

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM RELAÇÃO DE AJUDA

DM
DACH/S1

O Efeito da Relação de Ajuda segundo a Abordagem Centrada na
Pessoa no Grau de Auto-Estima e no Sentido Interno de
Coerência do Indivíduo Idoso

Sofia Caetano de Almeida Freifrau von Humboldt Dachröden – Nº 00013749



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação

Registo: 17827
Data: 14/11/2008

Tel.: 21 801 17 50 • ispa@ispa.pt

2006

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação da Professora Isabel Leal e apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, para obtenção do grau de Mestre, na especialidade de Relação de Ajuda, conforme portaria nº 356/2005 de 1 de Abril, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do artº 5º do decreto-lei nº 216/92 de 13 de Outubro.

“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade.”

Virginia Wolf

Agradecimentos

À Profª Doutora Isabel Leal pela atenção e paciência demonstradas na orientação desta tese, pelo carinho, apoio, disponibilidade e por todo o acompanhamento e supervisão até hoje.

À Profª Doutora Odete Nunes e ao Profº Doutor João Hipólito que me acompanharam ao longo destes anos, que me incentivaram a continuar, pela sua orientação e prontidão demonstrada e pela contribuição para o meu desenvolvimento técnico e pessoal.

Ao Profº Doutor Pierre Tap pelos seus conselhos, pela transmissão dos seus valiosos conhecimentos e pela disponibilização do material solicitado.

Ao meu marido, aos meus pais e à Andreia, agradeço o amor, a disponibilidade e apoio.

À Clínica Blumenberg, por ter autorizado a aplicação dos questionários, à Dra. Vânia Santos pela sua colaboração, a todos os jovens que se prestaram a participar neste estudo, gostaria de manifestar o meu sincero agradecimento, pois sem eles não teria sido possível realizar esta investigação.

À Patrícia agradeço a amizade, os seus conselhos e a disponibilidade sempre presentes.

Aos meus colegas que me acompanharam ao longo desta caminhada, agradeço a camaradagem e preocupação sinceros.

Resumo

O processo de envelhecimento é uma constante transversal à realidade do indivíduo, ao longo da sua vida. A percepção do envelhecimento do indivíduo por ele próprio pode constituir um meio do indivíduo se situar em relação a si próprio e em relação aos outros, podendo ser indicador do nível de coerência interna do indivíduo, do seu grau de auto-estima, e do seu grau de bem-estar interno numa idade mais avançada.

Foi nosso objectivo investigar a influência da Relação de Ajuda segundo a Abordagem Centrada na Pessoa – ACP, no grau de auto-estima e no sentido interno de coerência – SIC, de um grupo de 40 indivíduos idosos. Para tal recorreu-se a um estudo de carácter observacional e com características exploratórias, através da utilização da Escala de Estima de Si de Rogers e da Escala de Sentido Interno de Coerência de Antonovsky. Após o processo terapêutico empreendido, os idosos revelaram um grau de auto-estima positivo, inversamente ao que se verificou antes do início das sessões e uma melhoria do seu valor absoluto, conseqüente de um ajustamento do self ideal em relação ao self real, passando este último a ser inferior ao primeiro. Quanto ao SIC, os idosos revelaram um aumento significativo do SIC após as sessões, suportado essencialmente por um aumento substancial do Sentido de Compreensibilidade, por um ligeiro aumento do Sentido de Significância e uma pequena diminuição do Sentido de Gestão. Os resultados da investigação, revelam uma tendência positiva do grau de auto-estima, que passou de negativo a positivo, com um aumento inerente da congruência interna do idoso, e uma tendência igualmente positiva do SIC, com uma diferença significativa entre o momento antes e após as sessões realizadas, não se tendo verificado qualquer correlação entre os indicadores e as variáveis socio-demográficas apresentadas.

***Palavras-Chave:* Envelhecimento, Idoso, Relação de Ajuda, Abordagem Centrada na Pessoa, Auto-Estima, Congruência, Sentido Interno de Coerência.**

Abstract

Ageing process is a transversal constant through individual's reality in life. The perception of ageing by the individual can become a way for him to situate himself in relation to him and to others and indicates his level of internal coherence, level of self-esteem, and his level of internal well-being on an older age.

