido, a pessoa religiosa tende a aceitar as normas e regras de uma dada religião e sujeita-se à autoridade imposta pela respetiva instituição, frequentando um espaço sagrado e praticando os cultos e cerimónias religiosas vigentes, enquanto que a pessoa espiritual prescinde da autoridade, da tradição e dos rituais, é mais independente na sua crença, podendo mesmo conjugar diferentes influências (Wink & Dillon, 2002, cit. por Oliveira, 2010). A pessoa religiosa tende a ilustrar qualidades pessoais como o amor, a compaixão e a equanimidade (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). No entanto, não se podem estabelecer distinções radicais ou verdadeiramente dicotómicas entre os dois conceitos, uma vez que se pode afirmar que a pessoa religiosa pode ser espiritual, mas nem toda a pessoa espiritual é religiosa, dado que a espiritualidade diz respeito a uma dimensão mais ampla que a religião (Oliveira, 2010). Os autores Zinnbauer e Pargament (2005) contrapõem “uma religião substantiva a uma espiritualidade funcional; uma religião estática a uma espiritualidade dinâmica;

uma religião mais objetiva e institucionalizada e uma espiritualidade mais subjetiva e pessoal; uma religião baseada na crença a uma espiritualidade baseada na emoção e na experiência; uma religião mais negativa a uma espiritualidade mais positiva” (Oliveira, 2010, p.137). Todavia, estas polarizações, para além de redutoras, não contemplam também a existência de múltiplas religiões e espiritualidades. A espiritualidade é um constructo dinâmico que envolve processos internos de procura de uma autenticidade pessoal, de genuinidade, de integridade, de transcendência dos seus locus de centralidade, de abertura face à exploração relacional a um nível mais elevado, valorizando o sagrado (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). A espiritualidade também pode ser entendida como uma força anímica, criativa, e de atribuição de sentido, uma fonte de força interior, uma orientação moral interna, uma forma de ser e estar no mundo, uma fonte de fé, esperança, paz, *empowerment*, e uma expressão dinâmica de nós mesmos, que nos dá forma e que é formada por quem realmente somos (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). Segundo Eliason (2000, cit. por Oliveira, 2010) o que caracteriza a religião, do latim *religare*, é precisamente o facto de esta supor uma relação com a divindade, além de ligar um grupo ou comunidade ao mesmo culto e práticas religiosas.

A espiritualidade é considerada como algo mais subjetivo e mais difuso sob ponto de vista filosófico e psicológico; está relacionada com a autotranscendência, a autorrealização e a busca existencial de significado (Oliveira, 2010). Tem a ver com uma dimensão proveniente da intimidade do sujeito com o sagrado ou o divino e comporta uma dimensão da vida (e da morte) transcendental. O termo vem do latim *spiritus/spirare* que significa respiração, sopro, alma, vida, é o que dá vida, animação, consciência, o que está para além do corpo, o que nos relaciona com o divino, de certa forma, o que de essencial nos constitui (Merriam, Caffarella, & Baumgartner, 2007).

O autor David Perrin, no seu trabalho “*Studying Christian Spirituality*”, postula que a espiritualidade se desenvolve a partir de uma reflexão crítica da experiência vivida (Crisp, 2009). Assim, o desenvolvimento da espiritualidade está dependente de fatores ambientais, psicológicos, de personalidade e desenvolvimentais (Crisp, 2009). Segundo a mesma fonte há um maior interesse pela exploração da espiritualidade perante situações de vida difíceis, para as quais os indivíduos procuram encontrar um sentido. Segundo o autor, assenta em quatro dimensões: 1) rituais de vida; 2) criatividade; 3) sentido de pertença; 4) ação social (Crisp, 2009).

A primeira dimensão, “Rituais de vida”, diz respeito aos rituais quotidianos que podem ajudar a compreender as expressões de religiosidade das pessoas, tais como o acender (Marks, 2004, cit. por Crisp, 2009). Para outras pessoas estes mesmos rituais podem não significar religiosidade, não obstante terem um significado inerente, que pode prender-se com o ambiente mais intimista criado por uma vela acesa (Address, 2005, cit. por Crisp, 2009). Assim, as pessoas são encorajadas a identificar rituais importantes da vida quotidiana pelo significado que lhes é atribuído (Crisp, 2009).

Quanto à dimensão “Criatividade”, ela está muitas vezes associada a manifestações artísticas, pelo menos nas sociedades ocidentais. Para os artistas a criatividade está associada a experiências espirituais, também para os consumidores de arte, ela pode representar uma experiência espiritual, no sentido da transcendência, pois através da arte, refletem-se questões e pensamentos de forma profunda ou a um nível existencial. Independentemente dos indivíduos serem ou não artistas, o uso da imaginação e criatividade é crucial para a manutenção de espiritualidade saudável (Crisp, 2006; Wuthnow, 2005, cit. por Crisp, 2009).

Relativamente à dimensão “Sentido de pertença”, os estudos realizados por Norris (1993) permitem inferir que normalmente os lugares associados a experiências espirituais são os lugares mais exóticos, sendo variável de pessoa para pessoa: alguns relatam o deserto, os outros, o mar, as florestas e montanhas, o campo, os jardins, entre outros (Crisp, 2009). No entanto algumas pessoas relatam alguns lugares com significados especiais e passíveis de transmitir sentimentos transcendentais referentes aos lugares onde vivenciaram a sua infância e que associam a experiências significativas e positivas (Crisp, 2009).

No que concerne à dimensão “Ação social” reporta-se ao ativismo social, que é segundo o autor uma forma de expressão espiritual. Para Ignacio Martín Baró (1996), durante uma guerra a melhor estratégia de saúde mental é fazer face às necessidades espirituais das pessoas, permitindo a reflexão sobre a relação ente a ação social e a espiritualidade (Crisp, 2009). Segundo Perrin (2007), os temas mais apontados para uma efetiva ligação entre espiritualidade e ação social, foram a ciência, o trabalho, a saúde, a política, a globalização, o ciberespaço, e questões de género (Crisp, 2009).

Numa espiritualidade desenvolvida, rituais como acender uma vela, ir a locais específicos, envolver-se em ações sociais ou ser criativo, podem ser meros sinais

externos de um processo interior mais profundo de sentir-se ligado aos outros, incluindo Deus ou outra divindade (Crisp, 2009).

Na sequência do que anteriormente se referiu, a respeito da necessidade de integrar a espiritualidade positiva no modelo do envelhecimento bem-sucedido de Rowe e Khan, é frequente relacionar a espiritualidade e a religião com os idosos, na medida em que se tem verificado que constituem fatores de suporte para enfrentar desafios, frustrações, além de melhorar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (Negreiros, 2003). Entre os mais idosos a religião desempenha um papel fulcral no combate à solidão, depressão, no dar um novo alento ao sentido de existir, no sofrer e no morrer. Para Koenig, George e Siegler (1988, cit. por Oliveira, 2010), a oração é mesmo o mecanismo de coping mais usado entre os idosos. e a primeira possibilidade, de entre outros mecanismos de coping, a ser usada em situações de perda, e a terceira em situações de ameaça (McRae, 1984, cit. por Oliveira, 2010) .

Melvin Kimble (2001) fez um estudo notável nesta área com um sobrevivente de um campo de concentração Nazi. Para este sobrevivente as experiências horríficas, permitem refletir e atribuir um sentido ao próprio sofrimento, passível de tonar o ser humano mais capaz de priorizar o que realmente tem mais sentido na vida nos anos subsequentes da mesma. Ele acreditava que cada pessoa pode escolher, em qualquer situação, atribuir um sentido ao sofrimento, tal como veio a defender e a teorizar, no âmbito da logoterapia, Vitor Frankle, depois de ter passado três anos no campo de concentração de Auschwitz. Neste sentido, postula-se que a crise do envelhecimento é na verdade uma crise de atribuição de significado, pelo que no âmbito destas concetualizações é consensual a visão de que o envelhecimento acarreta uma procura pelo sentido e o propósito da própria existência, comporta uma série de questões acerca do sentido da vida, do sofrimento humano, da morte e do após morte. Para lá das explicações científicas, as pessoas têm procurado estas respostas nas tradições e símbolos religiosos ou em si mesmas (Ramsey, 2012).

Um estudo realizado por Moberg e Brusek (1978) destaca duas dimensões da espiritualidade: uma horizontal e outra vertical. A primeira é “representada como um recurso interno e subjetivo, mobilizado pela experiência de doação de si, de fraternidade, através do contato mais íntimo consigo próprio, com a natureza, arte e poesia, ou quaisquer ideias visando o bem-estar social, a solidariedade, o cuidado, a

tolerância, entre outros” (Negreiros, 2003, p.278). A segunda prende-se com um poder superior, com o conceito de Deus. Estas dimensões espirituais têm sido vistas como protetoras de situações desagradáveis, ou stressoras, na medida em que são mobilizadas para fazer face a essas vicissitudes.

O bem-estar espiritual tem-se demonstrado como um fator protetor do impacto de acontecimentos de vida desagradáveis, na medida em que está associado a atitudes positivas, à diminuição da ansiedade, entre outros (Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003). Ross (1995) refere que a espiritualidade assenta em três princípios basilares, nomeadamente, a necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; necessidade de esperança/vontade de viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus, sendo a necessidade de significado considerada uma condição essencial à vida, pois evita sentimentos de vazio e desespero (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003). Assim, constata-se que à espiritualidade estão associados constructos essenciais à preservação da satisfação e bem-estar subjetivo. Os idosos estão mais vulneráveis a sofrerem perdas na sua vida do dia-a-dia: perdas nas suas redes de relações, perdas ao nível da saúde, entre outras, já anteriormente referidas.

A espiritualidade tem mostrado também relações positivas no âmbito do controlo da dor. Harrison et al. (2005) realizaram um estudo que visava perceber a relação entre o controlo da dor e a espiritualidade, e para o efeito inquiriram 50 pacientes americanos com anemia falciforme (Peres, Abrantes, Lessa, & Caous, 2007). Os resultados demonstraram que a prática religiosa implica índices mais baixos de dor. Também Wachholtz e Pagement (2005, cit. por Peres et al., 2007) levaram a cabo um estudo que visava perceber os efeitos de aspetos religiosos e espirituais sobre a ansiedade, o humor e a dor. Constataram que atividades espirituais, como a meditação, proporciona menores níveis de ansiedade, melhor humor e duas vezes maior tolerância à dor. Posto isto, é imperioso integrar a dimensão da espiritualidade e religiosidade na intervenção com idosos, seja ao nível de programas educativos orientados para a população mais velha, seja ao nível das instituições de suporte social existentes, de onde se incluem os Centros de Dia, foco do presente estudo.

## **11. Sentido da vida - Busca de sentido e outros constructos**

“O ser humano não busca a felicidade; procura uma razão de ser feliz” (V. Frankl, cit. por Oliveira, 2010, p.129).

A busca de sentido na vida contempla uma dimensão cognitivo-motivacional que pressupõe uma atitude existencial orientada para uma meta do processo de crescimento psico-espiritual (Oliveira, 2010). Esta busca de sentido não deixa de estar relacionada com o que Gardner (1999), autor das “inteligências múltiplas”, designa por “inteligência existencial”, reportando-se à capacidade para compreender o sentido da vida, da morte, o destino do mundo e das pessoas, à capacidade de amar e de se extasiar perante a beleza (Oliveira, 2010). Segundo Antunes (2005) refere-se à “inteligência espiritual” para se reportar à capacidade de interpretar a existência de diversas perspectivas, desde a transcendente à religiosa (Oliveira, 2010).

Fonseca (2006) preconiza, assim, que é importante a atribuição de sentido à vida, como um processo contínuo, associado a um envolvimento em atividades prazerosas e investimento nas relações interpessoais. O sentido da vida é um tema recorrente da filosofia e da literatura, e desperta também o interesse da psicologia (Simões et al., 2009). Fromm (1978) acredita que seja “ a necessidade de se orientar na vida a fonte mais poderosa de energia para os humanos (Simões et al., 2009, p.102). O conceito “sentido” pode ser entendido como o propósito subjacente a uma determinada tarefa ou ação, sendo que o “sentido” pressupõe que haja uma finalidade exequível, com um determinado valor e uma entrega ativa por parte do sujeito (Simões et al., 2009). Então a atribuição de sentido na vida, pode definir-se como o delinear de objetivos exequíveis, com uma finalidade bem definida, a que estará subjacente um dado valor e que requer uma entrega ativa convergente com a finalidade última.

Fizzonni (1998) afirma que se deve dar mais ênfase à reflexão (relacionada com a busca de significado existencial) e não apenas à ação ou à produção (Oliveira, 2010). A procura de sentido para a vida é, segundo o autor supramencionado, uma variável cognitivo-afetivo-motivacional de grande importância para a qualidade de vida das pessoas. Vários autores têm-se debruçado sobre esta temática, no entanto foi Victor Frankl quem mais desenvolveu o tema, na sequência de ter experienciado situações limite ao viver, como já referimos, três anos no campo de concentração de Auschwitz, vindo a postular “que mesmo em circunstâncias absolutamente trágicas e situações-

limite, entre a vida e a morte, não se deve perder o sentido de vida” (Oliveira, 2006, p.139). Na sequência das suas vivências e reflexões, vem a fundar a logoterapia, introduz na psicoterapia a componente espiritual (passando a considerar que uma neurose se deve também a problemas existenciais e espirituais) tratando-se de uma “re-humanização da psicoterapia” que implica a capacidade para o autodistanciamento e autotranscendência (Oliveira, 2006, p.139). A logoterapia assenta em três conceitos basilares: a liberdade da vontade, a vontade de significado e o significado da vida. Este último conceito assume maior ênfase na medida em que a logoterapia ajuda a atribuir significado a acontecimentos trágicos e negativos da existência, colocando-os ao serviço do crescimento pessoal (Oliveira, 2006). Trata-se de uma corrente existencialista que tem como objetivo que a pessoa enfrente a ”trágica tríade da condição humana: dor, culpa e morte” (Frankl, 1998, p.17, cit. por Oliveira, 2006). O autor considera que o desejo de transcendência é inerente à condição de ser humano, aproximando-o da dimensão religiosa (Oliveira, 2006).

Universalmente pode-se inferir que a religião oferece ferramentas que permitem às pessoas encontrar estruturas de referência durante períodos de sofrimento ou perda (atribuição de significado cognitivo), proporcionando a retenção de emoções positivas, mantendo relações significativas com outros e com Deus. Segundo Marcoen (2005) a maioria das pessoas com mais de 65 anos de idade foram educadas numa tradição religiosa e continuam a participar em rituais diários de culto religioso (Ramsey, 2012).

A psicologia positivista refere-se a otimismo e a esperança enquanto fatores primordiais na resiliência, envelhecimento e espiritualidade. A esperança aponta para um melhor amanhã, mas também sugere uma componente espacial e pode ser visionada como uma espécie de território que afasta do caminho do desespero (Ramsey, 2012). Quando as perdas e o sofrimento se acumulam, como é o caso do que experienciam as pessoas mais velhas, a descoberta de uma razão para a esperança é crucial. As crenças e as práticas religiosas conduzem à esperança em transcender ou ultrapassar as dificuldades da realidade presente (Ramsey, 2012). Ramsey e Blieszner (2012) descobriram que adultos espiritualmente resilientes são capazes de aceitar as realidades da vida com um sentido de esperança (Ramsey, 2012).

Capra (1997) postula que quando o conceito do espírito humano for compreendido como um modo de consciência através da qual o indivíduo sinta um sentido de pertença,



de ligação para com o cosmos como um todo, tornar-se-á claro que o conhecimento ecológico é espiritual na sua essência mais profunda; trata-se de uma visão do mundo consistente com a filosofia perene das tradições espirituais (Hunt, 2009). Huxley (1946) considera que a comunidade não poderá ser devidamente compreendida sem a referência à espiritualidade (Hunt, 2009). O tema era na altura de Huxley bastante delicado no mundo académico, tendência que tem vindo a mudar ao longo dos tempos, havendo hoje muitos autores (e.g., English and Gillen 2000; Schauffele & Baptiste 2000; Carr & Haldane 2003; English et al., 2003; Tisdell, 2003; Forman, 2004; Tacey 2004; Ashton e Denton, 2006; Hunt & West 2006, 2007; Beattie et al., 2007) que investigam o tema e sugerem que a espiritualidade pode ser entendida como uma expressão da busca por um sentido ou propósito para a vida.

## Considerações finais

O envelhecimento tem sido fonte de reflexão desde a antiguidade, como foi possível constatar ao longo desta revisão da literatura. Platão perspectivava o envelhecimento de forma positiva, alegando que ele acarretava uma transferência de prazeres, em que os espirituais vão progressivamente substituindo os físicos, como se de uma libertação se tratasse (Paúl & Fonseca, 2005). Enquanto a corrente aristotélica imprimia ao envelhecimento uma perspectiva fatalista, mais negativista. O foco desta investigação dirige-se para as questões espirituais e religiosas e a sua relação com o envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido e o envelhecer sob a percepção de uma boa qualidade de vida, faz parte de um imaginário coletivo. O bem-estar subjetivo surge assim como uma premissa subjetiva que dita a forma como cada um encara as alterações, fruto do processo de se envelhecer. Quanto maior a percepção de bem-estar, melhor o ser humano se adapta às vicissitudes que o envelhecimento acarreta. A percepção de bem-estar é fruto de uma panóplia de fatores, internos (inerentes ao sujeitos), externos (fatores culturais, socioeconómicos, entre outros) e transcendentais, onde o sentido da vida assume também um papel preponderante (Simões, 2009). O processo de adaptação ao envelhecimento é facilitado quando há um sentido, um propósito associado. A propósito da adaptação à reforma, foi referido que esta requer uma atitude positiva, encarando a transição como a entrada numa etapa inerente ao ciclo de vida, onde é imprescindível que a vida quotidiana adquira um sentido próprio ou mais sentido, além da reforma (Fonseca, 2006). Neste âmbito, a presente investigação procura entender as relações entre o sentido da vida, a espiritualidade/religiosidade e o bem-estar subjetivo, pois a literatura e as investigações anteriores apontam para uma associação positiva entre essas variáveis, alertando para a importância de se integrarem nas práticas de intervenção com idosos dimensões significativas, como é o caso da espiritualidade/religiosidade, fomentando uma atitude promotora de reflexões e crescimento individual passível de os ajudar a delinear propósito e sentido nas suas vidas. Retomamos o pensamento central de Carl Rogers, para quem tornar-se pessoa é o desafio de descobrir o seu verdadeiro eu, um derrubar de máscaras ou papéis, num processo de autorreconhecimento e consciencialização do verdadeiro *Eu* (Rogers, 2009). Compete às sociedades modernas, designadamente aos responsáveis políticos e sociais, adotar medidas de defesa e promoção da pessoa idosa, assentes em cinco princípios basilares: o princípio da *dignidade*, na medida em que os cidadãos mais

velhos devem gozar de todos os direitos; o princípio da *autonomia*, num sentido lato e em particular na reforma; o princípio do *desenvolvimento pessoal*, facultando as condições necessárias ao desenvolvimento pleno; o princípio da *participação*, em atividades diversificadas, desde a atividade política, à social (exercício da cidadania) e o princípio de *acesso a cuidados* de saúde ou outros (Oliveira, 2008). Os contextos sociais desprovidos destes valores e assunções podem prejudicar o cidadão em geral, particularmente o idoso, dadas as vulnerabilidades já descritas. Assim, dado que se trata de princípios basilares à condição humana, neles se enquadra inteiramente o nosso trabalho.

## **PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO**

## **I - Metodologia e processos inerentes à investigação**

### **1.1. Introdução**

Este capítulo visa enquadrar metodologicamente o estudo empírico levado a efeito no âmbito da presente dissertação. Assim, primeiramente, e decorrente da parte teórica, são apresentados o problema de investigação e as respetivas hipóteses em estudo. Segue-se a caracterização metodológica propriamente dita com a identificação do plano de investigação, da amostra e a caracterização dos instrumentos de medida utilizados. A última parte do capítulo é dedicada à apresentação dos resultados relativos às variáveis sociodemográficas, que contemplam a caracterização da amostra, através de técnicas apropriadas da estatística descritiva.

### **1.2. Problema de investigação e seus objetivos**

O problema de investigação emergiu da revisão da literatura que dá corpo à parte teórica, essencialmente associada aos constructos de envelhecimento bem-sucedido, bem-estar, espiritualidade, sentido da vida e envelhecimento ativo. Tenta-se deste modo perceber de que forma o bem-estar subjetivo das pessoas com 65 ou mais anos que frequentam os Centros de Dia da região do Vale de Sousa está associado à espiritualidade/religiosidade, à procura e presença de sentido na vida, bem como à autoeficácia nos domínios da saúde, da atividade e da cidadania.

Assim, a presente investigação tem como principais objetivos perceber qual o papel da espiritualidade/religiosidade no desenvolvimento de emoções e atitudes positivas das pessoas idosas que frequentam Centros de Dia, assim como continuar a compreender o papel do sentido da vida na sua relação com a satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo. Pretende-se também indagar a eventual influência da espiritualidade/religiosidade no grau de confiança de cada indivíduo face à realização de tarefas relacionadas com a saúde, a atividade e a cidadania. A partir destes objetivos, pretende-se igualmente identificar necessidades educativas relacionadas com as variáveis em estudo no contexto de vida das pessoas que frequentam Centros de Dia.

### **1.3. Hipóteses de investigação**

Decorrente do problema e dos objetivos atrás mencionados, bem como da revisão da literatura, formulamos as seguintes seis hipóteses de investigação, sendo contudo as primeiras quatro as principais:

H1: A espiritualidade e a religiosidade encontram-se relacionadas com o bem-estar subjetivo (BES).

H2: O sentido da vida está relacionado com a perceção de bem-estar subjetivo.

H3: O sentido da vida está relacionado com as seguintes dimensões religiosas e espirituais: visão do mundo, busca espiritual, envolvimento espiritual/religioso e compromisso religioso.

H4: Quanto maior o envolvimento religioso/espiritual maior é a perceção de autoeficácia para a participação ao nível da cidadania, de cuidados com a saúde e o envolvimento em diversas atividades.

H5: A idade não se encontra relacionada com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia.

H6: O sexo não se encontra relacionado com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia.

### **1.4. Plano de investigação**

O plano de investigação mais apropriado ao presente estudo, tendo em conta as suas características é de natureza não experimental correlacional, uma vez que o estudo preconiza perceber relações entre variáveis, conhecer a magnitude e significância da relação entre elas (Almeida & Freire, 2003). Não há qualquer manipulação de variáveis tendo sido os dados recolhidos através de um questionário com questões diversas, relativas às variáveis em estudo.