It is our aim to investigate the influence of psychological counselling through Rogerian Theory, upon the self-esteem degree and upon the sense of coherence of a group of 40 elderly individuals. For that, one used an observational study, with descriptive and exploratory characteristics, with Rogers' Scale of Self-Esteem and Antonovsky's Scale of Sense of Coherence.

After the therapeutic process, elderly revealed a positive degree of self-esteem, inversely to prior sessions and an improve of the absolute value, in consequence of the adjustment of the real self, in relation to the ideal self, being the last one inferior to the first one.

In what concerns to the sense of coherence, elderly revealed a significative increase after the sessions, essentially supported by a substantial increase of the Sense of Comprehension, a slight increase of the Sense of Significance and a slight decrease of the Sense of Management.

The results of the study demonstrate a positive trend of the degree of self-esteem, that became positive, and also an increase of the internal congruence of the elderly, and a positive trend of sense of coherence, with a significative difference between the beginning and the end of sessions, and the non-existence of any correlation between the indicators and the presented socio-demographic variables.

***Key Words:* Ageing, Elderly, Person-Centered Theory, Self-Esteem, Congruence, Sense of Coherence.**

Índice

Introdução	14
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1 A Idade, o Processo de Envelhecimento e o Idoso	17
A Problemática da Idade e do Envelhecimento Segundo as Várias Abordagens .	17
As Dimensões da Idade Subjectiva do Indivíduo	21
A Personalidade, as Emoções e a Idade	25
O Processo de Envelhecimento no Indivíduo	28
O Adulto de Meia-Idade e de Idade Avançada	30
O Idoso e o Processo de Envelhecimento	34
O Envelhecimento Cognitivo no Idoso	36
O Suporte Social e Afectivo no Processo de Envelhecimento.....	38
A Saúde e a Situação Económico-Social no Processo de Envelhecimento.	40
2 A Concepção Humanista do Processo de Personalização do Indivíduo.....	44
O Desenvolvimento da Personalidade do Indivíduo na Abordagem Centrada na Pessoa	44
O Organismo e o Campo Fenomenológico	46
A Tendência Actualizante	47
O Conceito do Self e do Self real versus Self ideal e o Envelhecimento ...	49
Congruência versus Incongruência	51
A Auto-Estima	53
O Sentido Interno de Coerência	55

3	O Efeito da Relação de Ajuda no Grau de Auto-Estima e de Coerência Interna do Idoso	63
	As Atitudes Relacionais e as Condições para a Mudança Construtiva da Personalidade	63
	A Relação de Ajuda na Problemática do Envelhecimento no Idoso	67
	O Impacto da Relação de Ajuda na Identidade, no Grau de Auto-Estima e no Sentido de Coerência do Idoso	70
	MÉTODO	75
1	Definição do Problema	75
	Perspectiva Geral do Estudo	75
	Definição do Problema	79
	Delineamento do Estudo.....	79
	Hipóteses Estatísticas	80
	Definição das Variáveis Estatísticas.....	81
2	Participantes	83
	Definição da Amostra.....	83
	Caracterização da Amostra Analisada	84
3	Material	88
	Questionário de Dados Pessoais	89
	Escala de Estima de Si – EES Rogers	89
	Escala de Sentido Interno de Coerência – SIC Antonovsky	91
4	Procedimento	93
	Descrição dos Procedimentos Formais e Éticos	93
	RESULTADOS	95
1	Apresentação dos Resultados.....	95
	Grau de Auto-Estima	98
	Correlação da Auto-Estima com o Género	102
	Correlação da Auto-Estima com a Idade	103

Correlação da Auto-Estima com o Estado Civil	104
Correlação da Auto-Estima com a Ocupação/Actividade	105
Correlação da Auto-Estima com o Agregado Familiar	107
Sentido de Coerência Interna	108
Correlação do SIC com o Género	112
Correlação do SIC com a Idade	114
Correlação do SIC com o Estado Civil	115
Correlação do SIC com a Ocupação/Actividade	116
Correlação do SIC com o Agregado Familiar	118
DISCUSSÃO	127
1 Discussão e Considerações Finais	127
Limitações do Estudo	127
Metodologia e Investigação	128
Resultados	129
2 Síntese e Recomendações	134
REFERÊNCIAS	137
Anexos	153
Anexo I – Pedido de Colaboração à Instituição Envolvida no Estudo	154
Anexo II – Questionário de Dados Pessoais	156
Anexo III – Escala de Estima de Si - EES Rogers	158
Anexo IV - Sentido de Coerência Interna – SIC Antonovsky	165
Anexo V - Outputs Referentes às Análises Realizadas para a Caracterização da Amostra	170
Anexo VI – Outputs Referentes à Apresentação dos Resultados.....	173