## 1.5. Procedimento para constituição da amostra

Quanto à constituição da amostra, ela resulta da identificação dos Centros de Dia da região do Vale do Sousa registados na carta social<sup>4</sup> (38 centros), para os quais foram enviados pedidos formais para a realização do presente estudo (ver anexo 1). Dos contactos realizados, nove centros mostraram-se disponíveis à participação do estudo, daí a amostra final vir a ser constituída apenas por 121 pessoas (n=121). Os centros onde se realizou a recolha foram os seguintes: Centro de Dia (CD) da ADSMC - Associação de Desenvolvimento de São Mamede de Canelas; CD do Centro Social de Cête; CD da Associação para o Desenvolvimento Integral da Vila de Lordelo; CD da Associação para o Desenvolvimento Integral da Sobreira; CD do Lar Nossa Senhora da Conceição; CD da Associação de Solidariedade Social de Nespereira; CD do Centro Social e Paroquial de Figueiró; CD do Centro Social Paroquial da Raimonda e CD do Centro Social Santa Maria de Sardoura – SAD.

Após autorização por parte dos Centros de Dia para a realização do estudo, foram agendadas as entrevistas individuais em cada centro. Os contactos foram estabelecidos com as diretoras técnicas, sendo que os/as técnicos/as de animação sociocultural ou auxiliares estabeleceram a ponte entre nós e os entrevistados. Este apoio foi fundamental para uma maior participação dos utentes.

A recolha demorou cerca de quatro meses e foi realizada em dois momentos distintos. Num primeiro momento foi administrada a escala de espiritualidade (adaptação das baterias CSBV (*College Students' Beliefs and Values*) e num segundo momento foram administradas as restantes escalas. Em alguns casos a administração iniciou com as escalas de autoeficácia, PANAS e SWLS, noutros teve início com a escala de espiritualidade. Esta estratégia foi adotada no sentido de tornar a aplicação das escalas, um momento menos exaustivo. Cada aplicação durou em média uma hora, perfazendo um total de duas por utente. Para o efeito, na maioria dos centros foi disponibilizada uma sala, ou um espaço mais recatado para que os inquéritos fossem administrados com maior confidencialidade e privacidade. Assim, a aplicação dos inquéritos para os 121 utentes durou cerca de cinco meses. Para a adaptação das baterias CSBV foi realizado um pedido formal ao professor Alexander Austin, da universidade da Califórnia, Los Angeles, um dos mentores das baterias CSBV (anexo 2).

---

<sup>4</sup> <http://www.cartasocial.pt/>

## **1.6. Caracterização dos instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram escolhidos com base nos objetivos e nas hipóteses de investigação, no sentido de operacionalizar as variáveis em estudo e com base na literatura. Neste sentido, foram aplicados os seguintes instrumentos: Escala de Espiritualidade, Escalas de Autoeficácia nos domínios da Saúde, Atividade e Cidadania), a SWLS, a PANAS e o MLQ (Anexo 3). A recolha de dados sociodemográficos incluiu-se na Escala de Espiritualidade, tendo esta um primeiro grupo de itens dedicados à recolha de informação de carácter sociodemográfico. Segue-se uma breve descrição de cada um dos instrumentos usados.

### **Meaning in Life Questionnaire - MLQ**

O *Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) é um questionário composto por duas subescalas, com cinco itens cada, e visa medir a Presença e a Procura de sentido na vida (Simões, Oliveira, Lima, Vieira, & Nogueira, 2010). Assim, a subescala Presença propõe-se aferir a existência de sentido na vida, enquanto a subescala Procura visa evidenciar “um processo de busca de sentido” (p.250). O MLQ comparativamente com outras escalas que visam medir o sentido na vida, apresenta uma melhor validade discriminante e uma componente inovadora que é o facto de permitir medir os dois sentidos, a *Procura* e a *Presença*, de sentido na vida. O seu reduzido número de itens e o facto de se encontrar adaptado para idosos portugueses, revelando bons índices de validade e fidelidade, fez com que a nossa opção recaísse sobre este instrumento em detrimento de outros (Simões et al., 2010).

### **Satisfaction With Life Scale - SWLS**

A Satisfaction With Life Scale (SWLS) mede a componente cognitiva do bem-estar subjetivo (Lucas, Diener & Suh, 1996, cit. por Simões et al., 2010) e é composta por cinco itens perfeitamente aceitáveis do ponto de vista psicométrico. Apesar de ter sido inicialmente adaptada por Neto, Barros e Barros (1990), foi utilizada a adaptação posterior de Simões (1992) .



Dada a sua simplicidade e brevidade, a SWLS pode ser administrada em populações diversificadas ao nível etário e cultural, tratando-se de um instrumento com boas propriedades psicométricas e apresentando bons índices de validade e fidelidade, assim como uma estrutura unifatorial, que representa a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Caramujo & Ferreira, 2007).

### **Positive and Negative Affect Schedule – PANAS**

A PANAS emerge da necessidade de avaliar o afeto positivo e negativo, de forma válida e de fácil administração (Watson et al., 1988, cit. por Galinha & Ribeiro, 2005). Neste sentido, os autores desenvolveram duas listas de afetos, uma de afetos positivos e outra de afetos negativos, que, na versão reduzida, é composta por dez itens cada, que constituem a PANAS (Galinha & Ribeiro, 2005). O estudo da adaptação da PANAS, consistiu em replicar o estudo de desenvolvimento da escala original proposta por Zevon e Tellegen (1982) (Galinha & Ribeiro, 2005). A análise resultou numa versão portuguesa similar à original, tendo uma consistência interna adequada com  $\alpha = 0,86$  para a escala de afeto positivo e  $\alpha = 0,89$  para a escala de afeto negativo e tal como o esperado a correlação entre as subescalas (afeto positivo e negativo) situou-se próximo de zero ( $r=0,10$ ) tendo sido esta a versão usada na presente investigação (Galinha & Ribeiro, 2005). O instrumento tem demonstrado elevada consistência interna assim como boa fidelidade teste-reteste (Pavot & Diener, 1993b, cit. por Sirgy et al., 2006, in Sardinha, 2008).

### **Escalas PALADIN**

A bateria de escalas do projeto PALADIN (*Promoting Active Learning and Ageing of Disadvantage Seniors*), que teve como um dos objetivos principais a elaboração de cinco escalas passíveis de medir a autoeficácia de pessoas em idade avançada em cinco áreas distintas, a saúde, a atividade, a educação, a cidadania e as finanças (Oliveira et al., 2011), foi por nós utilizada. Os seus autores pretenderam elaborar instrumentos que fossem de fácil compreensão e atrativos, portanto, bem adequadas à população alvo de pessoas seniores desfavorecidas (Oliveira et al., 2011).. O projeto PALADIN assenta no princípio de que a saúde, a atividade, a educação, a cidadania e as finanças são domínios

basilares do funcionamento das pessoas, pelo que urge fortalecer e desenvolver competências nesses domínios, especialmente nos idosos em situações de desvantagem, contribuindo para o seu *empowerment* (Oliveira et al., 2011). Neste sentido, as escalas permitem avaliar o grau de confiança, a autoeficácia dos idosos face aos domínios anteriormente citados. A estrutura das cinco escalas é a mesma, cada uma comporta um conjunto de vinte questões a responder através de uma escala de Likert (de 0 a 10 pontos) e uma questão aberta, sendo que a escala de saúde contempla ainda uma questão que visa medir a perceção subjetiva de saúde. A escala de saúde contempla itens que permitem espelhar os cuidados com a alimentação, a higiene, o exercício físico, visitas a profissionais de saúde e a aprendizagem sobre a saúde. A escala de atividade visa avaliar o envolvimento em atividades relacionadas com a situação profissional, a participação em ações de voluntariado ou sociais, atividades culturais, tempo dispendido com lazer, desenvolvimento pessoal e social. A escala de educação permite aferir percursos formais e experiências não formais de educação/formação, a compreensão geral face à educação/educação e as motivações, dificuldades sentidas e estratégias adotadas para o envolvimento em atividades de educação/formação. A escala de cidadania permite medir a participação cívica a três níveis, ao nível individual, ao nível das relações interpessoais e ao nível das relações sociais e interculturais (Oliveira, et al., 2011). A escala de finanças visa aferir a gestão do orçamento familiar, gestão das despesas (fontes de rendimentos e gastos, das prioridades e gestão orçamental a médio e longo prazo) (Oliveira et al., 2011).

Os dados obtidos relativos à validade e fidelidade no contexto do projeto PALADIN (Oliveira et al., 2011) e em estudos posteriores (Oliveira, 2011), permitem inferir que estas escalas servem o propósito para o qual foram concebidas, apresentando bons índices psicométricos. Para o presente estudo foram usadas apenas as escalas de cidadania, saúde e atividade.

### **Escala de espiritualidade – adaptação da bateria CSBV (*College Student's Beliefs and Values*)**

A bateria CSBV (*College Students' Beliefs and Values*) foi concebida com o intuito de prover um questionário que permitisse compreender as qualidades espirituais e religiosas de estudantes do ensino superior nos Estados Unidos. Ao desenvolver os

temas de que se revestem as qualidades espirituais dos estudantes, os autores regeram-se por dois princípios básicos: o primeiro, que a espiritualidade é um constructo multidimensional e não existe uma medida única que permita defini-la adequadamente, e o segundo que se definiram dimensões para cada constructo separadamente: espiritualidade e religiosidade (Astin, Astin, & Lindholm, 2011).

O processo começou pela exploração das várias definições de espiritualidade, numa perspetiva multidisciplinar. Assim, segundo a mesma fonte, a equipa responsável pela elaboração do instrumento (CSBV) entendeu que ele deveria respeitar os seguintes requisitos: a) não seriam feitas quaisquer assunções sobre as perspetivas religiosas ou espirituais, dos estudantes, e todos deveriam ser capazes de responder aos itens de uma forma com sentido; b) as referências a Deus, ser supremo, ou similares, deveriam estar reduzidas ao mínimo, dando oportunidade aos estudantes de especificarem o conceito que lhes fizesse mais sentido; c) as terminologias religiosas deviam ser evitadas, como “bíblia”, “textos sagrados”; d) os itens deveriam acomodar os aspetos correspondentes a crenças religiosas convencionais e a práticas que definam a sua espiritualidade noutras formas.

Preliminarmente, o trabalho resultou na identificação de 12 domínios a serem considerados nas escalas enquanto integrantes da espiritualidade e da religiosidade, nomeadamente: a) perspetiva espiritual ou religiosa (orientação/visão do mundo); b) bem-estar espiritual; c) prática espiritual/ comportamento religioso; d) autoavaliação; e) comportamento de compaixão; f) sentido de conetividade com outros e com o mundo; g) procura espiritual; h) experiências místicas/espirituais; i) facilitadores/inibidores do desenvolvimento espiritual; j) crenças teológicas/metafísicas; l) atitudes face à religião/espiritualidade; m) afiliação/identidade religiosa (Astin, Astin, & Lindholm, 2011).

Este estudo preliminar levou à elaboração de um teste piloto de aproximadamente 175 itens relacionados com a espiritualidade e religião, e 50-60 itens que afeririam as atividades e ocupação de tempos livres dos estudantes desde a entrada na escola. Três anos depois foram realizados pós testes a estes mesmos estudantes com os mesmos itens do questionário (Astin, Astin, & Lindholm, 2011).

O resultado foi um questionário de 4 páginas intitulado *College Students' Beliefs and Values* (CSBV/2003) administrado a 3680 estudantes de universidades e de institutos. O

estudo foi posteriormente aplicado em 2004 e 2007 envolvendo também um *follow up* longitudinal (CSBV/2004 e CSBV/2007) (Astin, Astin, & Lindholm, 2011).

Uma vez concluída a recolha do CSBV, o próximo passo centrou-se na procura de *clusters* de itens de aferição que formassem padrões coerentes sobre a forma como os estudantes responderam (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). Para tal, foi feita uma análise fatorial, um procedimento que examinasse as correlações entre uma determinada série de variáveis, com o intuito de as reduzir a uma série menor de fatores mais gerais. Assim as escalas apresentam um maior grau de confiança, por um lado, e por outro, a sua interpretação fica mais facilitada. A escala ficou então reduzida a dez grupos de itens, comportando cinco dimensões para a espiritualidade e cinco para a religiosidade. (Astin, Astin, & Lindholm, 2011). As cinco referentes à espiritualidade incluem a “busca espiritual”, “equanimidade”, “bondade ética”, “envolvimento em ações de caridade” e “visão do mundo”. As dimensões referentes à religiosidade contemplam “conflitos religiosos”, “envolvimento religioso”, “conservadorismo social/religioso”, “ceticismo religioso” e “compromisso religioso” (Astin, Astin, & Lindholm, 2011).

A literatura sobre o envelhecimento bem-sucedido e a perceção de bem-estar tem demonstrado que as componentes, espiritual e religiosa parecem ter um peso preponderante na vida das pessoas e na forma como encaram o processo de envelhecer. Neste sentido, surge a necessidade de aferir as qualidades religiosas e espirituais dos idosos, pelo que se partiu da CSBV para a elaboração de uma escala adaptada à população idosa. Para isso, criou-se uma versão piloto que foi aplicada a cerca de vinte utentes de um Centro de Dia. Após esta aplicação o instrumento sofreu alterações com base nas observações registadas aquando a administração piloto (encontram-se nos anexos 4 e 5 as grelhas de registo individual e grelha síntese). Assim, a escala espiritualidade (ver anexo 3) divide-se em duas partes distintas, uma dedicada à recolha sociodemográfica e uma segunda parte dedicada às questões subordinadas à espiritualidade e religiosidade. Esta última parte é composta por onze questões (entre o item 4 e o 15) que vão ao encontro das dimensões propostas pelos autores da CSBV (nomeadamente, compromisso religioso; envolvimento espiritual/religioso; visão do mundo; busca espiritual, conservadorismo social e religioso e conflitos espirituais).

Segue uma tabela síntese com os grupos de itens da escala Espiritualidade e a respetiva correspondência com as dimensões propostas pelos autores da CSBV.

**Tabela 1: Grelha síntese das dimensões da CSBV e sua correspondência com os itens da escala Espiritualidade**

<b>Dimensões</b>	<b>Grupo de itens</b>	<b>Índice de alfa de cronbach</b>	<b>Observações</b>
<i>Compromisso religioso</i>	Nº 6 Nº 11 Nº 8	$\alpha=0,77$ $\alpha=0,91.$ $\alpha=0,70$	
<i>Envolvimento religioso.</i>	Nº 7	$\alpha= 0,71$	
<i>Visão do mundo</i>	Nº 9 Nº 13 Nº 8	$\alpha=0,63$ $\alpha=0,72$ $\alpha=0,70$	Foram considerados apenas 7 itens, por uma questão de consistência.
<i>Conservadorismo social e religioso</i>	Nº 10	Não se aplica	
<i>Busca espiritual.</i>	Nº 12 Nº 13	Não se aplica $\alpha=0,72$	
<i>Envolvimento espiritual</i>	Nº 14	$\alpha=0,62$	Foram considerados apenas 3 itens por uma questão de consistência
<i>Conflitos religiosos</i>	Nº 15	Não se aplica	

Nas análises preliminares do instrumento foi possível verificar a falta de adequação de alguns itens, sendo que foram apenas considerados para o presente estudo os que apresentaram aceitáveis índices de alfa de cronbach. A escolha dos itens prendeu-se com a sua adaptabilidade à população idosa.

## **2. Apresentação dos resultados**

Segue-se assim a apresentação dos resultados, fruto do tratamento das variáveis em estudo. Os dados foram tratados estatisticamente com recurso ao programa SPSS (IBM SPSS Statistics 21), tendo-se efetuado primeiramente as análises preliminares com o intuito de se verificarem casos eventualmente omissos, erros de digitação ou valores extremos. Foram detetados alguns casos omissos que, dada a baixa ocorrência e a sua aparente distribuição aleatória, levaram à atribuição do valor médio, e identificados alguns erros de digitação que foram devidamente retificados. Após esta análise preliminar, procedeu-se à análise de estatísticas descritivas para cada variável (percentagens, médias e desvios-padrão), ao cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (para cada uma das dimensões do CSBV) e aos testes inferenciais em função das hipóteses formuladas. No que concerne aos testes usados no presente trabalho, recorreu-se à correlação de Pearson e ao Teste t.

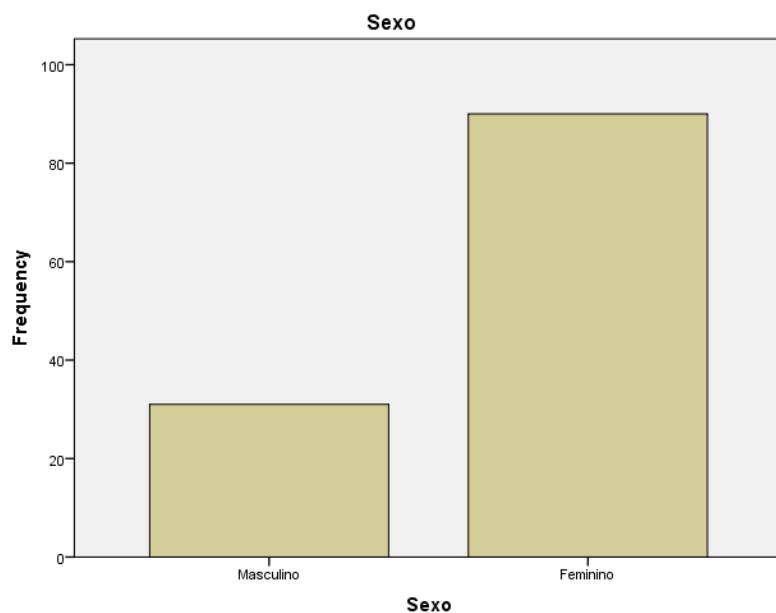
### **2.1. Caracterização da amostra**

Tal como já referido anteriormente, a amostra deste estudo é constituída por 121 utentes de 9 Centros de Dia da região do Vale de Sousa (região norte de Portugal). Importa referir que se trata de uma região rural, caracterizada por taxas elevadas de iliteracia, sendo que os participantes têm na sua maioria muito baixas qualificações e a taxa de analfabetismo é também elevada. Esta informação será apresentada de forma mais pormenorizada a seguir.

### **2.2. Caracterização sociodemográfica**

A amostra do presente estudo comporta 121 utentes de Centros de Dia da região do Vale do Sousa, 90 dos quais são do *sexo* feminino (74,4%) e 31 do sexo masculino (25,6%).

**Gráfico 1 – Representação da amostra em relação ao sexo**



Relativamente à *faixa etária*, os inquiridos têm idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos de idade, com maior prevalência da faixa etária entre os 75 e os 84 anos de idade (49,6%), designados por idosos médios. A percentagem de jovens idosos, designação atribuída para a faixa etária compreendida entre os 65 e os 74 anos de idade, é de 37,2%. Por outro lado, 13,2% da amostra é composta por pessoas muito idosas, com idades superiores a 85 anos (tabela 1). A média de idades da amostra é de 76,86 e o desvio-padrão de 0,220.

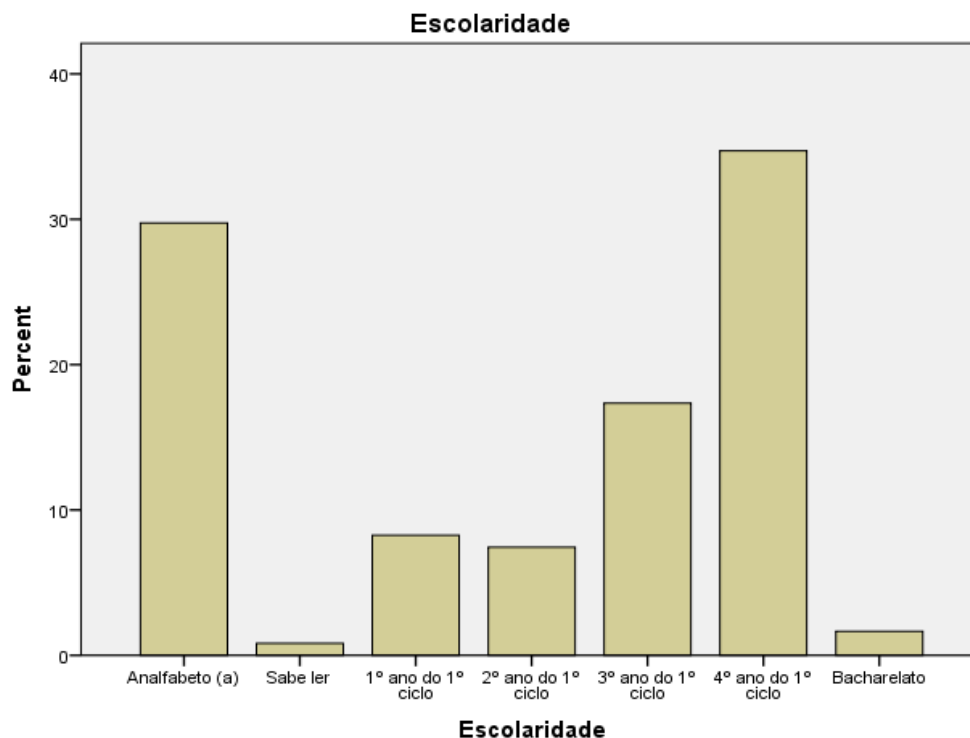
**Tabela 2 – Distribuição da amostra em função de subgrupos etários**

	Percentagem (%)	Frequência
Jovens idosos (65-74 anos de idade)	37,2	45
Idosos médios (75-84 anos de idade)	<b>49,6</b>	<b>60</b>
Muito idosas (85 ou mais anos)	13,2	16

Quanto à *escolaridade* da amostra em causa, encontramos resultados que variam entre a iliteracia e o bacharelato. Pode-se verificar pelo gráfico 2 que 34,7% possui o 4º ano do ensino básico, 29,8% são analfabetos, 17,4% possui o 3º ano do ensino básico e apenas 8,3% frequentou e concluiu o 1º ano do básico. A percentagem de pessoas detentoras de

outros níveis escolares é pouco significativa (apenas 1,7% possui o grau de bacharelato e 0,8% sabem ler, mas não frequentaram a escola).

**Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função da escolaridade**



No que concerne à *zona de residência* (tabela 3), ela é maioritariamente rural, com 90,1% dos casos.

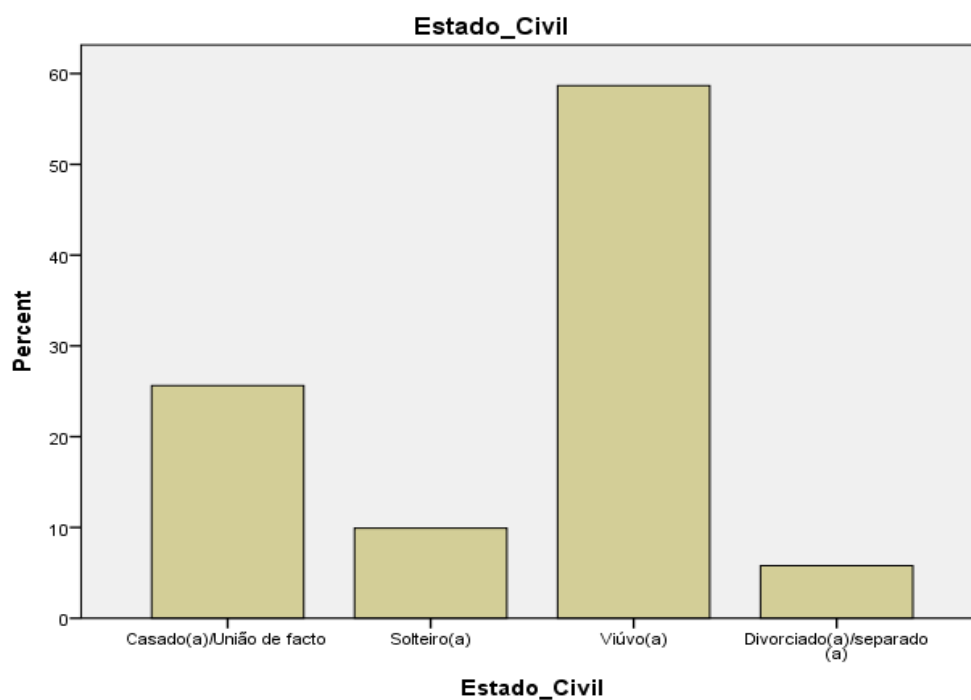
**Tabela 3 – Zona de residência**

Zona de residência	Percentagem (%)	Frequência
Urbana	8,3	10
Suburbana	1,7	2
Rural	90,1	109

No que diz respeito ao *estado civil*, a maioria dos sujeitos da amostra são viúvos, representando 58,7% dos casos, 25,6% são casados ou em união de facto, 9,9% são solteiros e 5,8% são divorciados (gráfico 3).

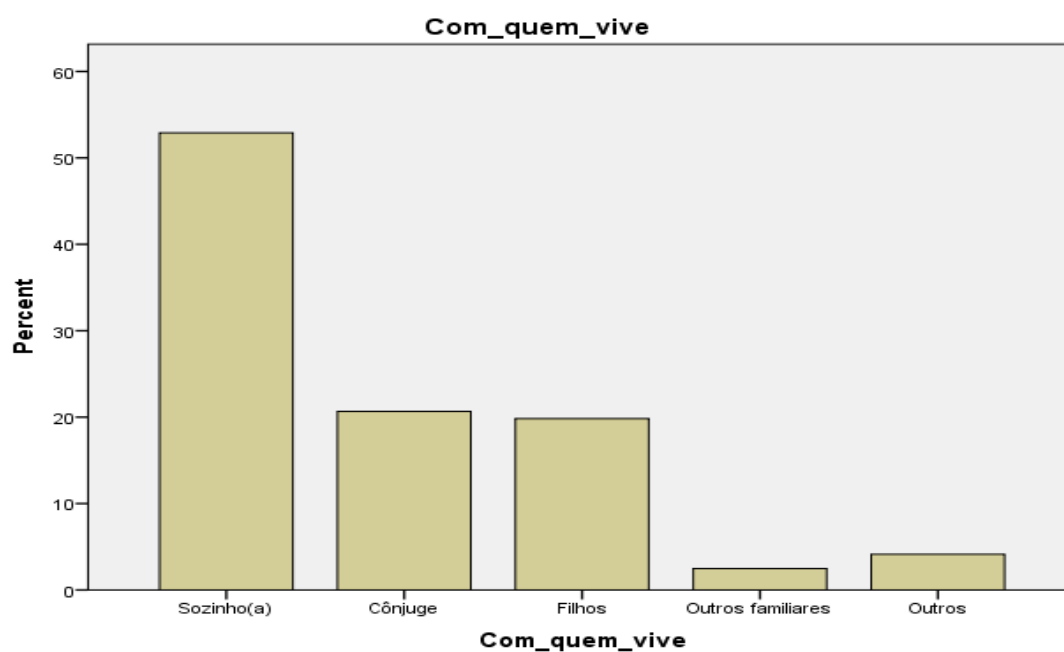


**Gráfico 3 – Estado civil**



Quanto ao *agregado familiar*, na sua maioria estes utentes de Centros de Dia vivem sozinhos (52,9% da amostra), 20,7% vive com o cônjuge e 19,8% vive com os filhos, os restantes vivem com outras pessoas (familiares ou não) (gráfico 4).

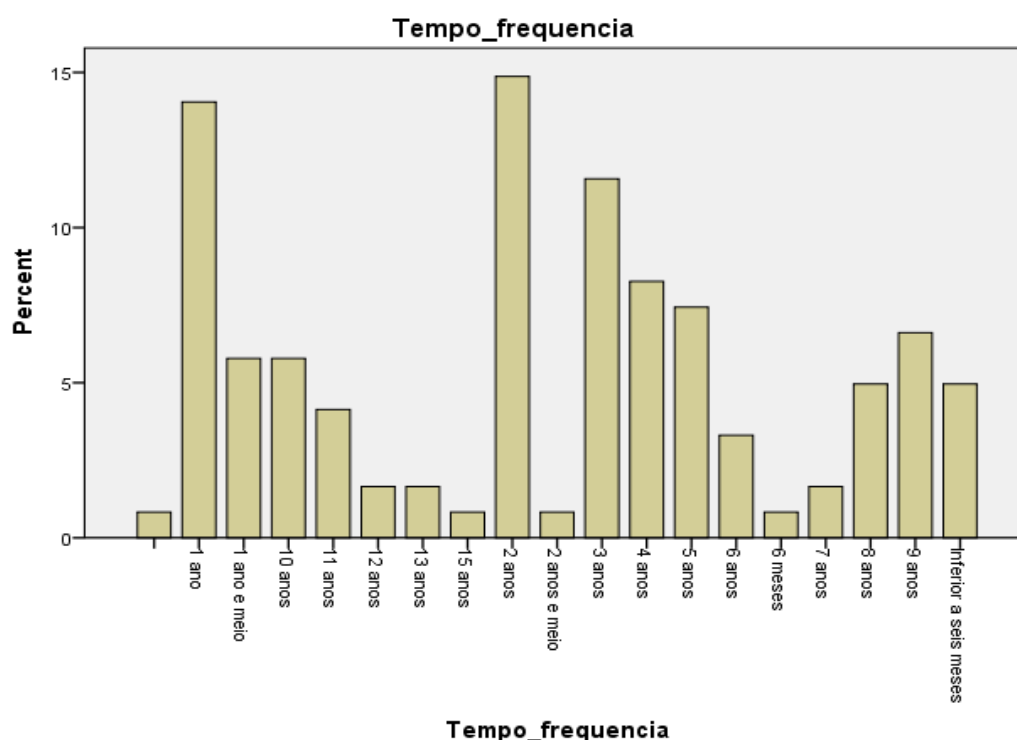
**Gráfico 4 – Agregado familiar**



Relativamente ao facto de terem ou não *familiares que frequentam o mesmo Centro de Dia*, 83,5% dos inquiridos respondeu negativamente. Dos 16,5% que têm familiares no mesmo Centro, 11,6% são cônjuges, 3,3% são irmãos/irmãs e 0,8% são primos.

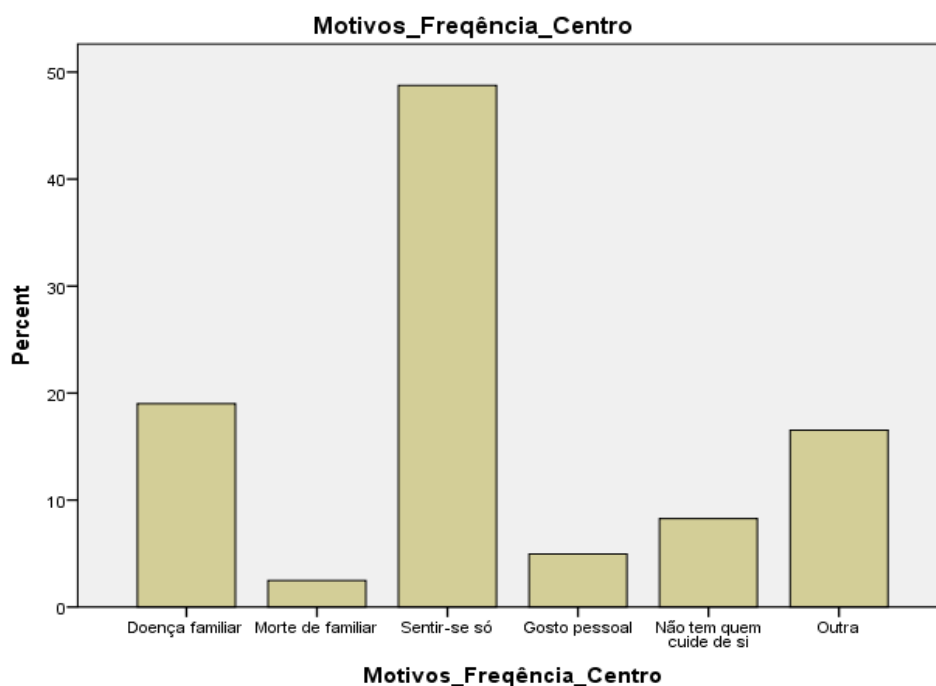
Quanto ao *tempo de frequência do Centro de Dia*, ele varia entre inferior a seis meses e nove anos, sendo os de maior prevalência 1, 2 e 3 anos, como se vê no gráfico 5.

**Gráfico 5 – Tempo de frequência do Centro de Dia**



No que concerne aos *motivos* de frequência do Centro de Dia, a maioria das pessoas em estudo refere a solidão como principal motivo, com 48,8% de representação, doença de familiar e outra situação, são os subsequentes motivos apontados, com 19% e 16,5%, respetivamente. Quanto a à opção “Outra” situação, não foi encontrado nenhum padrão de resposta ou alguma situação tipo que justificasse esta resposta. Apenas 5% refere ter procurado o Centro de Dia por gosto pessoal e 8,3% por não ter quem cuidasse de si (gráfico 6).

**Gráfico 6 – Motivos da frequência do Centro de Dia**



Em relação às *profissões anteriores à reforma*, elas são diversificadas, no entanto, há uma prevalência de algumas atividades nomeadamente a atividade agrícola, com uma frequência de 30 casos de resposta, correspondendo a uma percentagem de 24,8%, a atividade “empregada doméstica” com 12,4%, correspondendo a 15 mulheres, 11 pessoas para a atividade “Doméstica” (9,1%) e 10 para a atividade “operária fabril” (8,3%). Este padrão profissional pode dever-se ao facto de se tratar de uma população pouco escolarizada, proveniente de um meio rural, com escassez de transportes públicos (ainda nos dias de hoje), cujas oportunidades de emprego se cingiam às atividades agrícola e doméstica.

### **2.3. Caracterização relativa à religiosidade/espiritualidade**

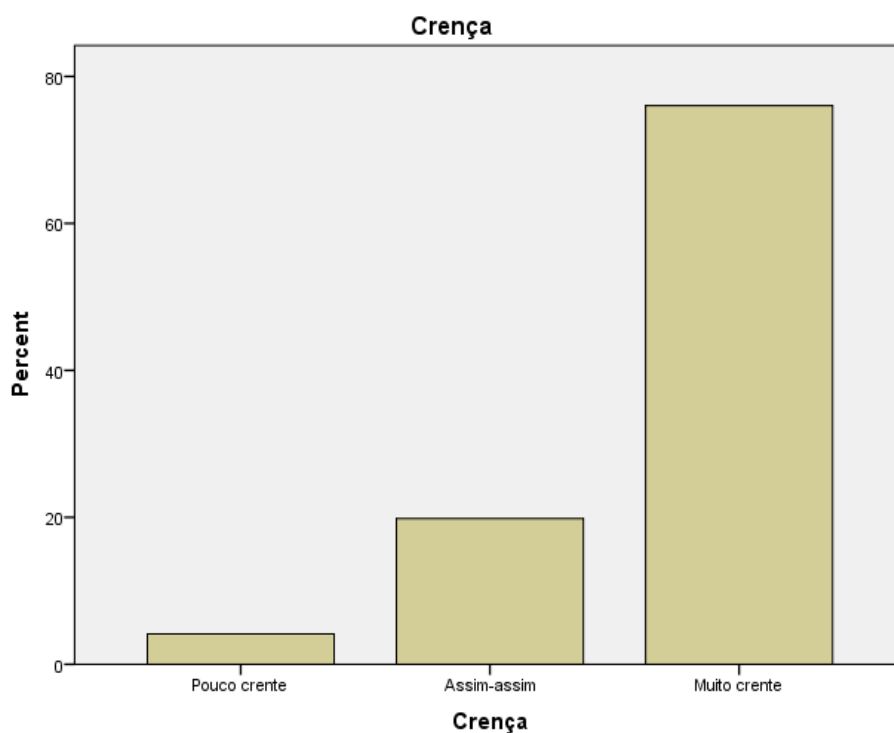
Segue-se a caracterização das variáveis em estudo na Escala Espiritualidade/Religiosidade, comportando as dimensões propostas pelos autores da bateria CSBV, nomeadamente: Compromisso religioso, envolvimento religioso/espiritual, busca espiritual, visão do mundo, conflitos religiosos, e conservadorismo social e religioso.

### 2.3.1. Religiosidade/espiritualidade

Sendo um dos propósitos do presente estudo perceber de que forma a espiritualidade e a religiosidade destas pessoas idosas se relaciona com a perceção de bem-estar subjetivo, é pertinente fazer uma breve caracterização da amostra relativamente a aspetos que dizem respeito às dimensões espiritual e religiosa. No que concerne à *religiosidade*, todos os inquiridos responderam serem religiosos, 120 professando a religião católica (99,2%) e apenas uma das inquiridas referiu ser praticante da religião evangélica (0,8%).

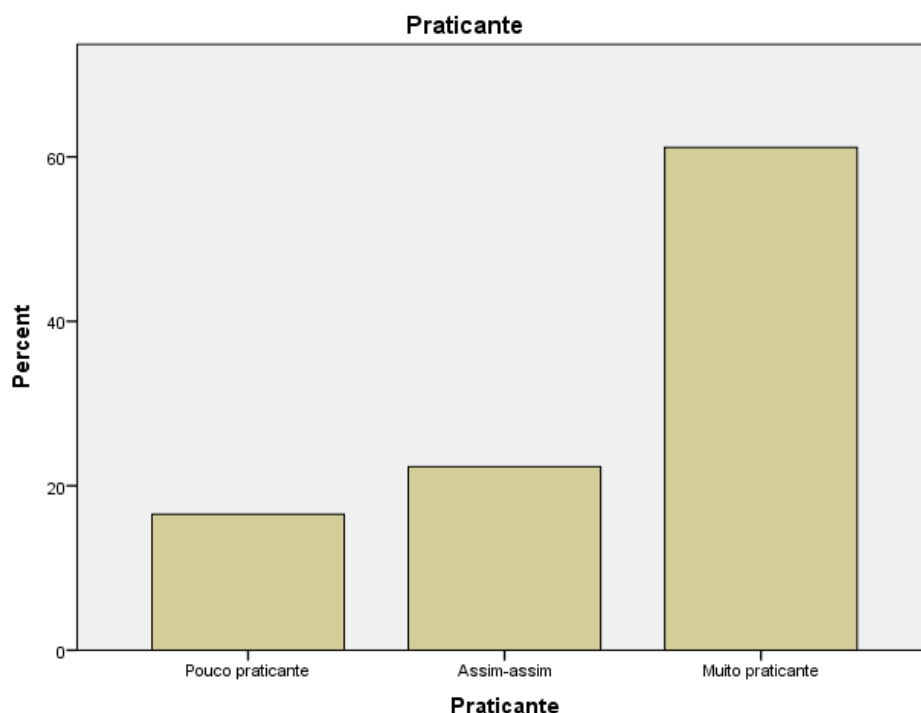
Quanto à *intensidade da crença*, 92 (76%) dos inquiridos afirmam-se muito crentes, 24 (19,8%) assim-assim e 5 (4,1%) consideram-se pouco crentes (gráfico 7).

**Gráfico 7 – Crença religiosa**



No que respeita à *prática religiosa*, 74 dos sujeitos da amostra (61,2%) diz-se muito praticante, 27 (22,3%) afirma assim-assim e 20 (16,5%) considera-se pouco praticante (gráfico 8). Assim, 115 (95%) dos inquiridos referem que costumam rezar.

**Gráfico 8 – Prática religiosa**



Em relação aos *motivos pelos quais rezam* (MR), dimensão **compromisso religioso do** (CSBV), os mais apontados (tabela 4) são: 1) para louvar a Deus (71,2%); 2) para aliviar o sofrimento dos outros (70,2%); 3) para ajudar a resolver problemas (60,3%) e 4) para ter coragem (51,2%). Relativamente a outros eventuais motivos, o mais referido, com 11,6%, foi pelas almas. Na análise desta variável, destaca-se também, por não ser um fator de caracterização da amostra, que 66,9% não recorrem à atividade de rezar para obterem sabedoria, nem parece ser frequente rezarem para obter perdão (46,5%).

**Tabela 4: Caracterização da amostra em relação aos motivos por que rezam<sup>5</sup>**

	Frequentemente	Ocasionalmente	Nunca
	%	%	%
Para ajudar a resolver problemas	<b>60,3</b>	5,8	28,9
Para manifestar a minha gratidão	21,2	14,9	28,9
Para ter coragem	<b>51,2</b>	10,7	33,1
Para pedir perdão	37,2	11,6	46,5
Para aliviar o sofrimento dos outros	<b>70,2</b>	11,6	13,2
Para obter sabedoria	10,7	17,4	<b>66,9</b>
Pelo amor dos outros	37,2	16,5	41,3
Para louvar a Deus	<b>71,1</b>	8,3	15,7%

No que concerne às *atividades de âmbito religioso* (AD, dimensão: **envolvimento religioso do CSBV**), é possível verificar pela tabela 5 abaixo indicada, que a atividade diária mais frequente é a oração, com 77,7% de respostas e com uma frequência diária, contrapondo-se com as atividades “leitura de textos sagrados” e “leituras sobre religião” que apresentam a mais baixa frequência de ocorrência, a maioria respondeu “nunca” realizar estas atividades com 56,2% (leitura de textos sagrados) e 57% (leituras sobre religião) de respostas (tabela 5). Este facto pode dever-se à elevada iliteracia demonstrada pela população da amostra, tal como patente em gráficos anteriores, a maioria da população é analfabeta. As atividades: “reflexões pessoais”; “ginástica”; “meditação” e “cânticos religiosos”, foram apontadas como atividades que os utentes dos Centros de Dia realizam várias vezes por semana (reflexões pessoais: 38,8%; ginástica: 37,2%; meditação: 31,4% e cântico religiosos: 20,7%).

<sup>5</sup> NOTA: 5% responderam que não rezam

**Tabela 5: Caracterização da amostra em relação às atividades de âmbito religioso**

	Diariamente	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Mensalmente	Raramente	Nunca
Oração	<b>77,7%</b>	9,1%	7,4%	0,8%	3,3%	1,7%
Reflexões pessoais	15,7%	<b>38,8%</b>	0,8%	11,6%	15,7%	17,4%
Ginástica, Yoga, Tai Chi, Pilates, etc.	8,3%	<b>37,2%</b>	25,6%	0,8%	11,6%	16,5%
Meditação	10,7%	<b>31,4%</b>	3,3%	9,1%	19,8%	25,6%
Cânticos religiosos	10,7%	<b>20,7%</b>	9,1%	2,5%	21,5%	35,5%
Leitura de textos sagrados	6,6%	5,0%	3,3%	11,6%	17,4%	<b>56,2%</b>
Leituras sobre religião ou espiritualidade	6,6%	5,0%	3,3%	9,9%	18,2%	<b>57,0%</b>

Quanto a *outras* atividades referidas, as mais citadas foram: jardinagem, leitura de jornal e artesanato com 3,7% de respostas.

Relativamente à *percepção da alteração de capacidades decorrentes da idade*, questão que integra as dimensões **visão do mundo** e **compromisso religioso do CSBV**, tal como se constata na tabela 6, a capacidade para compreender os problemas sociais do país e do mundo para a maioria dos idosos melhorou, com 44,6% de respostas, contra 33,1% que referem ter piorado e 22,3% que afirmam não ter sofrido qualquer alteração.

Quanto à *percepção da capacidade de aceitar pessoas de diferentes crenças religiosas*, 59,5% dos inquiridos refere não ter sofrido qualquer alteração, 43% das pessoas refere ter piorado, em contraponto com 39,7% sem alterações, e apenas 17,4% afirma ter melhorado. Quanto à relação com a espiritualidade, 43,8% das pessoas idosas refere não ter sofrido qualquer alteração, 40,5% refere ter piorado e 15,7 sente que melhorou. A capacidade para pensar mais por si mesmo, segundo os inquiridos, não teve qualquer alteração ao longo dos anos, com 49,6% de representação, enquanto que 40,5% refere ter piorado e 17,4% melhorado. Quanto à capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a, a maioria refere não ter sentido alterações, com 46,3% de respostas, opondo-se a 43% que sente ter piorado e 10,7% que refere ter melhorado (tabela 6).

**Tabela 6: Visão do mundo/ compromisso religioso (MCLA)**

	Melhor %	Sem alterações %	Pior %
Compreender os problemas sociais do país e do mundo	<b>44,6</b>	22,3	<b>33,1</b>
Aceitar pessoas de diferentes crenças religiosas/espirituais	14	<b>59,5</b>	26,4
A minha relação com a religião	17,4	<b>39,7</b>	<b>43</b>
A minha relação com a espiritualidade	15,7	<b>43,8</b>	<b>40,5</b>
Capacidade para pensar mais por mim próprio/a	11,6	<b>49,6</b>	<b>38,8</b>
Capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a.	10,7	<b>46,3</b>	<b>43</b>

Numa análise mais fina, considerando os três subgrupos etários constituídos e a sua relação com a perceção de mudança quanto à alteração de capacidades decorrentes da idade, é possível constatar pelas tabelas que se seguem que nos jovens idosos domina uma pior *compreensão dos problemas sociais e do mundo*, enquanto nos dois subgrupos etários mais velhos se regista a referência a uma melhor compreensão dos problemas sociais e do mundo (tabela 7.1).

### **Tabelas 7 [7.1; 7.6]: Relação entre idade e a variável (Mudança de capacidades ao longo dos anos - MCLA)**

**Tabela 7.1 Relação entre idade e *compreensão dos problemas sociais e do mundo***

Idade classificada	Compreender os problemas sociais do país e do mundo			
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	Total %
Jovens idosos (65-74 anos de idade) (n=45)	35,56	20	<b>44,44</b>	<b>37,19</b>
Idosos médios (75-84 anos de idade) (n=60)	46,67	25	<b>23,33</b>	<b>49,59</b>
Muito idosos(mais de 85 anos de idade) (n=16)	<b>62,50</b>	18,75	<b>18,75</b>	<b>13,22</b>



Quanto à *aceitação de pessoas de diferentes crenças religiosas* nos três subgrupos etários a resposta de maior frequência é, sem alterações (tabela 7.2).