Índice de Tabelas

TABELA 1: Decomposição do SIC pelos seus itens	92
TABELA 2: Teste de normalidade em relação à Auto-Estima no momento A..	96
TABELA 3: Teste de normalidade em relação à Auto-Estima no momento B .	96
TABELA 4: Teste de normalidade em relação ao SIC no momento A	97
TABELA 5: Teste de normalidade em relação ao SIC no momento B	97
TABELA 6: Comparação entre o grau de correlação entre os totais de self real e self ideal, no momento A	98
TABELA 7: Comparação entre o grau de correlação entre os totais de self real e self ideal, no momento B	98
TABELA 8: Estatísticas-resumo em relação à Auto-Estima na amostra no momento A	101
TABELA 9: Estatísticas-resumo em relação à Auto-Estima na amostra no momento B	101
TABELA 10: Diferenças da Auto-Estima e dos seus componentes entre o momento A e B	101
TABELA 11: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e ao Género no momento A e B	103
TABELA 12: Teste Mann-Whitney referente ao Grau de Auto-Estima e ao Género no momento A e B	103
TABELA 13: Teste Anova a 1 factor (análise de variâncias) referente ao Grau de Auto-Estima e à Idade no momento A e B	104
TABELA 14: Teste de Kruskal-Wallis referente ao Grau de Auto-Estima e à Idade, no momento A e B	104
TABELA 15: Teste Anova a 1 factor (análise de variâncias) referente ao Grau de Auto-Estima e ao Estado Civil no momento A e B	105
TABELA 16: Teste de Kruskal-Wallis referente ao Grau de Auto-Estima e ao Estado Civil, no momento A e B	105
TABELA 17: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e à Actividade/Ocupação no momento A e B	106
TABELA 18: Teste Mann-Whitney referente ao Grau de Auto-Estima e à	

Actividade/Ocupação no momento A e B	106
TABELA 19: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao Grau de Auto-Estima e à Actividade/Ocupação no momento A e B	107
TABELA 20: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e B	108
TABELA 21: Teste Mann-Whitney referente à Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e B	108
TABELA 22: Teste Kolmogorov-Smirnov referente à Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e B	108
TABELA 23: Estatísticas-resumo em relação ao SIC na amostra no momento A	111
TABELA 24: Estatísticas-resumo em relação ao SIC na amostra no momento B	111
TABELA 25: Diferenças do SIC e dos seus componentes entre o momento A e B	112
TABELA 26: Teste t-Student referente ao SIC e ao Género no momento A e B	113
TABELA 27: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e ao Género no momento A e B	113
TABELA 28: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e ao Género no momento A e B	113
TABELA 29: Teste Anova a 1 factor (análise de variâncias) referente ao SIC e à Idade no momento A e B	114
TABELA 30: Teste de Kruskal-Wallis referente ao SIC e à Idade, no momento A e B.....	115
TABELA 31: Teste Anova a 1 factor (análise de variâncias) referente ao SIC e ao Estado Civil no momento A e B.....	116
TABELA 32: Teste de Kruskal-Wallis referente ao SIC e ao Estado Civil, no momento A e B.....	116
TABELA 33: Teste t-Student referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B	117
TABELA 34: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B	117
TABELA 35: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B	117
TABELA 36: Teste t-Student referente ao SIC e ao Agregado Familiar no	

momento A e B	118
TABELA 37: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e ao Agregado Familiar no momento A e B	119
TABELA 38: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e ao Agregado Familiar no momento A e B	119