**Tabela 7.2 Relação entre a idade e a *aceitação de pessoas de diferentes crenças religiosas***

Idade classificada	Aceitar pessoas de diferentes crenças religiosas/espirituais			
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	Total %
Jovens idosos (65-74 anos de idade) (n=45)	11,11	51,11	37,78	37,19
Idosos médios (75-84 anos de idade) (n=60)	18,33	61,67	20	49,59
Muito idosos (mais de 85 anos de idade) (n=16)	6,25	75	9,25	13,22

Relativamente à *relação com a religião*, pode-se constatar pela tabela 7.3 que os jovens idosos consideram, maioritariamente, não haver alterações na sua relação com a religião ao longo dos anos (40%), seguindo-se de 37,78% que referem sentir ter piorado e 22,22% referem que a sua relação com a religião melhorou ao longo dos anos. Para o grupo dos idosos médios 22,31% indicam que a sua relação com a religião piorou ao longo dos anos, 21,49% refere não ter havido alterações e 5,79% indica ter piorado. Para o grupo dos muito idosos a maioria indica que a sua relação com a religião piorou (50%), refere não ter havido alterações 25% e uma igual percentagem indicam que esta relação melhorou ao longo dos anos.

**Tabela 7.3 Relação entre a idade e a *relação com a religião***

Idade Classificada	A minha relação com a religião			
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	Total %
Jovens idosos (65-74 anos de idade)	22,22	40	37,78	37,19
Idosos médios (75-84 anos de idade)	5,79	21,49	22,31	49,59
Muito idosos (mais de 85 anos de idade)	25	25	50	13,22

Quanto à *relação com a espiritualidade*, os jovens idosos e idosos médios referem na sua maioria não haver alterações desta ao longo dos anos, com 44,44% e 50% respetivamente, enquanto os muito idosos referem maioritariamente que esta relação piorou ao longo dos anos com 56,25% dos casos, contra 25% que referem ter melhorado e 18,75% que referem ter-se mantido (tabela 7.4).

**Tabela 7.4 Relação ente a idade e *relação com a espiritualidade***

Idade Classificada	A minha relação com a espiritualidade			Total %
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	
1 – jovens idosos (65-74 anos de idade)	22,22	44,44	33,33	37,19
2- idosos médios (75-84 anos de idade)	8,33	50	41,67	49,59
3- muito idosos (mais de 85 anos de idade)	25	18,75	56,25	13,22

Relativamente à *capacidade para pensar mais por si mesmo*, os jovens idosos e idosos médios referem maioritariamente não haver alterações desta capacidade ao longo dos anos, com 60% e 50%, respetivamente, 28,89% dos jovens idosos referem que esta capacidade piorou assim como 43,33% dos idosos médios; enquanto os muito idosos referem na sua maioria que esta capacidade tem vindo a piorar ao longo dos anos, com 50% dos casos, contra 31,25% que referem ter melhorado e 18,75% sem alterações.

**.Tabela 7.5 Relação entre a idade e a *capacidade para pensar mais por si mesmo***

Idade Classificada	Capacidade para pensar mais por mim próprio/a			Total %
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	
Jovens idosos (65-74 anos de idade)	11,11	60	28,89	37,19
Idosos médios (75-84 anos de idade)	6,67	50	43,33	49,59
Muito idosos (mais de 85 anos de idade)	31,25	18,75	50	13,22

No que respeita à *capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a*, os jovens idosos e idosos médios referem não haver alterações desta capacidade ao longo dos anos, com 44,44% e 51,67% respetivamente, sendo que 15,56% dos jovens idosos refere sentir melhorias e 40% refere estar pior, assim como 43,33% dos idosos médios, enquanto apenas 5% dos idosos médios refere sentir melhorias; quanto aos muito idosos, referem na sua maioria, que esta capacidade tem vindo a piorar ao longo dos anos, com 50%, contrapondo-se 31,25% que refere não haver alterações e apenas 18,75% afirma sentir melhorias.

**Tabela 7.6 Relação entre a idade e a *capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a***

Idade Classificada	Capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a.			
	Melhor %	Sem alterações %	Pior %	Total %
1 – jovens idosos (65-74 anos de idade)	15,56	44,44	40	37,19
2- idosos médios (75-84 anos de idade)	5	51,67	43,33	49,59
3- muito idosos (mais de 85 anos de idade)	18,75	31,25	50	13,22

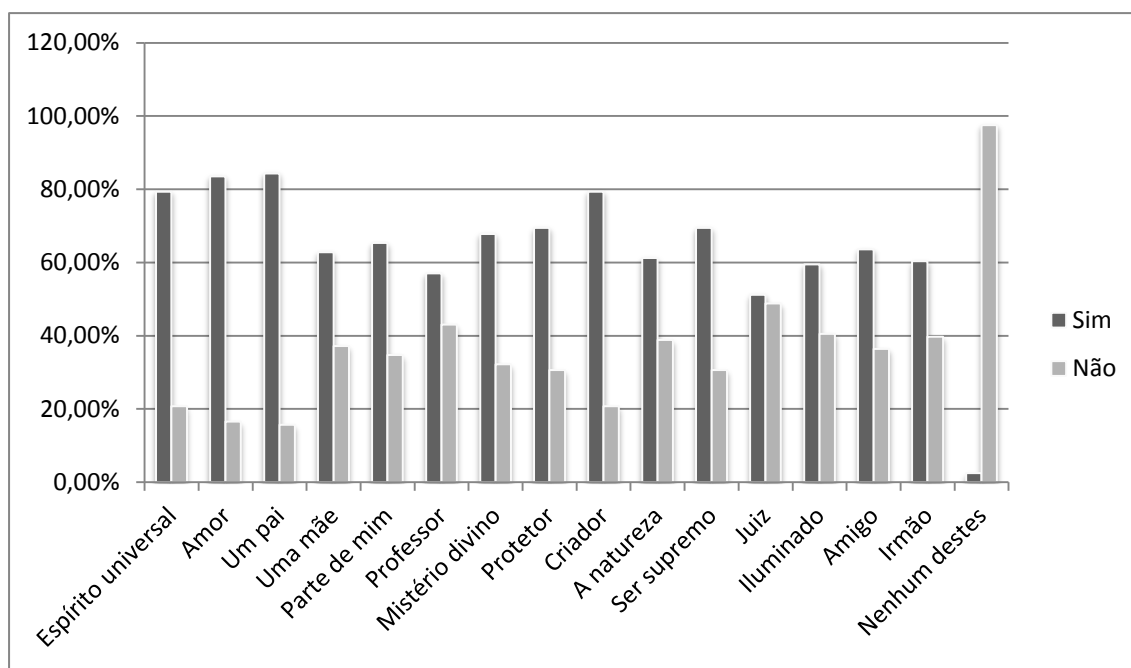
No que concerne ao grau de concordância (variando entre concordo fortemente e discordo fortemente) com afirmações relativas à dimensão **visão do mundo** (CAE), é possível verificar pela tabela 8 e os gráficos XX, que se seguem, que a concordância com as afirmações prevalece em detrimento da incerteza ou da discordância.

**Tabela 8 – Visão do mundo (variável CAE)**

	Concordo Fortemente %	Concordo %	Não Sei %	Discordo %	Discordo fortemente %
1-O amor está na origem de todas as grandes religiões	<b>49,6</b>	42,1	5	3,3	0
2-Toda a vida está interligada	24	<b>52,1</b>	19	5	0
3-Somos todos seres que procuram um sentido para a vida	<b>47,9</b>	40,5	5,8	3,3	2,5
4-A maioria das pessoas pode desenvolver-se espiritualmente sem ser religiosa	14	<b>37,2</b>	26,4	19,8	2,5
5-As pessoas que não pertencem a nenhuma religião podem orientar a sua vida de forma tão séria e honesta (moral) como os crentes religiosos	24,8	<b>37,2</b>	9,9	14	14
6-A dor e o sofrimento servem para nos tornarmos pessoas melhores	18,2	<b>45,5</b>	19	14	3,3

Relativamente à dimensão **conservadorismo social/religioso**, designadamente no que concerne à representação de Deus (ED), a grande maioria dos inquiridos considera que Deus representa um pai, o amor, o espírito universal, o criador, com cerca de 80% de repostas; as restantes respostas dividem-se por diversificadas conceções, sendo que a que reúne menor consenso é a imagem de juiz, pois a diferença entre os que o consideram assim e os que não o consideram é praticamente nula (gráfico 9).

**Gráfico 9: Representação de Deus**



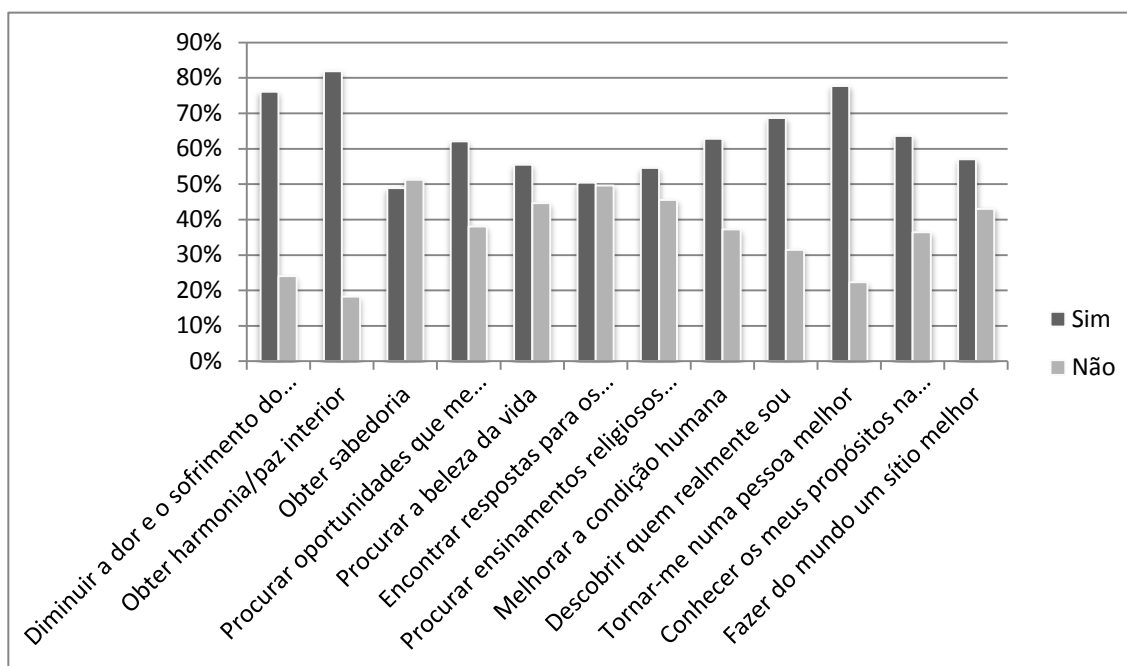
As Crenças Religiosas (CER), especificadas na tabela 10, inserem-se na dimensão **compromisso religioso**, e para 95% dos inquiridos elas *ajudaram-nos a ser quem são*, ajudam a *dar sentido/propósito às suas vidas (94,2%)*; são uma *fonte de apoio, orientação e força (93,4%)*, estão na base da sua filosofia de vida/forma de encarar a vida (93,4%), *ajudam a definir objetivos pessoais (91,7%)* é *uma das coisas mais importantes das suas vidas (85,9%)* e resultam de *procura e reflexão pessoal (78,5%)* (tabela 10).

**Tabela 10 - Crenças religiosas (CER)**

	Concordo Muito %	Concordo %	Discordo %	Discordo muito %
1-Ajudaram-me a ser o que sou	<b>53,7</b>	41,3	2,5	2,5
2- São uma das coisas mais importantes da minha vida	<b>60,3</b>	25,6	12,4	1,7
3- Dão sentido/propósito à minha vida	<b>50,4</b>	43,8	4,1	1,7
4- Ajudam-me a definir os objetivos que ponho a mim mesmo/a	38,8	<b>52,9</b>	6,6	1,7
5- Dão-me força, apoio e orientação	<b>55,4</b>	38	2,5	4,1
6-Estão por trás da minha filosofia de vida/forma de encarar a vida	43,8	<b>49,6</b>	1,7	5
7-Resultam de muita procura e reflexão pessoais	14,9	<b>63,6</b>	14	7,4

Relativamente ao *objetivo pela busca espiritual* (OBE, dimensão **busca espiritual**) tal como se constata pela tabela 11 e gráfico 10, abaixo indicados, para a maioria das pessoas ele representa uma forma de obter *harmonia e paz interior* (**81,8%**), seguindo-se o desejo de se *tornarem numa pessoa melhor* (**77,7%**), de *diminuir a dor e o sofrimento do mundo* (**76%**), de *descobrir quem realmente são* (**68,6%**), de *conhecer os propósitos de vida* (**63,6%**), de *melhorar a condição humana* (**62,8%**), de *procurar oportunidades que ajudem a crescer espiritualmente* (**62%**), de *fazer do mundo um sítio melhor* (**57%**), de *procurar a beleza da vida* (**55,4%**). De realçar que 51,2% respondeu negativamente quanto à obtenção de sabedoria, sendo o valor mais elevado encontrado na categoria “não”.

**Gráfico 10: Busca espiritual (OBE – objetivo pela busca espiritual)**



As dimensões **busca espiritual** e **visão do mundo** estão também espelhadas no grupo de questões designado por APE<sup>6</sup> (até que ponto é que se encontra a). Pode-se assim verificar pelas tabelas 11 e 12 e gráficos subsequentes que a maioria das pessoas refere estar um pouco à procura de sentido na vida (**43%**) e apenas **18,2%** respondeu estar **muito** à procura de sentido na vida, quanto a tentar mudar as injustiça que encontra no dia-a-dia **55,4%** respondeu estar um pouco e **16,5%** respondeu estar muito e a falar sobre o sentido da vida com amigos ou conhecidos (**43,8%** referiu um pouco e **17,4%** muito). Realça-se no entanto que a maioria dos inquiridos refere não aceitar os outros tal como são, apresentando um resultado bastante elevado (**74,4%**).

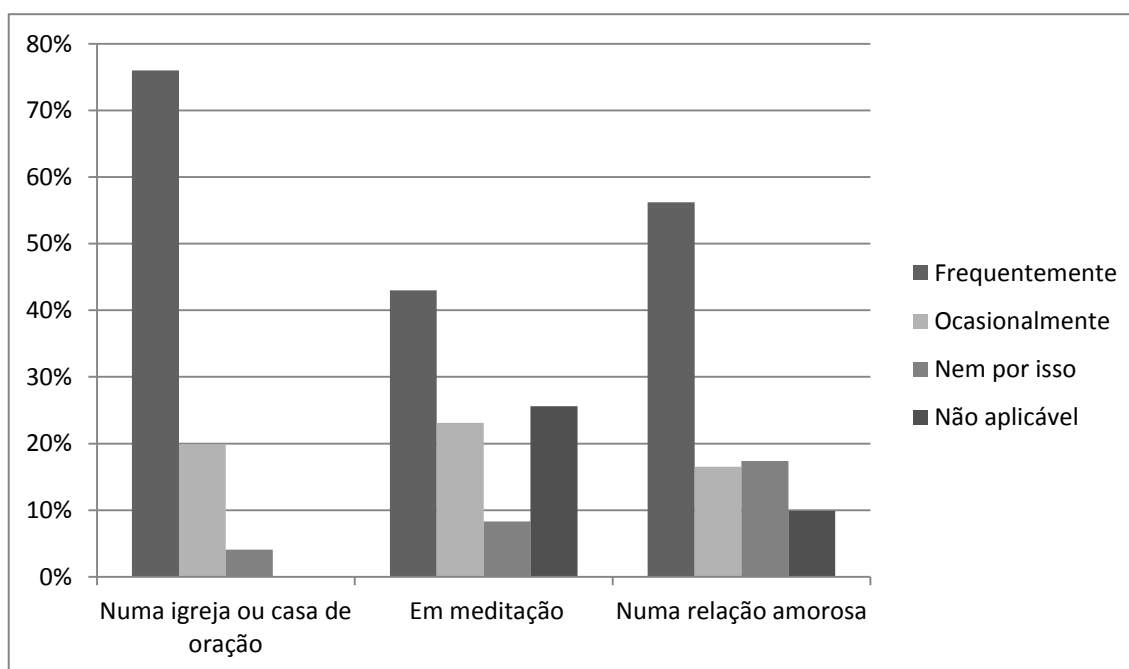
<sup>6</sup> Nesta questão era pedido às pessoas que indicassem até que ponte se encontravam: à procura de sentido da vida; a tentar mudar injustiças quotidianas; a aceitar os outros tal como são; e a falar sobre o sentido da vida com amigos ou familiares.

**Tabela 11: Busca espiritual e visão do mundo (APE)**

(Indique até que ponto acha que se encontra...)	Muito	Um Pouco	De maneira nenhuma
1- À procura de sentido/propósito para a vida	18,2%	<b>43%</b>	38,8%
2- A tentar mudar as injustiças que encontra no dia-a-dia	16,5%	<b>55,4%</b>	28,1%
3- A aceitar os outros tal como são	2,5%	23,1%	<b>74,4%</b>
4- A falar sobre o sentido da vida com amigos/conhecidos	17,4%	<b>43,8%</b>	38,8%

A dimensão **envolvimento religioso/espiritual**, espelhada na questão *Em que situações é que sentiu um profundo bem-estar* (SPBE) permite perceber que maioria das pessoas refere ter sentido um experiência transcendental quando se encontravam numa casa de culto (**76%**), em meditação (**43%**) e numa relação amorosa (**56,2%**), tal como patente no gráfico 11, que se segue.

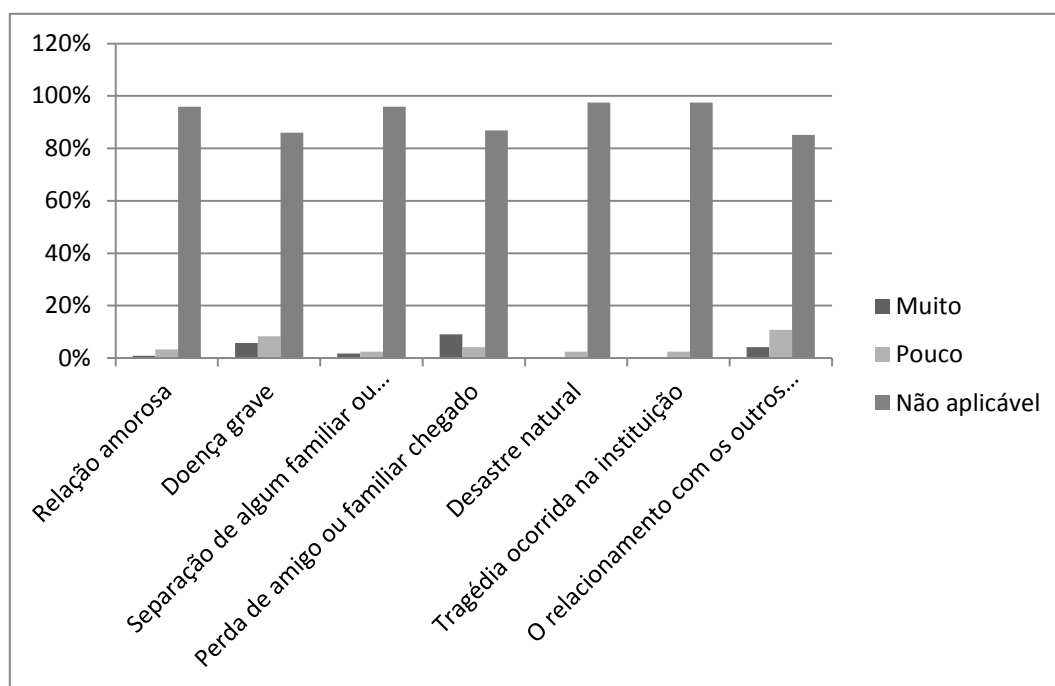
**Gráfico 11: Situação em que sentiu um profundo bem-estar (SPBE)**





A dimensão **conflitos religiosos**, emergente da questão: *Situações de vida que mudaram as crenças religiosas/espirituais* (SMCRE), é notório que das situações possíveis a que mais influenciou nas crenças religiosas ou espirituais é a situação de perda de familiares ou amigos, no entanto mesmo esta apresenta uma percentagem muito pouco significativa (11%), pois a resposta de maior frequência foi *não aplicável* para a maioria das situações apresentadas. Tendo em conta as respostas anteriores, é possível verificar que as crenças religiosas não parecem ter mudado ao longo dos anos.

**Gráfico 12 – Conflitos religiosos**



## 2.4. Análises descritivas prévias ao teste de hipóteses

A tabela 12, que se segue, apresenta as variáveis quantitativas utilizadas no presente estudo, incluindo os seguintes valores: mínimo, máximo, média e desvio padrão (DP).

**Tabela 12 – Estatísticas descritivas das variáveis quantitativas da amostra**

Variáveis		N	Mínimo	Máximo	Média	DP	
	Idade	121	65,00	92,00	76,86	6,67	
Bem-estar	SWLS	121	1,00	5,00	3,39	0,09	
	PA	121	13,00	47,00	29,52	8,12	
	NA	121	10,00	37,00	19,48	6,34	
Procura de sentido na vida	MLQ PRO	121	5,00	35,00	23,10	9,38	
	MLQ PRE	121	6,00	35,00	25,41	6,95	
Autoeficácia	Atividade	121	39	203	129,28	45,91	
	Cidadania	121	26	277	134,31	42,37	
	Saúde	121	65	185	140,36	29,89	
Escala de espiritualidade	Compromisso religioso	MCLA	121	6,00	18,00	13,10	2,76
		CER	121	7,00	28,00	11,74	4,06
	Envolvimento religioso/espiritual	AD	121	7,00	42,00	25,71	6,96
		SPBE	121	3,00	11,00	5,26	1,90
	Visão do mundo	CAE	121	6,00	23,00	12,93	3,45
	Busca espiritual	APE	121	4,00	12,00	9,26	1,95

### 2.4.1. Teste de hipóteses

A seguir apresentam-se os resultados dos testes estatísticos a que foram submetidas as hipóteses em investigação.

*H1: A espiritualidade e a religiosidade encontram-se relacionadas com o bem-estar subjetivo (BES).*

**Tabela 13: Correlação entre as dimensões visão do mundo; envolvimento religioso/espiritual; busca espiritual; compromisso religioso; e as variáveis constituintes do BES.**

Espiritualidade		BES		
		SWLS ( $\alpha=0,81$ )	PA ( $\alpha=0,81$ )	NA ( $\alpha=0,80$ )
Visão do mundo	Concordância com as afirmações (CAE, $\alpha=0,63$ )	,132	,268**	-,000
	Mudança de capacidades ao longo dos anos (MCLA, $\alpha=0,79$ )	,149	,003	-,997
Envolvimento religioso/espiritual	Situações de profundo bem estar (SPBE, $\alpha=0,62$ )	,267**	,474**	-,113
		,003	,000	,216
Busca espiritual	Até que ponto se encontra... (APE, $\alpha=0,72$ )	,197*	,376**	-,187*
		,031	,000	-,040
Religiosidade				
Envolvimento religioso	Atividades (religiosas) diárias (AD, $\alpha=0,71$ )	,369**	,583**	-,086
		,000	,000	,349
Compromisso religioso	Crenças espirituais e religiosas (CER, $\alpha=0,91$ )	,170	,388**	,043
		,063	,000	,641
Compromisso religioso		,403**	,339**	,148
		,000	,000	,105

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,001$

Como se pode constatar pela tabela 13, as variáveis indicadoras de BES correlacionam-se significativamente com algumas das dimensões espirituais e religiosas.

No que respeita às dimensões da espiritualidade, pode-se constatar que a dimensão *visão do mundo* (variável MCLA) correlaciona-se positivamente com a afetividade positiva ( $r=,474$ ) e com a satisfação com a vida ( $r=,267$ ), a variável CAE apresenta uma

correlação positiva com a afetividade positiva ( $r=,268^{**}$ ). Relativamente à dimensão *envolvimento religioso/espiritual* (variável SPBE) ela correlaciona-se com todas as variáveis indicadoras de BES, com a afetividade negativa ( $r=-,187^*$ ); em relação à satisfação com a vida ela apresenta um  $r=,197^*$  e  $r=,376^{**}$  em relação à afetividade positiva. Quanto à dimensão *busca espiritual* (variável APE), é possível verificar que esta variável se correlaciona com as variáveis do BES à exceção da afetividade negativa. Ela apresenta relação positiva com a satisfação com a vida ( $r=,369^{**}$ ) e com a afetividade positiva, com uma muito expressiva magnitude ( $r=,583^{**}$ ).

No que concerne às dimensões referentes à religiosidade, pode-se verificar que a dimensão *envolvimento religioso* (Variável AD) correlaciona-se apenas com a afetividade positiva ( $r=,388^{**}$ ) e de forma positiva. A dimensão *compromisso religioso* (variável CER) relaciona-se com a satisfação com a vida ( $r=,403^{**}$ ) e com a afetividade positiva ( $r=,339^{**}$ ), não apresentando correlação significativa com a afetividade negativa.

Pode-se assim constatar que a afetividade positiva se correlaciona com todas as variáveis espirituais e religiosas, o que permitirá inferir que se trata de uma importante variável para a compreensão das dimensões em estudo. A satisfação com a vida está mais associada às dimensões busca espiritual, envolvimento religioso/espiritual e compromisso religioso. A afetividade negativa apresenta apenas relação com a dimensão envolvimento religioso/espiritual, em sentido negativo, significando que quanto menor é a afetividade negativa maior é o envolvimento.

Assim, a H1 pode ser corroborada, uma vez que a maioria das variáveis das dimensões, espiritual e religiosa revelaram-se correlacionadas significativamente e no sentido esperado com o BES.

H2: O sentido da vida está relacionado com a percepção de bem-estar subjetivo

**Tabela 14: Correlação entre o sentido de vida, satisfação com a vida e afetividade positiva e negativa**

	BES		
	SWLS	PA	NA
Presença de sentido (MLQ) ( $\alpha=0,83$ )	,399**	,436**	-,169
	,000	,000	,064
Procura de sentido (MLQ) ( $\alpha=0,93$ )	,122	,432**	-,050
	,181	,000	,589

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,001$

É possível constatar pela tabela 13 que a *presença de sentido na vida* correlaciona-se positivamente com a satisfação com a vida ( $r=.399^{**}$ ) e com a afetividade positiva ( $r=.436^{**}$ ), não apresentando relação significativa com a afetividade negativa, embora o sentido seja negativo. Relativamente à *procura de sentido na vida* esta apresenta uma correlação significativa apenas com a afetividade positiva ( $r=.432^{**}$ ). Pode-se assim corroborar H2, pelo que há uma relação entre o sentido da vida e o bem-estar subjetivo, particularmente no que respeita à presença de sentido na vida.

H3: O sentido da vida está relacionado com a visão do mundo, a busca espiritual, o envolvimento espiritual/religioso e o compromisso religioso.

**Tabela 15: Correlação entre sentido da vida e as dimensões: visão do mundo, envolvimento espiritual/religioso e compromisso religioso.**

		Sentido da vida	
		MLQ PRE	MLQ PRO
Visão do mundo	Concordância com afirmações sobre espiritualidade (CAE)	,346** ,000	,227** ,012
Envolvimento espiritual/religioso	Situações de profundo bem estar (SPBE)	SPBE ,302** ,001	SPBE ,157 ,085
Busca espiritual	Até que ponto se encontra... (APE)	,511** ,000	,490** ,000
Compromisso religioso	Crenças espirituais e religiosas (CER)	,417** ,000	,144 ,114

\*p≤,05; \*\*p≤,001

Pode-se assim verificar que a *presença de sentido de vida* está relacionada com todas as dimensões testadas, nomeadamente: *visão do mundo*; *busca espiritual*; *envolvimento espiritual/religioso* e *compromisso religioso*. A *procura de sentido* relaciona-se apenas com a *visão do mundo* e a *busca espiritual*, não apresentando qualquer correlação com o *compromisso religioso* ou com *envolvimento espiritual/religioso*. A H3 fica assim validada no que respeita à dimensão *presença de sentido*, enquanto que em relação à *procura de sentido*, apenas o é parcialmente. Relativamente à dimensão *visão do mundo*, a *presença de sentido* apresenta um  $r=,346^{**}$  e a *procura de sentido* apresenta  $r=,227^{**}$ , sendo que ambas se correlacionam positivamente com a dimensão referida. Quanto à dimensão *busca espiritual* tanto a *presença* como a *procura de sentido de vida* apresentam correlações significativas ( $r=,511^{**}$  e  $r=,490^{**}$ , respetivamente). Relativamente às dimensões *envolvimento espiritual/religioso* e *compromisso religioso*, apenas a *presença de sentido* apresenta uma correlação significativa e positiva ( $r=,302^{**}$  e  $r=,417^{**}$ , respetivamente).

H4: Quanto maior o envolvimento religioso/espiritual maior é a percepção de autoeficácia para a participação ao nível da cidadania, de cuidados com a saúde e o envolvimento em diversas atividades.

**Tabela16: Correlação entre o envolvimento religioso e espiritual, e a autoeficácia nos domínios da cidadania, saúde e atividade.**

		Autoeficácia para a		
		Cidadania ( $\alpha=0,85$ )	Saúde ( $\alpha=0,80$ )	Atividade ( $\alpha=0,89$ )
Envolvimento religioso	Situações de profundo bem estar (SPBE)	SPBE ,414** ,000	SPBE ,411** ,000	SPBE ,418** ,000
	Atividades diárias (AD)	AD ,211* ,020	AD ,361** ,000	AD ,316** ,000
	Crenças espirituais e religiosas (CER)	CER ,190* ,037	CER ,289** ,001	CER ,394** ,000
Envolvimento espiritual	Até que ponto se encontra... (APE $\alpha=0,72$ )	APE ,274** ,002	APE ,399** ,000	APE ,412** ,000
	Concordância com afirmações (CAE)	CAE ,199* ,029	CAE ,243** ,007	CAE ,190* ,037
	Mudança de capacidades ao longo dos anos (MCLA)	MCLA ,238** ,009	MCLA ,346** ,000	MCLA ,463** ,000

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,001$

Relativamente à dimensão *envolvimento religioso* pode verificar-se que todas as subdimensões (situações de profundo bem estar-SPBE), Atividades diárias - AD)), e

Crenças espirituais e religiosas - CER)) se correlacionam com a cidadania, a saúde e a atividade.

A variável SPBE apresenta correlações de elevada magnitude com a cidadania ( $r=,414^{**}$ ), a saúde ( $r=,411^{**}$ ) e atividade ( $r=,418^{**}$ ). A variável AD apresenta relações de menor magnitude, mas igualmente significativas com a cidadania ( $r=,211^*$ ), a saúde ( $r=,361^*$ ) e a atividade ( $r=,316^{**}$ ). A variável CER correlaciona-se de forma positiva com a cidadania ( $r=,190^*$ ), a saúde ( $r=,289^{**}$ ) e a atividade ( $r=,394^{**}$ ).

No que respeita ao *envolvimento espiritual*, ele espelha-se pela presença de dimensões *visão do mundo* (variáveis CAE e MCLA) e *busca espiritual* (variável APE). A maioria das variáveis respeitantes ao envolvimento espiritual está correlacionada com a autoeficácia.

Constata-se assim que a variável APE apresenta relação com as todas as variáveis de autoeficácia, com a saúde ( $r=,399^{**}$ ), com a atividade ( $r=,412^{**}$ ), e com a cidadania ( $r=-,274^{**}$ ). A variável CAE também apresenta correlações com a cidadania ( $r=,199^*$ ), a saúde ( $r=,243^{**}$ ) e a atividade ( $r=,190^*$ ). A variável MCLA está correlacionada com a saúde ( $r=,346^{**}$ ), atividade ( $r=,463^{**}$ ) e a cidadania ( $r=,238^{**}$ ).

Neste sentido pode-se corroborar a H4, uma vez que quer o envolvimento religioso, quer o envolvimento espiritual se encontram significativamente correlacionados com a autoeficácia nos domínios da cidadania, da saúde e da atividade.

*H5: A idade não se encontra relacionada com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia.*

Tabela 17: Correlação entre idade, BES, sentido da vida e autoeficácia

Idade	BES			Sentido da vida		Autoeficácia		
	SWLS	PA	NA	MLQPRE	MLQPRO	Cidadania	Saúde	Atividade
	-,013	-,024	-,045	,058	-,016	-,132	-,083	-,186*
	,884	,794	,625	,529	,859	,150	,365	,041

É possível verificar pela tabela 17 que, efetivamente, não existe relação entre a idade e as variáveis do BES, sentido da vida ou autoeficácia, com exceção da autoeficácia para a atividade ( $r=-,186^*$ ) que apresenta uma correlação negativa, como seria expectável.



Pode-se assim corroborar a H5, uma vez que a maioria das variáveis não apresenta qualquer correlação, sendo todas praticamente nulas.

H6: O sexo não se encontra relacionado com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia.

**Tabela 18: Estatísticas descritivas do teste t para o sexo em função do BES, do sentido da vida e da autoeficácia.**

		BES						Sentido da vida				Autoeficácia					
		SWLS		PA		NA		MLQPRE		MLQPRO		Cidadania		Saúde		Atividade	
Sexo	N	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>M</b>	31	3,46	0,97	30,18	8,34	17,06	5,59	25,77	6,12	25,39	8,44	7,56	2,43	7,10	1,57	5,95	2,29
<b>F</b>	90	3,36	1,06	29,29	8,08	20,32	6,40	25,29	7,23	22,31	9,61	6,43	1,93	7,18	1,45	6,15	2,13

A aplicação do teste t, comparando-se as médias dos homens e mulheres idosas nas diversas variáveis constantes da tabela 18, revelou apenas duas diferenças significativas, situadas na afetividade negativa (favorecendo os homens que manifestaram significativamente menos afeto negativo -  $t_{(119)}=-2.518$ ,  $p=.013$ ), e na autoeficácia para a cidadania ( $t_{(119)}=-2.619$ ,  $p=.010$ ), obtendo os homens igualmente melhores resultados.

### 3. Discussão dos resultados

Pretende-se com este capítulo, descrever, interpretar e discutir os resultados obtidos no estudo empírico, com base na revisão da literatura apresentada na parte teórica. Assim, será primeiramente realizada uma breve interpretação dos resultados, seguindo-se a referência a algumas implicações teóricas e de intervenção ao nível de programas educativos com a população de idade avançada e, por fim, serão dadas sugestões para futuras investigações, tendo também em consideração algumas limitações encontradas na presente investigação.

#### 3.1. Interpretação de resultados

Um dos pontos de partida desta investigação foi o propósito de conhecer o impacto que as questões de âmbito espiritual e religioso assumem na perceção de bem-estar subjetivo, sendo a primeira hipótese em estudo (H1: A espiritualidade e a religiosidade encontram-se relacionadas com o bem-estar subjetivo). Segundo Oliveira (2007), a espiritualidade/religiosidade pode constituir uma fonte de emoções positivas, como pode facilitar a gestão de emoções negativas, contribuindo para o bem-estar da pessoa, ou a perceção do mesmo. A análise da H1 aponta efetivamente nesse sentido, uma vez que todas as variáveis referentes à espiritualidade/religiosidade, espelhando as dimensões *visão do mundo*, *envolvimento religioso/espiritual*, *busca espiritual*, *envolvimento religioso*, *compromisso religioso*, apresentam correlações significativas com a afetividade positiva ( $r=,474^{**}$ ;  $r=,376^{**}$ ;  $r=,583^{**}$ ;  $r=,388^{**}$ ;  $r=,339^{**}$ , respetivamente). No que respeita à afetividade negativa, apenas a dimensão *envolvimento religioso/espiritual* apresenta uma correlação significativa com esta variável e também no sentido negativo ( $r=-,187^*$ ), sendo esta uma dimensão que se correlaciona com todas as componentes do BES ( $r=,197^*$  em relação à SWLS), o que significa que os utentes dos Centros de Dia investigados que mais se envolvem em atividades religiosas/espirituais sentem mais afeto positivo, menos emoções negativas e mais satisfação com a vida. As restantes dimensões com exceção da *visão do mundo* e *envolvimento religioso* apresentam correlações com a satisfação com a vida ( $r=,197^*$  para o *envolvimento religiosos/espiritual*;  $r=,369^{**}$  para a *busca espiritual*;  $r=,403^{**}$  para o *compromisso religioso*). Pode-se assim inferir que a espiritualidade/religiosidade

contribuem para o bem-estar subjetivo, tal como havia sido encontrado em diversos estudos (e.g., Ramsey, 2012; Crowther et al. (2002); Simões, 2009; Simões, 2011; Fernández-Ballesteros 2013; Souza, Filho, & Souza, 2006; Astin, Astin, & Lindholm, 2011; Oliveira, 2011; Oliveira, 2009).

Uma outra variável em estudo prende-se com o sentido da vida, numa tentativa de tentar perceber qual o seu papel ao nível da percepção de bem-estar subjetivo. Como referido na parte teórica, o sentido da vida é um tema recorrente da filosofia e da literatura, e passou a despertar também o interesse da psicologia e de outras áreas, como a educação (Simões et al., 2009). Estes autores, remetendo para o pensamento de Fromm (1978) destacam a necessidade de se orientar na vida e de lhe encontrar um sentido como “a fonte mais poderosa de energia para os humanos” (p.102). Neste quadro de pensamento todos os seres humanos procuram alcançar algo, muito além da satisfação física, sendo o sentido da vida concebido como uma componente essencial à percepção de bem-estar. Foi neste âmbito que testámos a hipótese H2 (O sentido da vida está relacionado com a percepção de bem-estar subjetivo), a qual foi corroborada. Efetivamente, os dados obtidos reforçam resultados encontrados em anteriores estudos (e.g., Cruz, 2013), nomeadamente, que a percepção de *presença de sentido na vida* pode ser entendida, de alguma forma, como geradora de bem-estar, uma vez que se revelou positiva e significativamente associada à satisfação com a vida ( $r=.399^{**}$ ) e à afetividade positiva ( $r=.436^{**}$ ), como esperado. Quanto à pessoa idosa sentir-se à *procura de sentido na vida* (a outra dimensão do constructo estudado), os resultados divergiram em parte dos encontrados nalguns estudos anteriores (e.g., Steger et al., 2008; Cruz, 2003), uma vez que habitualmente a condição de se estar à procura de sentido na vida tem evidenciado uma correlação negativa ou inexistente com fatores de bem-estar e positiva com fatores de mal-estar (sendo o caso do afeto negativo). No nosso estudo, a satisfação com a vida ( $r=.122$ ) e a afetividade negativa ( $r=-.050$ ) não se revelaram associados à procura de sentido na vida, enquanto que a afetividade positiva mostrou uma relação positiva e significativa ( $r=.432^{**}$ ). Significa que na nossa amostra, no caso do afeto positivo, ele tanto está associado positivamente à presença de sentido na vida como à procura de sentido.

Este dado é intrigante e remete para a ainda inexistência de consenso relativamente ao papel da dimensão procura de sentido na vida. Na verdade, Steger et al. (2008) defendem que “o desejo humano profundo de compreender, integrar e sintetizar a

experiência” (p. 204) não é indicador de bem-estar, uma vez que entendem que as pessoas que alimentam esse desejo sentem que a vida tem pouco sentido ou perderam-no mesmo (modelo *presence-to-search*). Porém, o modelo concorrente, *search-to-present*, aponta para o contrário, postulando que as pessoas que procuram sentido vivenciam também mais sentido na vida, aliás como sustentava Frankl (1963). Os nossos resultados vêm apoiar precisamente este último modelo no caso da dimensão procura de sentido e não o que foi adotado por Steger et al. (2008), que várias investigações têm reforçado (e.g., Simões et al., 2011; Cruz, 2013). É certo que a amostra estudada é diferente (pessoas idosas que frequentam Centros de Dia), mas fica a interrogação, “em que é que serão assim tão diferentes das pessoas idosas que frequentam lares ou Universidades Senior?” para os resultados serem tão discrepantes?. Apresentarão os utentes de Centros de Dia padrões de relação muito diferentes em relação a outros aspetos? Será necessário continuar a estudar estas pessoas idosas que beneficiam de diferentes respostas sociais, numa perspetiva comparativa, para compreender melhor o que é que poderá estar aqui implicado.

Podendo a espiritualidade ser definida como um constructo dinâmico que envolve processos internos de procura de uma autenticidade pessoal, de genuinidade, de integridade, de transcendência dos seus locus de centralidade, de abertura face à exploração relacional a um nível mais elevado, valorizando o sagrado (Astin, Astin, & Lindholm, 2011), a presente investigação visou perceber a relação entre as dimensões da espiritualidade (*visão do mundo, busca espiritual, envolvimento espiritual/religioso e o compromisso religioso*) e o sentido da vida. Assim, foi elaborada a hipótese H3 (*O sentido da vida está relacionado com a visão do mundo, a busca espiritual, o envolvimento espiritual/religioso e o compromisso religioso*) com o intuito de perceber essa relação. Testada a hipótese, foi possível verificar que, efetivamente, a *presença de sentido de vida* está relacionada com todas as dimensões testadas, nomeadamente: *visão do mundo* ( $r=,346^{**}$ ); *busca espiritual* ( $r=,511^{**}$ ); *envolvimento espiritual/religioso* ( $r=,302^{**}$ ) e *compromisso religioso* ( $r=,417^{**}$ ). Quanto à dimensão *procura de sentido* encontra-se correlacionada apenas com a *busca espiritual* ( $r=,490^{**}$ ) e a *visão do mundo* ( $r=,227^{**}$ ). Tratando-se da procura de sentido, seria de esperar que as relações fossem nulas ou negativas, mas no caso da busca espiritual e da visão do mundo os resultados vêm reforçar o modelo já referido, *search-to-present*.

Os resultados que referimos validam a H3 no caso da dimensão presença de sentido e remetem-nos para o importante papel que a literatura tem vindo a conferir à

espiritualidade. Para Saad et al. (2001) a espiritualidade é “a propensão humana para encontrar um significado para a vida através de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio” (p.108). Segundo a mesma fonte, a espiritualidade comporta um sentimento pessoal que estimula o sujeito para o interesse pelos outros, por si, para a atribuição de um sentido de significado da vida, capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes, de culpa, de raiva ou de ansiedade. Trata-se de uma dimensão norteadora e protetora, que permite ao sujeito mobilizar energias positivas, tendo assim um grande potencial para melhorar a qualidade de vida (Saad, Masiero, & Battistella, 2001). Efetivamente, cremos que os nossos resultados apontam bem neste sentido.

Pelo que acabámos de referir e por a espiritualidade se ter mostrado uma ferramenta tão importante para fazer face às vicissitudes e vulnerabilidades quotidianas, no âmbito da população mais velha, esta é uma dimensão que deve estar presente nas práticas de atuação com esta população. Assim, as redes de suporte social, os programas educativos dirigidos para pessoas em idade avançada, devem integrar uma componente espiritual nas suas políticas de ação. Sabemos que o apoio social e as estratégias de coping têm-se mostrado correlacionados com o bem-estar subjetivo, particularmente com a satisfação com a vida (Guedea, et al., 2006). “A satisfação com a vida é maior nas mulheres, nas pessoas que recebem pensões de reforma, nas pessoas que estão satisfeitas com o apoio recebido, nas pessoas que dão apoio aos outros e nas pessoas que enfrentam os problemas de forma direta e através de uma reavaliação positiva” (Guedea et al., 2006, p.307). Quanto aos afetos positivos verifica-se que aumentam com a satisfação do apoio recebido e com o coping direto e de reavaliação, bem como com a diminuição do mecanismo de fuga (Guedea, et al., 2006). Estas dimensões em conjunto com a autonomia funcional são as que melhor predizem um maior bem-estar subjetivo (Guedea, et al., 2006). Assim, associando a dimensão de espiritualidade enquanto estratégia de coping a boas redes de apoio social na intervenção com idosos, pode-se assim contribuir para mais satisfação, mais bem-estar e maior qualidade de vida.

Relativamente à autoeficácia, testou-se a *H4 (Quanto maior o envolvimento religioso/espiritual maior é a perceção de autoeficácia para a participação ao nível da cidadania, de cuidados com a saúde e o envolvimento em diversas atividades)*, com o intuito de perceber as relações entre a autoeficácia e o envolvimento espiritual e religioso. Como vimos, alguns estudos, designadamente os efetuados por Koenig

(2000), têm examinado as relações entre o envolvimento religioso e a saúde, e tem-se verificado que as pessoas religiosas são fisicamente mais saudáveis, têm estilos de vida mais salutar e requerem menos assistência de saúde (Saad, Masiero, & Battistella, 2001), podendo depreender-se uma percepção da autoeficácia mais elevada, em vários domínios, entre os quais a saúde. Outros estudos (Cohen & Herbert, 1996; Ellison, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002) têm demonstrado a eficiência da espiritualidade/religião na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, intensificação de sentimentos positivos como autoestima e autoeficácia (Paiva, 2007).

Os resultados do teste da H4 da presente investigação validam-na efetivamente, verificando-se, relativamente à dimensão *envolvimento religioso* que todas as suas subdimensões se encontram significativamente associadas à cidadania, à saúde e à atividade (situações de profundo bem estar-SPBE e cidadania:  $r=,414^{**}$ ; SPBE e saúde:  $r=,411^{**}$ ; SPBE e atividade:  $r=,418^{**}$ ; Atividades diárias (religiosas/espirituais)<sup>7</sup> – AD e cidadania:  $r=,211^*$ ; AD e saúde:  $r=,361^{**}$ ; AD e atividade:  $r=,316^{**}$ ; e Crenças espirituais e religiosas – CER e cidadania:  $r=,190^*$ ; CER e saúde:  $r=,289^{**}$ ; CER e atividade:  $r=,394^{**}$ ).

O mesmo padrão de resultados foi encontrado no que respeita à dimensão *envolvimento espiritual*. Esta dimensão apresentou-se associada à autoeficácia, em todas as subdimensões (até que ponto se encontra – APE e cidadania:  $r=-,274$ ; APE e saúde:  $r=,399$ ; APE e atividade:  $r=,412$ ; concordância com as afirmações - CAE e cidadania:  $r=,199$ ; CAE e saúde:  $r=,243$ ; CAE e atividade:  $r=,190$ ; mudança de capacidades ao longo dos anos - MCLA e cidadania:  $r=,238^{**}$ ; MCLA e saúde:  $r=,346^{**}$ ; MCLA e atividade:  $r=,463^{**}$ ), pois todas as variáveis se correlacionaram significativamente com a autoeficácia. Assim o envolvimento espiritual e religioso influi positivamente na percepção de autoeficácia.

No que respeita à variável idade, tendo em conta, como foi referido na parte teórica, que se trata de uma variável pouco relevante (‘vazia’) para compreender mudanças de desenvolvimento não se esperava que estivesse associada ao bem-estar subjetivo, ao sentido da vida e à autoeficácia, muito embora as investigações sobre o tema não tenham demonstrado conclusões definitivas. Recordemos que Campbell, Converse e Rodgers (1976) afirmam que as diferenças encontradas entre a idade e o bem-estar

---

<sup>7</sup> As atividades diárias prendem-se com atividades de índole espiritual/religioso e outras

subjetivo são muito pouco significativas (Giacomoni, 2004). No entanto, segundo Fernández-Ballesteros (2013) a afetividade negativa tende a decrescer ao longo da idade enquanto a autorregulação emocional tende a crescer. Um estudo levado a cabo por Carstensen et al. (2000, cit. por Ballesteros, 2013) permite concluir que os adultos em idade avançada apresentam emoções positivas com maior frequência que os mais novos, havendo uma maior estabilidade ao nível das emoções positivas entre os mais velhos, também se concluiu que os adultos mais velhos apresentam uma maior complexidade emocional e uma maior diferenciação, em relação aos mais novos (Fernández-Ballesteros, 2013). A emoção e a autorregulação afetiva pode resultar numa seleção positiva de elementos passíveis de melhorar a condição emocional, estas mudanças relacionadas com a idade parecem ser reguladas por mecanismos adaptativos ao nível da autorregulação emocional, que conduz a processos de avaliação positiva sobre os acontecimentos ao longo da vida (Fernández-Ballesteros, 2013). Por outro lado, têm-se verificado estratégias de coping que se mantêm estáveis como a comparação com outros, o humor, a comparação com o passado, o suporte social.

Apesar destas constatações, de certa forma ambíguas, que nos levaram a formular uma hipótese nula, o seu teste (H5: *A idade não se encontra relacionada com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia*) validou-a. De facto, não se verificou qualquer relação significativa entre a idade e as variáveis do BES (SWLS:  $r=-,013$ ; PA:  $r=-,024$ ; NA:  $r=-,045$ ), sentido da vida (MQLPRE:  $r=,058$ ; MQLPRO:  $r=-,016$ ), ou autoeficácia (cidadania:  $r=-,132$ ; saúde:  $r=-,083$ ; atividade:  $r=-,186^*$ ), com exceção da autoeficácia para a atividade ( $r=-,186$ ) que apresenta uma correlação negativa, como seria expectável, mas significativa, apesar de ser de baixa magnitude.

No que concerne à variável sexo, a maior parte das investigações não encontra diferenças significativas nas variáveis estudadas (e.g., Nunes, Hultz & Giacomoni, 2009), pelo que também testámos uma hipótese nula (H6: *O sexo não se encontra relacionado com o bem-estar subjetivo, o sentido da vida ou a autoeficácia*). A aplicação do teste t, comparando-se as médias dos homens e mulheres idosas nas respetivas variáveis, revelou apenas duas diferenças significativas, situadas na afetividade negativa (favorecendo os homens que manifestaram significativamente menos afeto negativo -  $t_{(119)}=-2.518$ ,  $p=.013$ ), e na autoeficácia para a cidadania ( $t_{(119)}=-2.619$ ,  $p=.010$ ), obtendo os homens igualmente melhores resultados. Indo ao encontro de parte dos resultados

que encontramos, Simões et al. (2000) postula que as mulheres experienciam, mais forte e frequentemente, quer emoções positivas quer emoções negativas. No nosso caso, as diferenças encontradas situaram-se só a nível das emoções negativas, porém há que recordar que a amostra estudada não é muito grande e isso pode explicar as diferenças. Não podemos pois afirmar, como o fizeram (Simões et al., 2000), que as emoções positivas mais intensas contrabalançam as emoções negativas fortes, resultando assim um nível de bem-estar não muito diferente entre homens e mulheres, pelo menos junto dos utentes de Centros de Dia estudados.



#### **4. Implicações para programas educativos de adultos em idade avançada**

A educação enquanto direito constitucional deve ser acessível a todos e ao longo de todo o ciclo de vida e em todos os espaços contextuais, privilegiando a educação formal, informal, não formal. Atuar no sentido de promover um envelhecimento bem-sucedido, promovendo uma melhor qualidade de vida e proporcionando maior bem-estar, é atuar também através de espaços educacionais. Estes podem proporcionar ao idoso melhorar as suas capacidades de autorregulação, manter relações sociais significativas, invertendo e contrariando o estereótipo das premissas de declínio e decadência associadas ao envelhecimento (Néri, 1999). Osorio (2003) postula que a gerontologia educativa se vai “perfilando numa dupla área de intervenção nos processos de envelhecimento” (p. 281), destacando, por um lado, uma *componente mais prática*, orientada para a prevenção de declínios prematuros e a melhoria da qualidade de vida e, por outro lado, uma *área de conhecimento* que procura estudar as mudanças no funcionamento da pessoa idosa (intelectuais, afetivas, sociais, etc.) e as conseqüentes especificidades instrutivas e pedagógicas necessárias para o trabalho educativo com estas pessoas, onde se incluem igualmente os fatores motivacionais. Partindo do pressuposto que o ser humano utiliza apenas uma parte das suas capacidades intelectuais e físicas, que dispõe de uma reserva de capacidades cognitivas e físicas utilizadas em conformidade com as suas motivações e solicitações ambientais, é imperioso criar um ambiente estimulante (Fontaine, 2000). Os processos educativos com pessoas em idade avançada devem privilegiar a sua participação ativa na vida das comunidades, áreas como a educação para a saúde e as novas tecnologias da informação e comunicação devem ser contempladas em qualquer processo educativo e, como a literatura já sugeria e os nossos resultados empíricos reforçaram a dimensão espiritual precisa ser incisivamente integrada nas ofertas de educação não formal e informal em Centros de Dia. A dimensão espiritual ou religiosa assume aqui especial importância, constitui um fator de suporte para enfrentar desafios, frustrações, além de melhorar a saúde e qualidade de vida dos idosos (Negreiros, 2003). Ela evita sentimentos de vazio e desespero, ajuda a superar as perdas que os idosos atravessam ao longo das suas vidas. Neste sentido a aprendizagem deve em última instância promover a liberdade espiritual favorecendo a originalidade, autonomia, espírito de iniciativa e aquisição de saberes (Rogers, 2009).

Refere Fontaine (2000) citando uma investigação da Fundação McArthur, sobre a velhice ótima no plano cognitivo, que o nível de escolaridade apresentou-se como o

melhor preditor, sendo o segundo fator a expiração pulmonar (significativamente correlacionada com a manutenção das atividades cognitivas), o terceiro fator o envolvimento em atividade física fatigante (sem excesso) tanto no domicílio como noutros contextos e, por último, a personalidade, designadamente no respeito à percepção de eficácia pessoal ou autoconfiança (Fontaine, 2000). Tendo em consideração este estudo e os resultados por nós encontrados, relativos à autoeficácia nos domínios da cidadania, da saúde e da atividade, a proposta de atividades educativas de âmbito não formal que incidam sobre estas temáticas, sem dúvida que nos parecem contribuir significativamente para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos utentes de Centros de Dia.

As relações e os afetos são para estes idosos um fator primordial e provedores de satisfação e qualidade de vida. Lavouvie-Vief (2005) distingue entre as experiências afetivas e complexidade afetivo-cognitiva. A primeira está relacionada com as experiências emocionais e a segunda com a compreensão dessas experiências. Ambos os aspetos podem ser separados e esta distinção pode tornar possível a discriminação entre os acontecimentos que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento. Este autor postula duas formas de autorregulação emocional, a otimização e a diferenciação da afetividade. Estes optimizadores minimizam os sentimentos negativos e permitem ignorar situações desagradáveis. Assim os autores propõem quatro tipos de estilos emocionais: 1) optimizadores e diferenciadores, designados por integradores, apresentam desenvolvimentos emocionais mais positivos, e correlacionam-se positivamente com a afetividade positiva, percepção de saúde, empatia e bem-estar; 2) as desreguladoras, que apresentam correlações com a afetividade negativa; 3) o autoprotetores, que apresentam correlações pouco significativas com a diferenciação e a afetividade negativa, e altas com a otimização e a afetividade positiva; os complexos que serão baixos na otimização e altos na diferenciação. Assim, é importante implementar espaços promotores de estilos emocionais protetores, autorreguladores e optimizadores, contribuindo para uma maior percepção de satisfação com a vida. A manutenção das relações sociais, e a prática de atividades produtivas são dois fatores de que depende a qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida (Fontaine, 2000).

A educação do idoso deve ajudá-lo a compreender as modificações corporais, de comportamento e cognitivas; levá-los a compreender as mudanças tecnológicas e

culturais da sociedade moderna; capacitá-los para a luta contra as consequências das mudanças socioculturais e do envelhecimento; conduzi-los à aquisição de aptidões para fazer face a novas situações; e guiá-los à descoberta de novos papéis (Oliveira, 2006) onde possam exercitar e estimular as suas capacidades e ativar ou desenvolver ainda mais a sua criatividade.

O investimento na educação é assim imperioso, pois a educação, seja em que idade for, não deve ser, do ponto de vista das entidades com legitimidade político-social para implementar programas e projetos educativos, encarada como uma despesa insuportável, mas sim como um investimento com retorno garantido. Assim, seria interessante que se multiplicassem as iniciativas de reflexão e análise sobre as práticas e as filosofias educativas na educação de adultos de idade avançada, nomeadamente nos espaços sociais habitualmente frequentados por eles.

## 5. Limitações ao estudo

Uma das limitações ao estudo encontradas prende-se com a própria constituição da amostra, pois pretendia-se alargar a investigação a todos os Centros de Dia da região do Vale do Sousa, mas tal não foi possível, por indisponibilidade manifestada por algumas instituições, por um lado, e pela característica do questionário, bastante extenso, por outro. Daí que a mostra em causa não se possa considerar representativa da população utente dos Centros de Dia da região do Vale do Sousa.

Um outro aspeto a ter em consideração é o facto de ter sido feita uma adaptação de uma bateria de instrumentos, CSBV (College Students' Beliefs and Values), para a elaboração de uma escala relativa à Espiritualidade. A bateria CSBV foi concebida para aferir as dimensões, espiritual e religiosa junto de estudantes universitários e foi elaborada por Astin, Astin e Lindholm (2011), não tendo esta passado por um processo de aferição à população idosa e portuguesa, tal como já foi referido no capítulo anterior aquando da caracterização dos instrumentos. No entanto, esta investigação pode ser pertinente na medida em que pode constituir um ponto de partida para investigações futuras, particularmente no que respeita à dimensão da espiritualidade. O instrumento, tendo em conta a primeira adaptação, apresenta itens com boa consistência interna, outros evidenciaram índices baixos, que não foram tidos em consideração para a análise das variáveis. Assim, é possível limar as arestas irregulares e partir deste para, em investigações futuras, sobretudo de caráter longitudinal, configurar um instrumento mais aprimorado, passível de ser tratado ao nível da aferição à população idosa portuguesa. A dimensão espiritual tem-se mostrado um fator de muita relevância na vida das pessoas, em particular nas de idade avançada, daí a sua grande pertinência. Foi visto ao longo desta dissertação, quer na sua componente teórica, quer empírica, que ela assume um papel primordial no desencadear de afetos, atitudes e comportamento positivos, que permitem fazer face a situações desagradáveis. Urge assim refletir quanto a uma maior integração desta dimensão na *praxis* educativa com adultos em idade avançada.

## **Conclusão**

Envelhecer é um processo contínuo inerente a todos os seres vivos, de onde se inclui o ser humano. Envelhecemos desde o momento em fomos concebidos. No entanto a forma como se percebe o envelhecimento vai variando à medida que a idade vai avançando e com esta surgem ansiedades e expectativas quanto à forma como se alcança a idade avançada, sobre o bem envelhecer ou o envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido e o envelhecer sob a percepção de uma boa qualidade de vida, faz parte de um imaginário coletivo. O bem-estar subjetivo surge assim como uma premissa subjetiva que dita a forma como cada um encara as alterações fruto do processo de se envelhecer. Quanto melhor a percepção de bem-estar, melhor o ser humano se adapta às vicissitudes que o envelhecimento acarreta. A percepção de bem-estar é fruto de uma panóplia de fatores, internos (inerentes ao sujeitos), externos (fatores culturais, socioeconómicos, entre outros) e transcendentais.

A presente investigação visou assim perceber se essa percepção de bem-estar é também influenciada por dimensões como a espiritualidade ou a religiosidade e o sentido da vida (procura e presença). Constatou-se que de facto a espiritualidade apresenta relações positivas com a afetividade positiva, com a satisfação com a vida e com a presença de sentido na vida. Quanto ao sentido da vida, foi possível verificar que a presença de sentido se encontra positivamente correlacionada com todas as variáveis do bem-estar subjetivo, em estudo, designadamente, a satisfação com a vida, a afetividade positiva, sendo que a procura de sentido apenas apresentou relação com a afetividade positiva. Apesar de a procura de sentido normalmente apresentar relações negativas com a afetividade positiva e com a satisfação com a vida, aqui não se verificou. No entanto Frankl (1963) postulava que a procura por um sentido na vida é a maior força motivacional do ser humano, o que o leva a procurar novos desafios, a compreender e integrar as suas experiências (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008). Segundo a mesma fonte uma outra perspectiva postula que a procura de sentido na vida pode representar tanto um sentido positivo como negativo no âmbito do bem-estar, dependendo das motivações inerentes.

No que concerne à autoeficácia, a presente investigação mostra, que para a amostra em estudo, a percepção de autoeficácia tem uma relação positiva com a espiritualidade. Foi já referido que a espiritualidade/religiosidade, tem-se mostrado eficaz na promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, na intensificação de sentimentos positivos

como autoestima e autoeficácia (Paiva, 2007). Assim esta dimensão pode constituir a força motriz para um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido.

Partindo destas considerações, importa referir que as características demográficas da nossa sociedade tem vindo a sofrer mutações várias, sendo o envelhecimento populacional uma delas. Este facto pode ter influenciado a forma como o envelhecimento é encarado atualmente, podendo inferir-se que esta se trata de uma *Nova Era do Envelhecimento* (Viegas & Gomes, 2007). Esta inaugura novas práticas que remetem o envelhecimento para registos sociais, simbólicos, políticos e ideológicos mais capacitantes, isto é explicado, segundo a mesma fonte, pelo envelhecimento demográfico, pelas novas oportunidades de vida decorrentes das novas tecnologias da comunicação e por uma melhoria significativa da situação económica deste segmento populacional. No entanto, estas afirmações não podem ser generalizadas a toda a população idosa dada à sua heterogeneidade. Na presente investigação, foi possível verificar que a amostra é composta por pessoas com baixas qualificações académicas, prevalecendo a iliteracia, e o nível socioeconómico não será assim tão elevado, a contar pelas atividades profissionais, anteriores à reforma referidas pelos inquiridos. Apesar das particularidades da amostra da presente investigação, é um facto que as preocupações com a promoção de um envelhecimento mais ativo, de uma melhor qualidade de vida, têm vindo a crescer junto das redes de apoio que atuam neste segmento populacional. Assim, tendo em consideração as investigações já efetuadas e as conclusões da presente importa enfatizar a relevância que a espiritualidade e a religiosidade assumem na promoção desse bem-estar. Neste sentido devem, estes agentes de intervenção, integrar atividades e práticas de cariz espiritual/religioso. Os Centros de Dia onde o presente estudo incidiu privilegiam algumas destas atividades, designadamente a oração. A importância que o compromisso religioso assume na vida das pessoas foi espelhado no capítulo anterior, tal como se constou na tabela 4 referente aos *motivos pelos quais rezam* (MR), os mais apontados foram são: 1) para louvar a Deus (71,2%); 2) para aliviar o sofrimento dos outros (70,2%); 3) para ajudar a resolver problemas (60,3%) e 4) para ter coragem (51,2%). Assim como foi espelhado na tabela 10 referente às representações das *crenças religiosas e espirituais* (CER), para 95% dos inquiridos elas *ajudaram-nos a ser quem são*, ajudam a *dar sentido/propósito às suas vidas (94,2%)*; são uma *fonte de apoio, orientação e força (93,4%)*, estão na base da sua filosofia de vida/forma de encarar a vida (93,4%), *ajudam a definir objetivos*

*personais (91,7%) é uma das coisas mais importantes das suas vidas (85,9%) e resultam de procura e reflexão pessoal (78,5%).* Foi possível perceber que em todos, com a exceção de dois, os utentes tinham um momento para oração coletiva, este foi, entre muitos outros, um aspeto muito positivo, acredita-se no entanto que mais atividades podem ser integradas nas práticas destas instituições.

Foram anteriormente referidas as implicações da espiritualidade/religiosidade ao nível do bem-estar subjetivo. A vivência religiosa pode constituir uma fonte de emoções positivas e prestar apoio para regular e gerir as emoções negativas (Barros-Oliveira, 2007). Além das dimensões, espiritual/religiosa, foi visto ao longo da presente investigação que a educação assume também um papel na promoção de uma melhor qualidade de vida, repercutindo-se numa melhor perceção de bem-estar. Foi igualmente focado que as práticas educativas com adultos, e com idosos devem assumir contornos específicos e próprios que as distinguem das demais. Assente na premissa transformativa, a educação pode ser um veículo promotor de um processo de transformação de perspetivas sobre si e sobre o mundo que o rodeia, desencadeando numa modificação do conceito de si mesmo (Simões, 2000). Perspetivando-se esta modificação num sentido positivo e numa melhor integração das vivências e de atribuição de significados, ela poderá contribuir igualmente para uma melhor adaptação face ao envelhecimento e conseqüentemente uma melhor perceção de bem-estar. Assim a gerontologia educativa visa prevenir o declínio prematuro das pessoas adultas, facilitar a adoção de papéis significativos às pessoas reformadas e apoiar o seu crescimento psicológico (Osorio, 2003). Então contribuir para o bem-estar dos idosos é promover ambientes estimulantes, que contemplem práticas educativas em que a aprendizagem seja vista como um veículo promotor de liberdade espiritual, e integradoras de aspetos capazes de contribuir para a atribuição sentido na vida das pessoas, por um lado, e por outro que vá ao encontro do que faz sentido para elas (Rogers, 2009).

## Bibliografia

- Alarcão, J. T. (1999). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Alcoforado, J. L. (2008). *Competências, Cidadania e Profissionalidade: limites e desafios para a construção de um modelo português de educação e formação de adultos*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ambrósio, S. I. (2007). CRVCC - Um Centro de Novas Oportunidades. In M. C. Antunes, *Educação de Adultos e Intervenção Comunitária II* (pp. 69-85). Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (2000). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3 (2), 287-312.
- Astin, A., Astin, H., & Lindholm, J. (2011). *Cultivating the Spirit: How college can enhance students' inner lives*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Astin, A., Astin, H., & Lindholm, J. (Janeiro/Fevereiro de 2011). Assessing Student's Spiritual and Religious Qualities. *Journal of College Student Development*, 52(1), 39-61.
- Asún, M. F. (2003). *A Educação de Adultos numa Encruzilhada*. Porto: Porto Editora.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- Barros-Oliveira, J. (2007). Espiritualidade e religião: Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11(2), 265-281.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Cachioni, Meire, Neri, & Liberalesso, A. (2004). Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 99-115.



- Canário, R. (2008). *Educação de adultos Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Caramujo, M., & Ferreira, J. (2007). Educação e formação de adultos e bem-estar: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3), 207-222.
- Cartaxo, A. M. (2009). *O processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências - Nível Secundário: Análise da actividade de um Centreo de Novas Oportunidades*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Chaleta, M., Santos, N., & Grácio, M. (2011). Contributos para o desenvolvimento de uma vida de qualidade: Fatores Sóciodemográficos e estilos de coping preditores do bem-estar psicológico. *II Congresso Internacional: Interfaces da Psicologia - Livro de Atas* (pp. 149-169). Universidade de Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia.
- Clarke, A., & Warren, L. (2007). Hopes, fears and expectations about the future: What do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, 27(4), 465-488.
- Cloos, P., Allen, C., Alvarados, B., Zunzunegui, M., Simeon, D., & Eldemire-Shearer, D. (2010). Active aging: a qualitative study in six Caribbean countries. *Ageing & Society*, 30, 79-101.
- Comin, F. S., & Santos, A. M. (maio/agosto de 2010). Satisfação com a vida e satisfação diádica: correlações entre constructos de bem-estar. *Psico-USF*, 15(2), 249-256.
- Couto, M., Prati, L., Falcão, D., & Koller, S. (2008). Terapia familiar sistémica e idosos: contribuições e desafios. *Psic. Clin.*, 20(1), 135-152.
- Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida - Arte para viver no século XXI*. (M. C. Rosa, Trad.) Loures: Lusociência - edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Crisp, B. R. (23 de Novembro de 2009). Beyond the Seminary: New Frontiers. *Religious Education*, 104(1), 1-17.

- Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality – the forgotten factor. *Gerontologist*, 42, 613-620.
- Cruz, A. C. F. (2013). *Envelhecimento activo em alunos de universidades seniores: O papel do sentido da vida, mindfulness e perspectiva temporal, enquanto fatores de bem estar*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Daatland, S. O. (2005). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 371-377). Cambridge: University Press.
- Duarte, F. (Jan-Mar de 2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53.
- Fernández\_Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. L. Oliveira, *Promoting conscious and active learning and aging: How to face current and future challenges?* (pp. 25-74). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Iñiguez, J., & García, L. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 92-102.
- Ferreira, M. (Dezembro/Maio de 2006-2007). Transição à reforma, qualidade de vida e envelhecimento. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), 30-34.
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W., & Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 44(4), 1065-1069.
- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI.

- Fonseca, A. M. (2006). "Transição-adaptação" à reforma em Portugal . *Psychologica*, 42, 45-70.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- França, L. (2010). Preparação para a reforma: rsponsabilidade individual e coletiva. *Psychologica*, 53, 47-66.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise psicológica*, 2(23), 219-227.
- Garotta, G. (1983). *Deterioro Cerebral Senil- Aspectos fisiopatológicos y Clínicos*. Milano, Italia: Publicaciones Científicas, Farmitalia, Carlo Erba.
- Giacomonni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, C., & Carrilho, M. (2007). *Envelhecimento crescente mas eapacialmente desigual*. Lisboa: INE.
- Guedea, M. T., Albuquerque, F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea, R. L. (2006). Relação de bem-estar subjetivo, estratégias de enfretamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Hunt, C. (janeiro-fevereiro de 2009). A long and winding road: a personal journey from community education to spirituality via reflective practice. *International Journal of Lifelong education*, 28(1), 71-89.
- INE. (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (08 de 04 de 2013). Obtido de Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>

- Infopédia - Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. (s.d.). *Infopédia - Enciclopédia e Dicionários Porto Editora*. Obtido em 22 de Junho de 2011, de Infopédia - Enciclopédia e Dicionários Porto Editora: [www.infopedia.pt](http://www.infopedia.pt)
- Jorge, J. A. (2008). Para a compreensão da adultez emergente em Portugal. *Psycologica*, 48, 159-173.
- Marcoen, A. (2003). Religion, Spirituality, and Older People. In M. L. Johnson, *The Cambridge Handbook of age and ageing* (pp. 363-369). Cambridge: Cambridge: University Press.
- Martins, C., Camargo, B., & Biasus, F. (Set-Dez de 2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8, 831-847.
- Melo, L., & Neto, F. (maio de 2003). Aspetos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, VII, 107-123.
- Merriam, S. B., Caffarella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in adulthood: A comprehensive guide* (3ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass
- Mezirow, J. (2000). Learning to think like an adult. In J. & Mezirow, *Learning as transformation: Critical prespectives on a theory in progress* (pp. 3-33). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Morand-Aymon, B. (2007). *Olhares Cruzados Sobre a Educação Não Formal - Análise de Práticas e Recomendações*. Lisboa: Direcção-Geral de Formação Vocacional.
- Moreno, H. (2002). A velhice no tempo histórico. In *Terceira idade: uma questão para a educação social* (pp. 65-70). Porto: Departamento da Ciências Históricas e da Educação da Universidade Portucalence.
- Moura, M. (2001). A transformação de prespetivas na vida adulta. *Atas das Jornadas Modelos e Práticas em Educação de Adultos* (pp. 177-191). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, NAPFA.

- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer - Constrangimentos e oportunidades de envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Negreiros, T. (Setembro de 2003). Espiritualidade: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(2), 275-291.
- Néri, A., & G. Debert (1999). *Velhice e sociedade*. S. Paulo: Papirus.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento - Perpetivas biológicas, psicológicas e sociais*. São Paulo: Papirus.
- Nunes, C., Hutz, C., & Giacomoni, C. (2009). Associação entre Bem Estar Subjetivo e Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1). 99-108.
- Oliveira, A. (2002). O processo de individuação e as teorias do desenvolvimento do Eu: Até onde o olhar alcança. *Psychologica*, 30, 267-283.
- Oliveira, A. L. (2005). *Aprendizagem autodirigida: Um contributo para a qualidade do ensino superior*. Dissertação de doutoramento. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Oliveira, A. L. (2007). Desenvolvimento do pensamento reflexivo e educação de adultos: Uma revisão de modelos teóricos. In A. C. Fonseca, M. J. Seabra-Santos & M. F. Gaspar (Eds.), *Psicologia e educação: Novos e velhos temas* (pp. 217-246). Coimbra: Edições Almedina.
- Oliveira, A. L. (2010, Abril 18). A gerotranscendência ...e o irromper do espírito. *Trólei*, II(16), 3.
- Oliveira, A. L. (2011). Desenvolver a auto-eficácia para os cuidados de saúde de pessoas séniores: Construção de uma escala no âmbito do projecto europeu PALADIN. In A. B. Lozano et al. (Orgs.), *Libro de actas do XI Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogía* (pp. 447-455). Coruña: Universidade da Coruña. <http://pt.calameo.com/read/0008809692f2b21d6fcf0>

- Oliveira, A., Vieira, C., Nogueira, S., Lima, M., Alcoforado, L., & Ferreira, J. (2011). *Promoting Active Learning and Ageing of Disadvantage Seniors, WP3 development Report:Development of Self-directed Learning Readiness Scales for*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra Education, Audiovisual & Culture Executive Agency.
- Oliveira, A. L., Vieira, C., Lima, M. P., Nogueira, S., Alcoforado, L., Ferreira, J. A., & Zarifis, G. (2011). Developing instruments to improve learning and development of disadvantage seniors in Europe: The paladin project. In Pixel (Ed.), *Conference proceedings of the International Conference The Future of Education* (vol. 1, pp. 268-274). Florence: Simonelli Editore.
- Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis .
- Oliveira, J. B. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *PSYCHOLOGICA*, 42, 133-145.
- Oliveira, J. (2007). Espiritualidade e religião: Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI(2). 265-287.
- Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia Positiva - Uma nova psicologia*. Porto: LEGIS EDITORA.
- OMS. (2009). *Envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade. Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Osorio, J. R. (2003). *Educação permanente e educação de adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Osorio, J. R. (2007). La formación en la adultez tardía. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3), 11-32.
- Paiva, G. (Janeiro-março de 2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 99-104.
- Paloutzian, R., & Cryzta, P. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.

- Paredes, G., Ruiz, F., Vicente, C., Sánchez, C., & López, R. (2002). Los programas de educación ambiental para mayores. In *Terceira idade: uma questão para a educação social* (pp. 158-169). Porto: Publicação do Departamento de Ciências e da Educação da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Passareli, P. M., & Silva, A. J. (outubro-dezembro de 2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24(4), 513-517.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Pereira, L. (1994). A velhice: variabilidade histórica e social da sua conceptualização. *Envelhecer: Os desafios do séc. XXI* (pp. 49-56). Porto: Actas do congresso "Semana do idoso".
- Peres, M., Abrantes, A., Lessa, P., & Caous, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidades no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 82-97.
- Pimentel, D. (1974). O desporto na terceira idade. *Cultura e Desporto*, 23-33.
- Pinto, F. (2007). A terceira idade: idade da realização. In J. Osório, & F. Pinto, *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção* (pp. 75-103). Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Powell, J., & Chen, S. (2013). *Aging in European Societies: Healthy Aging in Europe*. New York: Springer.
- Queroz, N., & Neri, A. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Ramsey, J. L. (2012). Spirituality an Aging - Cognitive, Affective, and Relational Pathways to Resiliency. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 131-147.

- Rendas, A. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento - "Idade biológica" versus "Idade cronológica". In A. (. Mota, *Envelhecer vivendo* (pp. 47-56). Coimbra: Quarteto Editora.
- Rey, F. (2007). As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. *Psicologia da Educação*, 24, 155-179.
- Ribeiro, Ó., Paúl, C., Pires, C., Barbosa, C., Portugal, J., Araújo, L., . . . Melo, S. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, P., Neri, A., Cupertino, A., & Yassuda, M. (Jul/Set de 2009). Variabilidade n envelhecimento ativo segundo género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: CNRS Editions - Instituto Piaget.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(1), 107-112.
- Santos, F., & Encarnação, F. (1998). *Modernidade e gestão da velhice*. Faro: Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Santos, G. (Novembro de 2002). Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 1, 1-12.
- Santos, M. F. (1994). Velhice: uma questão psico-social. *Temas em Psicologia*, 2, 123-131.
- Santos, V. (maio/agosto de 2010). Exercício físico e seus efeitos sobre o sistema imune dos idosos. *Revista de Saúde e Pesquisa*, 3(2), 181-185.
- Sardinha, M. L. (2008). *Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



- Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida - Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schneider, R., & Irigaray, T. (outubro-dezembro de 2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Schultz, D. P. (1981). *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27(3), 503-515.
- Simões, A. (1999). A educação dos idosos: Uma tarefa prioritária. *Revista Portuguesa de Educação*, 12(2), 7-27.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV(2), 243-278.
- Simões, A. (2000). Educação de adultos: Da aprendizagem formativa à aprendizagem transformativa. In M. Veiga, & J. Magalhães, *Professor Doutor José Dias Ribeiro - Homenagem* (pp. 809-822). Braga: Universidade do Minho.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (2001). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. In A. Simões, A. Oliveira, C. M. C. Vieira, L. Alcoforado, M. P. Lima, & M. F. F. Gaspar (Orgs.). *Actas das II Jornadas Modelos e práticas em educação de adultos* (pp. 301-320). Coimbra: Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M., P., Pinheiro, M., R., Vieira, C., M., Matos, A., P., & Oliveira, A., L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice - Um novo público a educar*. Porto: Âmbar.
- Simões, A. (2006). Factos e fatores do desenvolvimento intelectual do adulto. *PSYCHOLOGICA*, 42, 25-43.

- Simões, A. (2007). O que é a educação? In A. Fonseca, M. Seabra-Santos, & M. Gaspar, *Psicologia e educação: novos e velhos temas* (pp. 31-52). Coimbra: Edições Almedina.
- Simões, A. (Maio de 2011). Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem sucedido. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, XV(1), 7-27.
- Simões, A., Lima, M., Vieira, C., Oliveira, A., Alcoforado, J., & Nogueira, S. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *PSYCOLOGICA*, 51, 101-130.
- Simões, A., Oliveira, A., Lima, M., Vieira, C., & Nogueira, S. (2010). O MLQ: um instrumento para a avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIV(2), 247-268.
- Souza, A., & Murai, H. (2007). Qualidade de vida e envelhecimento. *Revista de Enfermagem - UNISA*, 8, 9-11.
- Souza, H. M., Filho, W. J., & Souza, R. R. (2006). *Turismo e qualidade de vida na terceira idade*. São Paulo: Manole, Lda.
- Sposito, G. (2008). *Relações entre bem-estar subjetivo e funcionalidade de idosos em acompanhamento ambulatorial de um hospital universitário*. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas. Campinas, SP: Unicamp.
- Sposito, G., Diogo, M. J., Cintra, F. A., Neri, A. L., Guariento, M. E., & Sousa, M. L. (jan/fev de 2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), 81-89.
- Steger, M., Kashdan, T., Sullivan, B., & Lorentz, D. (Abril de 2008). Understanding the Search for Meaning in Life: Personality, Cognitive Style and the Dynamic Between Seeking and Experiencing Meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199-228.

- Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2003). Intelligence and wisdom. In M. L. Johnson, *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 209-215). Cambridge: Cambridge: Universit Press.
- Tavares, J., Pereira, A., Gomes, A., Monteiro, S., & Gomes, A. (2007). *Manual de psicologia do desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Teixeira, M. C., Domingues, C., Prado, G. A., Maeda, M., Fioravanti, R. M., Braite, R., & Paves, T. (2006). Espelho, espelho meu: existe alguém mais jovem do que eu? *PSYCHOLOGICA*, 42, 231-250.
- Torres, M., & Marques, E. (2008). Envelhecimento ativo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. *VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais: Saberes e Práticas* (pp. 1-12). Viana do Castelo: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa.
- Torres, M., & Marques, E. (2008). *VI Congresso português de sociologia*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Valois, Y. B. (1994). *Paradigmas Educacionais - Escola e Sociedades*. Lisboa: Horizontes pedagógicas.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice: Maturidade e sabedoria*. Porto: Edições ASA.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8(3), 246-252.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Porto: Ambar.
- Volcan, S., Sousa, P., Mari, J., & Horta, B. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedul - expanded form*. Iowa: University of Iowa.  
<http://www.psychology.uiowa.edu/faculty/Clark/>

- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde.
- WHO. (11 de Fevereiro de 2014). *World Health Organization*. Obtido de [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/)
- Zacharewcz, F. (Dezembro de 2003). Velhice: uma breve recuperação histórica. *Revista kairós*, 6(2), 81-93.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Ertmed.

# **ANEXOS**

(Nome e morada da Instituição)

Exmo. (a) Senhor (a) Presidente da (Designação da Instituição),

No âmbito da investigação que estou a desenvolver, no mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitária, orientada pela Professora Doutora Albertina Lima de Oliveira, pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, pretendo realizar um estudo sobre o envelhecimento ativo e espiritualidade.

O objetivo da minha investigação visa perceber, por um lado, a forma como os adultos em idade avançada que frequentam Centros de Dia da região do Vale do Sousa, cuidam da sua saúde, em que atividades estão implicados e de que forma alguns aspetos das suas atividades e cuidados com a saúde contribuem para um envelhecimento ativo. Por outro lado, aferir de que forma a espiritualidade contribuirá para a adoção e desenvolvimento de atitudes e emoções positivas face ao envelhecimento. Assim solicito autorização para administrar inquéritos que permitirão a recolha de dados acerca dos hábitos e atividades promotoras de um envelhecimento ativo e entrevistar um grupo mais restrito, aferindo algumas questões omissas nos inquéritos e afinando para o tema “espiritualidade”.

Enfatizo o facto que será sempre garantida confidencialidade, anonimato e que obviamente os adultos terão todo o direito de se recusarem à participação no estudo.

Agradeço a sua disponibilidade e toda a atenção prestada, e estou disponível para quaisquer esclarecimentos adicionais que considere pertinente.

Atentamente,

Clara do Carmo Vilhena de Carvalho Mesquita

---

Contactos:

- Telemóvel: 931605512;
- Email: clara.vilhena.mesquita@gmail.com

Anexo 2 – Pedido formal ao professor Alexander Astin

Dear Professor,

I'm a master student at the University of Coimbra, Faculty of Psychology and Educational Sciences (Coimbra, Portugal), under the guidance of Professor Albertina Oliveira, that advise me to contact you in order to have your permission to use the CSBV scale in my investigation that you have developed with some colleagues for higher education students. I and my advisor found the topics of the scales very interesting and complete comparing to other very short instruments that is possible to find in the literature. It would be for us a very interesting work to translate and adapt the CSBV for older people in Portugal, under the following objectives of my study (still to improve a little bit): "In which way, activities of elder people and health care, could promote an active and successful aging?"; "What is the role of spirituality in successful aging and in meaning in life"; "To understand the role of spirituality in the development of positive emotions and attitudes towards the aging process". So I'm asking you permission to use and adapt the CSBV scale to elder Portuguese people, in order to accomplish my master's thesis successfully.

I'm very grateful for you attention and availability.

### Anexo 3 – Escalas utilizadas

#### SWLS – Escala de satisfação com a vida

**SWLS**

Mais abaixo, encontrará cinco frases, com que poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marque uma cruz (x), dentro do quadradinho, que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

(1) DM= Discordo Muito  
(2) DP= Discordo Um Pouco  
(3) NCND= Não Concordo Nem Discordo  
(4) CP= Concordo Um Pouco  
(5) CM= Concordo Muito

	DM	DP	NCND	CP	CM
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Escala de autoeficácia para a cidadania



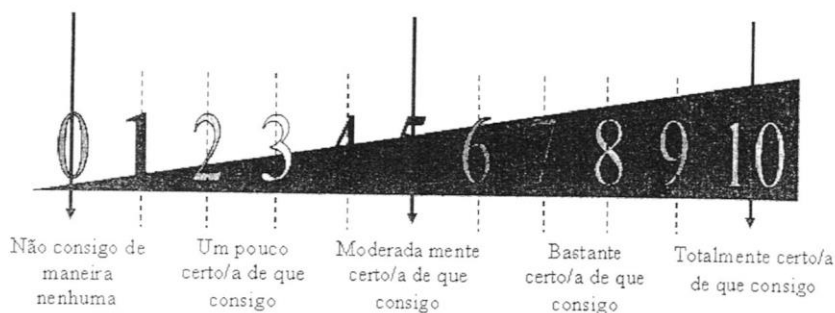
Project Number: 502217-LLP-1-2009-1-PT-GRUNDTVIG-GMP

### CIDADANIA

Para saber como há-de responder a este questionário, por favor, faça esta experiência.

Se lhe pedissem para transportar vários sacos de compras cheios (cerca de 3 Kg cada), qual a confiança que teria de que era capaz de os transportar, de acordo com os exemplos abaixo indicados?

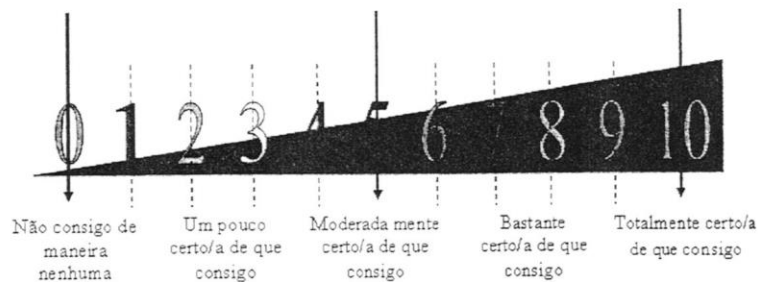
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “**não consegue de maneira nenhuma**” e 10 que está “**totalmente certo/a de que consegue**”, de acordo com a escala que se segue:



Transportar 1 saco (3 Kg)	_____
Transportar 5 sacos (15 Kg)	_____
Transportar 15 sacos (45 Kg)	_____

## CIDADANIA

A seguir encontra várias situações ligadas às diferentes formas de ser um **bom cidadão/cidadã**. Por favor, ao lado direito, **coloque um número entre 0 e 10**, que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma delas, de acordo com as opções que se seguem:



<b>Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:</b>	<b>Confiança (0-10)</b>
1. De me manter informado/a sobre o que se passa no mundo.	_____
2. De saber quais são os meus direitos e responsabilidades enquanto cidadão/ã.	_____
3. De fazer uma utilização cuidadosa da água.	_____
4. De tratar de igual forma todas as pessoas.	_____
5. De fazer a separação dos lixos, de acordo com o seu tipo.	_____
6. De contribuir para um ambiente mais saudável.	_____
7. De ir às Finanças tratar dos meus impostos.	_____
8. De oferecer bens materiais para que outras pessoas possam viver melhor.	_____
9. De respeitar aquelas pessoas que vivem de maneira diferente.	_____
10. De identificar situações tanto no nosso país como no estrangeiro em que há violação dos direitos humanos.	_____
11. De dar algum contributo para a diminuição da pobreza.	_____
12. De tentar mudar os meus comportamentos para ser um/a melhor cidadão/ã.	_____
13. De procurar instituições de apoio aos cidadãos para me informar sobre os meus direitos e deveres.	_____
14. De lutar pelos meus direitos quando me sinto injustiçado/a.	_____
15. De distinguir a informação que interessa daquela que não interessa no rádio ou na	_____



Project Number: 502217-LLP-1-2009-1-PT-GRUNDTVIG-GMP

**Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:**

**Confiança**  
(0-10)

- 16. De reconhecer os meus erros e falhas como cidadão/cidadã. \_\_\_\_\_
- 17. De participar activamente na minha comunidade. \_\_\_\_\_
- 18. De ler e compreender a informação que chega a minha casa através de cartas ou outros documentos escritos. \_\_\_\_\_
- 19. De ajudar os outros a resolver desavenças. \_\_\_\_\_
- 20. De conviver com pessoas que têm ideias diferentes das minhas. \_\_\_\_\_

21. Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si próprio/a de que é capaz de ser um/a bom/boa cidadão/ã?

---

---

---

---

---

---

---

## Escalada de autoeficácia para a saúde



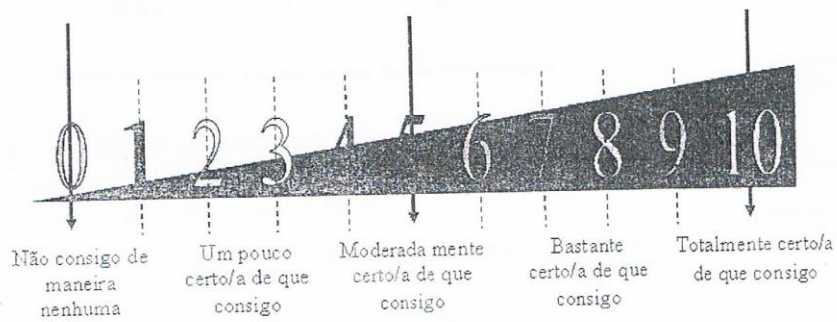
Project Number: 502217-LLP-1-2009-1-PT-GRUNDTVIG-GMP

### SAÚDE

Para saber como há-de responder a este questionário, por favor, faça esta experiência.

Se lhe pedissem para transportar vários sacos de compras cheios (cerca de 3 Kg cada), qual a confiança que teria de que era capaz de os transportar, de acordo com os exemplos abaixo indicados?

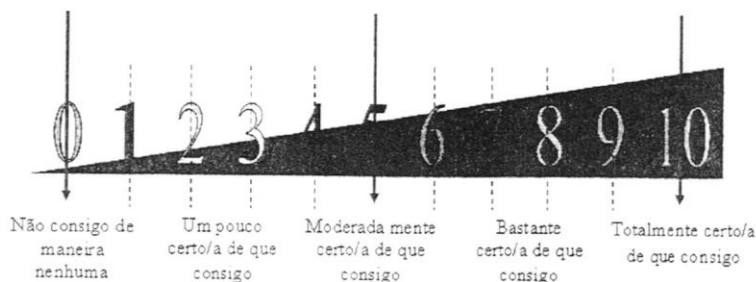
Indique o seu grau de confiança, escrevendo um número de 0 a 10, sabendo que 0 (zero) significa que “**não consegue de maneira nenhuma**” e 10 que está “**totalmente certo/a de que consegue**”, de acordo com a escala que se segue:



[Redacted]	
Transportar 1 saco (3 Kg)	_____
Transportar 5 sacos (15 Kg)	_____
Transportar 15 sacos (45 Kg)	_____

## SAÚDE

A seguir encontra várias situações relacionadas com o que é importante fazer para **ter uma boa saúde**. Por favor, ao lado direito, **coloque um número entre 0 e 10**, que melhor indique a sua confiança ao realizar cada uma delas, de acordo com as opções que se seguem:



Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:	Confiança (0-10)
1. De arranjar companhia para fazer exercício físico, para me sentir mais motivado/a.	_____
2. De me abster de consumir de tabaco.	_____
3. Manter o meu dia-a-dia equilibrado, em termos de actividade, lazer e descanso.	_____
4. De fazer uma alimentação sem abusar do sal.	_____
5. De estar atento(a) a panfletos, cartazes e outros materiais informativos.	_____
6. De evitar os fritos na minha alimentação.	_____
7. De fazer uma alimentação à base de cozidos e grelhados.	_____
8. De consumir vinho ou outras bebidas alcoólicas com muita moderação.	_____
9. De saber o que fazer para recorrer aos especialistas em saúde, numa situação de emergência.	_____
10. De fazer uma alimentação com poucas gorduras saturadas.	_____
11. De arranjar forma de fazer exercício, mesmo que o tempo não esteja de feição.	_____
12. De conseguir fazer uma alimentação com muitas sopas, frutas e legumes frescos.	_____
13. De estar atento/a aos programas mais informativos acerca da saúde na televisão ou na rádio.	_____

**Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:****Confiança**  
(0-10)

14. De pensar nas agradáveis sensações que o exercício físico provoca (por exemplo, sentir-me leve, com mais ânimo para enfrentar a vida) para me motivar a praticar.
15. De procurar informação que precise através da Internet.
16. De cuidar da minha saúde, indo ao médico(a) de família ou a outros especialistas, regularmente.
17. De me organizar, de modo a conseguir fazer exercício físico, mesmo quando o trabalho aperta.
18. De me organizar de maneira a descansar 7 a 8 horas por dia.
19. De insistir comigo próprio/a e de me recompensar por fazer exercício (por exemplo, dizer "ainda bem que fiz a caminhada"), mesmo quando não tenho vontade.
20. De me esclarecer sobre assuntos de saúde junto dos especialistas sempre que preciso.
21. Comparando a sua saúde com a das pessoas da sua idade, como a classifica? *(Por favor, marque com uma cruz, no quadrado próprio abaixo)*
- Muito boa  Boa  Razoável  Má  Muito má
22. Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si próprio/a, relativamente a cuidar bem da sua saúde?
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## Escalada de autoeficácia para a atividade



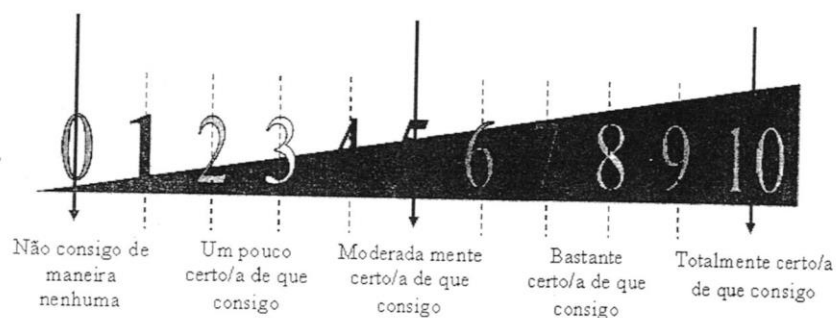
Project Number: 502217-LLP-1-2009-1-PT-GRUNDTVIG-GMP

### ACTIVIDADE

Para saber como há-de responder a este questionário, por favor, faça esta experiência.

Se lhe pedissem para transportar vários sacos de compras cheios (cerca de 3 Kg cada), qual a confiança que teria de que era capaz de os transportar, de acordo com os exemplos abaixo?

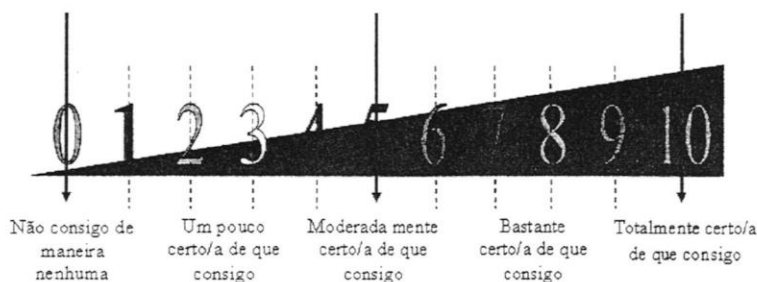
Indique o seu grau de confiança, **escrevendo um número de 0 a 10**, sabendo que 0 (zero) significa que **“não consegue de maneira nenhuma”** e 10 que está **“totalmente certo/a de que consegue”**, de acordo com a escala que se segue:



[Redacted]	
Transportar 1 saco (3 Kg)	_____
Transportar 5 sacos (15 Kg)	_____
Transportar 15 sacos (45 Kg)	_____

### ACTIVIDADE

A seguir encontra várias situações relacionadas com a **actividade** (profissional, de voluntariado ou outras) importantes na vida das pessoas. Por favor, ao lado direito, **coloque um número entre 0 e 10**, que melhor indica a sua confiança ao realizar cada uma delas, de acordo com as opções que se seguem:



Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:

Confiança  
(0-10)

1. De participar em actividades desportivas. \_\_\_\_\_
2. De resolver eventuais problemas ou conflitos (que possam surgir) relacionados com a minha profissão (ou relacionados com outras actividades se estiver reformado/a). \_\_\_\_\_
3. De encontrar forma de visitar os lugares ou instituições (por exemplo, museus, monumentos, feiras, etc.) que despertam em mim um grande interesse. \_\_\_\_\_
4. De me sentir feliz a realizar actividades da minha escolha. \_\_\_\_\_
5. De realizar actividades (profissionais, da vida diária, físicas, etc.) que me satisfaçam. \_\_\_\_\_
6. De cuidar da limpeza da minha casa. \_\_\_\_\_
7. De ajudar outras pessoas ou instituições, através de actividades de voluntariado (por exemplo, ajudar doentes, tomar conta de crianças ou dar outra assistência qualquer). \_\_\_\_\_
8. De encontrar pessoas com quem falar (familiares, vizinhos, amigos, outras pessoas), quando acho que preciso. \_\_\_\_\_
9. De fazer viagens de lazer. \_\_\_\_\_
10. De contribuir para associações ou instituições de solidariedade ou beneficência (bombeiros voluntários, casa dos pobres, lares ou outras). \_\_\_\_\_
11. De me envolver em actividades que me tornam uma melhor pessoa. \_\_\_\_\_
12. De me sair bem na cozinha. \_\_\_\_\_
13. De me ocupar em actividades que me fazem sentir bem (por exemplo, teatro, música, pintura, labores, etc.). \_\_\_\_\_



**Estou confiante de que sou capaz, por mim próprio/a:**

**Confiança**  
(0-10)

- 14. De fazer o melhor por mim fisicamente, mentalmente e espiritualmente. \_\_\_\_\_
- 15. De frequentar associações, clubes, ou outras instituições do meu interesse. \_\_\_\_\_
- 16. De encontrar as pessoas ou os recursos que me ajudam a dar sentido à vida. \_\_\_\_\_
- 17. De fazer as minhas compras. \_\_\_\_\_
- 18. De ajudar na comunidade ou planeta (limpar florestas, plantar árvores). \_\_\_\_\_
- 19. De preparar a minha reforma, ou qualquer outra grande mudança, quando for o momento (ou for necessário). \_\_\_\_\_
- 20. De ter uma prática religiosa, ou princípios de vida, que fazem todo o sentido para mim. \_\_\_\_\_

21. Gostaria de dizer algo mais sobre a confiança que tem em si próprio/a para se manter activo/a e produtivo/a na sua vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Questionário do Significado na vida (MLQ10)

**Instruções:** Por favor pense um pouco naquilo que faz com que a vida e a existência sejam importantes e tenham significado para si. Por favor responda às seguintes afirmações com sinceridade e precisão e por favor lembre-se que estas são questões muito subjetivas e que não há respostas certas ou erradas.

Classifique cada afirmação de acordo com a seguinte escala: 1-absolutamente falso; 2-principalmente falso; 3-algo falso; 4-não sabe se é verdadeiro ou falso; 5-um pouco verdadeiro; 6-principalmente verdadeiro; 7- absolutamente verdadeiro.

1. Eu compreendo o significado da minha vida.	
2. Estou à procura de algo que dê significado à minha vida.	
3. Estou sempre a tentar encontrar o significado da minha vida.	
4. A minha vida tem um propósito claro.	
5. Tenho a noção do que torna a minha vida importante.	
6. Descobri um bom propósito para a minha vida.	
7. Estou sempre à procura de algo que torne a minha vida significativa.	
8. Estou à procura de um propósito ou de uma missão para a minha vida.	
9. A minha vida não tem um propósito claro.	
10. Estou à procura de significado na minha vida.	

## Escala de afeto positivo e negativo (PANAS)

**Instruções:** Leia cada item e, em seguida, marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto se sentiu dessa maneira durante as últimas semanas. Utilize a seguinte escala para registrar as suas respostas:

Classifique cada afirmação de acordo com a escala: 1 - muito pouco ou nada, 2 - um pouco, 3 - moderadamente, 4 - bastante, 5 – extremamente.

Ativo	<input type="text"/>
Caloroso	<input type="text"/>
Nervoso	<input type="text"/>
Perturbado	<input type="text"/>
Excitado	<input type="text"/>
Agradavelmente surpreendido	<input type="text"/>
Orgulhoso	<input type="text"/>
Encantado	<input type="text"/>
Irritado	<input type="text"/>
Remorsos	<input type="text"/>

Culpado	<input type="text"/>
Amedrontado	<input type="text"/>
Entusiasmado	<input type="text"/>
Determinado	<input type="text"/>
Repulsa	<input type="text"/>
Trémulo	<input type="text"/>
Interessado	<input type="text"/>
Atormentado	<input type="text"/>
Inspirado	<input type="text"/>
Assustado	<input type="text"/>



**Universidade de Coimbra**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

Exm<sup>o/a</sup> Senhor/a,

O presente questionário insere-se num estudo de Mestrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e tem como objetivo principal perceber a relação entre a qualidade de vida, o envelhecimento, a espiritualidade e o sentido da vida de pessoas que frequentam Centros de Dia. A este respeito, a sua colaboração, respondendo de forma sincera e espontânea, às diversas questões revela-se indispensável.

Desde já asseguramos a total confidencialidade e anonimato dos dados obtidos, destinando-se os mesmos apenas a fins científicos. Este questionário está organizado em II partes, a primeira sobre dados sociodemográficos e dados institucionais e a segunda sobre percepções pessoais e dados sobre espiritualidade/sentido da vida.

Para responder, não são necessários conhecimentos especiais, basta colocar uma cruz (X) no sítio que melhor indica a sua opinião ou preencher os espaços em branco.

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração!

Clara Mesquita

## **I Parte: Dados sociodemográficos e do Centro de Dia**

### **1. Dados sociodemográficos**

1.1. Sexo: 1 – M  2 – F

1.2. Idade (anos) \_\_\_\_\_

1.3. Nível de escolaridade (o mais alto alcançado) \_\_\_\_\_

1.4. Profissões antes da reforma \_\_\_\_\_

1.5. Zona de residência: Urbana  Suburbana  Rural

1.6. Com quem vive?

Sozinho/a  Cônjuge  Filhos  Outros familiares

Amigos  Outros  \_\_\_\_\_.

1.7. Estado civil:

Casado/União de facto  Solteiro/a  Viúvo/a  Divorciado/separado/a

## 2. Dados relativos ao Centro de Dia

2.1. Instituição com fins lucrativos  Sem fins lucrativos

2.2. Local: Urbano  Suburbano  Rural

2.3. Acessibilidade (proximidade e integração) à comunidade local: Sim  Não

2.4. Tempo de frequência (anos/meses) \_\_\_\_\_

2.5. Tem familiares que frequentem o Centro de Dia? Sim  Não

Se sim, quem? \_\_\_\_\_

## 3. Indique os motivos que o/a levaram a procurar o Centro de Dia?

1. Doença física ou psicológica

2. Morte de familiar

3. Sentir-se só

4. Gosto pessoal

5. Não ter quem cuidasse de si

6. Outra  \_\_\_\_\_.

## II Parte – Perceções pessoais e dados sobre religiosidade/espiritualidade

A seguir encontra um conjunto de perguntas sobre o que pensa de si, do sentido da vida e da religiosidade/espiritualidade. Por favor, responda de acordo com as diversas opções apresentadas.

44 Tem alguma religião (sim(1) / não (2)). Qual? \_\_\_\_\_.

4.1. Considera-se (indique com uma cruz):

_____	_____	_____
Pouco crente	Assim-assim	Muito crente

_____	_____	_____
Pouco praticante	Assim-assim	Muito praticante

5. Costuma rezar?

Sim  Não  (se não, avance para a questão nº 7)

6. Se sim, porque o faz? (indique com uma cruz)

	Frequentemente	Ocasionalmente	Nunca
Para ajudar a resolver problemas			
Para manifestar a minha gratidão			
Para ter coragem			
Para pedir perdão			
Para aliviar o sofrimento dos outros			
Para obter sabedoria			
Pelo amor dos outros			
Para louvar a Deus			
Outra (qual?) _____			

7. Com que frequência participa nas seguintes atividades no seu dia-a-dia?

	Diariamente	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Mensalmente	Raramente	Nunca
Oração						
Reflexões pessoais						
Ginástica, Yoga, Tai Chi, Pilates, etc.						
Meditação						
Cânticos religiosos						
Leitura de textos sagrados						
Leituras sobre religião ou espiritualidade						
Outras (quais?)						

8. Com o passar dos anos, sente que as suas capacidades mudaram, umas para melhor, outras para pior? Por exemplo:

	Muito Melhor	Melhor	Sem alterações	Pior	Muito Pior
Compreender os problemas sociais do país e do mundo					
Aceitar pessoas de diferentes crenças religiosas/espirituais					
A minha relação com a religião					
A minha relação com a espiritualidade					
Capacidade para pensar mais por mim					

próprio/a					
Capacidade para ser mais tolerante e compreensivo/a.					

9. Indique até que ponto concorda com as afirmações que se seguem:

	Concordo fortemente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo fortemente
O amor está na origem de todas as grandes religiões					
Toda a vida está interligada					
É disparatado acreditar em coisas/fenómenos sobrenaturais					
Somos todos seres que procuram um sentido para a vida					
É importante procurar o propósito/sentido da vida					
As pessoas podem tornar-se mais elevadas espiritualmente através da meditação ou da oração					
O mal deste mundo parece ser mais forte do que o bem					
A maioria das pessoas pode desenvolver-se espiritualmente sem ser religiosa					
As pessoas que não acreditam em Deus serão punidas					
As pessoas que não pertencem a nenhuma religião podem orientar a sua vida de forma tão séria e honesta (moral) como os crentes religiosos					
A dor e o sofrimento servem para nos tornarmos pessoas melhores					
O universo (a nossa existência) surgiu como fruto do acaso					
No futuro a ciência será capaz de explicar tudo					
A ciência pode dar-nos informação importante sobre o mundo físico, mas só a religião consegue explicar verdadeiramente a existência					
O centro de dia que frequento permite-me expressar a minha espiritualidade					

10. Das afirmações que se seguem, assinale todas as que melhor indicam a sua ideia ou experiência de Deus:

Espírito universal	
Amor	
Um pai	

Uma mãe	
Parte de mim	
Professor	
Mistério divino	
Protetor	
Criador	
A natureza	
Ser supremo	
Juiz	
Iluminado	
Amigo	
Irmão	
Nenhum destes	

11. As minhas crenças espirituais/religiosas:

	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
Ajudaram-me a ser o que sou				
São uma das coisas mais importantes da minha vida				
Dão sentido/propósito à minha vida				
Ajudam-me a definir os objetivos que ponho a mim mesmo/a				
Dão-me força, apoio e orientação				
Estão por trás da minha filosofia de vida/forma de encarar a vida				
Resultam de muita procura e reflexão pessoais				

12. Para mim, o objetivo pela busca espiritual, ou de um propósito para a vida é uma forma de: (Assinale com uma cruz as afirmações que fazem sentido para si):

Diminuir a dor e o sofrimento do mundo	
Obter harmonia/paz interior	
Obter sabedoria	
Procurar oportunidades que me ajudem a crescer espiritualmente	
Procurar a beleza da vida	
Encontrar respostas para os mistérios da vida	
Procurar ensinamentos religiosos todos os dias da minha vida	
Melhorar a condição humana	
Descobrir quem realmente sou	
Tornar-me numa pessoa melhor	
Conhecer os meus propósitos na vida	
Fazer do mundo um sítio melhor	



13. Indique até que ponto acha que se encontra:

	Muito	Um pouco	De maneira nenhuma
À procura de sentido/propósito para a vida			
A tentar mudar as injustiças que encontra no dia-a-dia			
A aceitar os outros tal como são			
A falar sobre o sentido da vida com amigos/conhecidos			

14. Indique em que situações sentiu um profundo bem-estar (paz interior, uma experiência espiritual ou transcendental):

	Frequentemente	Ocasionalmente	Nem por isso	Não aplicável
Enquanto ouvia uma música bonita				
Numa igreja ou casa de oração				
Quando apreciava uma grande obra de arte				
Enquanto participava numa atuação musical/artística				
Quando contemplava a beleza e harmonia da natureza				
Ao praticar desporto				
Em meditação				
Numa relação amorosa				
Ao ler ou ouvir textos sagrados				
Outra (indique qual):				

15. Desde que começou a frequentar o Centro de Dia, alguma das seguintes situações mudou as suas crenças religiosas/espirituais:

	Muito	Pouco	Não aplicável
Relação amorosa			
Doença grave			
Separação de algum familiar ou divórcio			
Perda de amigo ou familiar chegado			
Desastre natural			
Tragédia ocorrida na instituição			
O relacionamento com os outros utentes			

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

Anexo 4- Grelha de observação individual

**Grelha de observação**

**Dados sociodemográficos – Inquirido nº 0**

Data/hora: 17 de abril de 2013; 14h20-15h18

**Sexo:** masculino; **Idade:**84 anos; **Nível de escolaridade:** 6º ano do básico; **Profissões antes da reforma:** Agência de viagens por conta própria; **Zona de residência:** Urbana; **Com quem vive:** Sozinho; **Estado civil:** solteiro.

<b>Dificuldades sentidas</b>	<b>Sugestões de alteração</b>
O inquirido sentiu dificuldade em compreender no imediato a questão nº 5, atual nº9, no entanto com breve explicação o inquirido respondeu a todos os itens.	
Quanto à questão nº7, o inquirido sentiu dificuldade em responder os motivos pelos quais reza	Transformar esta questão numa questão aberta/semi-aberta
Na questão nº 8, atual nº 10, o adulto sentiu dificuldade em perceber os seguintes itens: “Sinto uma forte ligação com toda a humanidade”; “Sinto-me em busca espiritual”	
Na questão nº 9, atual nº 11 sentiu-se a necessidade de haver um campo de concordância neutra; Demonstrou dificuldade nos itens: “Toda a vida está interligada”; “Somos todos seres espirituais”	Inserir um campo de resposta “Não concordo nem discordo”;
O inquirido também não entendeu a questão nº 10, atual nº 12	Talvez deixar uma questão aberta.
A questão nº 13 (Quantos dos amigos chegados...) causou bastante estranheza, ao que o inquirido não considerou a questão relevante, (senti que lhe era indiferente).	Eliminar este item. (A professora já o eliminou)

<p>Quanto à questão nº 14, o inquirido desvalorizou os itens seguintes: “Melhorar a condição humana” e “Conhecer os meus propósitos na vida”, não os respondendo.</p>	<p>Aguardar por inquirir outras pessoas</p>
<p>Na nº 15 o inquirido não respondeu ao item “A falar sobre o sentido da vida com amigos/conhecidos”, tentei fazer várias reformulações da questão, mas o inquirido desprezava-a.</p>	<p>Talvez aguardar por perceber o que se passa com outros (as) inquiridos (as).</p>
<p>Na questão nº 16 o inquirido apenas considerou os três primeiros itens</p>	<p>Talvez considerar uma questão aberta</p>
<p>Relativamente às questões 17 e 18, não se adequam ao inquirido pois ele frequentou apenas um centro de convívio e esteve institucionalizado num Lar durante apenas 2 meses por imposição familiar após ter tido um AVC, no entanto o inquirido não se adaptou e como recuperou bem do AVC, prefere viver sozinho em sua casa.</p>	
<p>A questão nº 19, atual nº 4 o adulto sentiu dificuldade nos itens: “Cooperação”; “Compaixão”; “Criatividade”; “Procurar saber mais” e “Saúde emocional”; teve ainda dificuldade em perceber o significado de empatia, mas após explicação conseguiu entender. O inquirido achou repetitivos os itens “Ajudar o próximo” e “relações de entreajuda”</p>	<p>Eliminar o item “relações de interajuda” e aguardar por mais inquiridos (as).</p>

## Grelha Síntese

<p>4. A maioria dos inquiridos demonstraram desconforto relativamente a este quadro, desconsiderando-o a sua relevância, demonstrou-se assim pouco pertinente.</p>	<p>Eliminar quadro.</p>
<p>7. Alguns dos inquiridos sentiram dificuldade em enumerar os motivos pelos quais rezam, outros consideraram o 2º e 9º item um pouco repetitivo</p>	<p>Transformar esta questão numa questão aberta/semiaberta, dando alguns exemplos, ou manter reestruturando os itens mencionados</p>
<p>9. Alguns dos inquiridos sentiram dificuldade em posicionar-se no antes e depois da reforma....</p>	<p>Melhorar a questão</p>
<p>10. Nesta questão, foi sentida dificuldades na perceção de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Sinto uma forte ligação com toda a humanidade”;</li> <li>• “Sinto-me em busca espiritual”</li> <li>• “inquieta”</li> <li>• “sagrada”</li> <li>• os itens nº 3 e 4 repetitivos</li> </ul>	<p>Alterar a expressão para “curiosidade”</p> <p>Alterar a expressão inquieta para curiosidade....</p> <p>Acrescentar um campo de resposta; Eliminar um dos itens 3 ou 4 Alterar estrutura do item</p> <p>Reestruturar</p>
<p>11. Nesta questão sentiu-se a necessidade de haver um campo de concordância neutra; ou “Não sei”;</p> <p>Dificuldades nos itens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Toda a vida está interligada”</li> <li>• “Somos todos seres espirituais”</li> <li>• No item nº 5, houve algum desconforto com o facto de a questão estar na negativa;</li> </ul>	<p>Inserir um campo de resposta “Não concordo nem discordo”; ou “Não Sei”</p> <p>Alterar estrutura da questão do respetivo item.</p>
<p>13. Dificuldades na perceção do termo “metas”</p>	<p>Substituir por objetivos.</p>
<p>14. A questão nº 14 a expressão espiritualidade é de difícil compreensão e a qualidade dos itens também não se adequa, sentiu-se alguma redundância nos itens 7 e 11.</p>	<p>Aguardar por inquirir outras pessoas</p> <p>Alterar a expressão “espiritualidade” e colocar sem qualificação apenas para assinalarem os que fazem sentido para si. Eliminar o item nº 7</p>
<p>15. Na nº 15 alguns inquiridos não sentiram dificuldade quanto ao item “A</p>	<p>Talvez aguardar por perceber o que se passa com outros (as) inquiridos (as). 180</p>

<p>falar sobre o sentido da vida com amigos/conhecidos”, tentei fazer várias reformulações da questão, mas o inquirido desprezava-a.</p> <p>O item nº 2 pareceu “não fazer sentido” para alguns</p>	
<p>16. Em relação ao nº 16 houve também alguma dificuldade no entendimento de experiência espiritual</p>	<p>Talvez considerar uma questão aberta</p> <p>Substituir a expressão por paz interior...</p>
<p>17. A maioria dos inquiridos desprezou esta questão alegando que foram religiosos ou espirituais desde sempre, e que acontecimento algum tenha mudado as suas crenças ou atitudes face à sua fé, no entanto foi bastante relevante para um dos inquiridos</p>	<p>Talvez uma questão de resposta aberta.</p>