Índice de Figuras

FIGURA 1: Modelo de Disfunção Psicológica.....	62
FIGURA 2: Quadro-síntese do efeito da relação de ajuda no idoso.....	74
FIGURA 3: Distribuição da amostra em % por género	84
FIGURA 4: Distribuição da amostra em % por estado civil	85
FIGURA 5: Distribuição da amostra em % por actividade/ocupação	86
FIGURA 6: Distribuição da amostra em % por agregado familiar	87
FIGURA 7: Médias da Auto-Estima e das suas componentes nos momentos A e B	101
FIGURA 8: Médias do SIC e das suas componentes nos momentos A e B	112

Introdução

A idade constitui um parâmetro importante do ponto de vista de estrutura social e cognitivo. Funciona como uma categoria para o delineamento de expectativas culturais e sociais sobre experiências de vida e papéis sociais. É também importante para a personalidade do indivíduo, particularmente no que diz respeito à auto-identificação e auto-percepção.

Do ponto de vista social, esta categoria é uma dimensão comum, através da qual as instituições são organizadas. A educação e o emprego são exemplos disso, ao promover em muitas circunstâncias, as perspectivas de promoção pela idade e antiguidade. Os direitos e deveres dos indivíduos estão muitas vezes determinados pela idade. É o exemplo do direito de voto, de condução, de trabalho (ex. infantil), proibição de beber, de casamento, de escolaridade obrigatória. Mais, as pensões, os serviços sociais e a segurança social obedecem também a parâmetros de idade.

Sendo a idade uma constante ao longo da vida e o processo de envelhecimento inevitável, em conjunto com a sua relevância nos dias de hoje, onde as limitações da ciência nos permitem quanto muito, atrasar os sinais biológicos da passagem do tempo mas não eliminá-los a estes ou ao próprio processo em si, esta realidade conduz muitas vezes a estados de incoerência interna do indivíduo, particularmente visíveis numa idade mais avançada, em que o idoso é confrontado com uma diminuição das expectativas sociais, com a perda do suporte social de entes mais próximos, das condições de saúde e da angústia da aproximação do fim da vida, o que se traduz numa potencial condição de fragilidade psicológica com consequência ao nível de alterações no Grau de Auto-Estima, na percepção do seu *self*, na sua coerência interna.

Neste sentido, o presente trabalho, inserido no âmbito do Mestrado em Relação de Ajuda e Perspectivas de Psicoterapia Existencial, constitui o resultado de uma investigação, com um

desenho descritivo-exploratório, efectuada sobre a forma como a Relação de Ajuda segundo a ACP pode intervir no grau de congruência e no sentido de coerência interna de indivíduos idosos, medidos respectivamente pelo Grau de Auto-Estima, através da Escala de Estima de Si de Rogers e pelo grau de SIC, medido pela Escala de SIC de Antonovsky.

Pretendemos investigar com este trabalho, em primeiro lugar, se existe uma correlação entre a relação de ajuda e o Grau de Auto-Estima e de SIC do indivíduo idoso, verificando se esta potencialmente poderá ter um efeito positivo nestes mesmos indicadores. Em segundo lugar, pretendemos avaliar diferenças nos idosos ao nível do Grau de Auto-Estima e do SIC, em função de variáveis socio-demográficas que consideramos pertinentes para o estudo. Para operacionalizar o estudo, recorreremos a três instrumentos: um questionário de dados pessoais para obtenção de informação socio-demográfica, à Escala de Estima de Si de Rogers e à Escala de Sentido de Coerência Interna de Antonovsky, que nos permitem medir os indicadores de auto-estima e de SIC respectivamente.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho é constituído por quatro partes, sendo a primeira o enquadramento teórico, seguida do método, da apresentação dos resultados e da discussão dos mesmos com as respectivas considerações finais.

O enquadramento teórico inicia-se pela análise das principais abordagens e conceitos relativos à idade e ao processo de envelhecimento e ao idoso, com uma visão dirigida ao processo de envelhecimento neste último. Segue-se uma contextualização da concepção humanista do desenvolvimento de personalização do indivíduo, onde são abordados os principais conceitos, no contexto da ACP e da relação de ajuda, com incidência particular no Grau de Auto-Estima e no SIC, integrados numa perspectiva salutogénica da saúde. Ainda no enquadramento teórico, a última parte está reservada à intervenção terapêutica da relação de ajuda, com as respectivas atitudes relacionais e condições para a mudança construtiva da personalidade e a sua relação com o Grau de Auto-Estima e de SIC do indivíduo idoso.

A parte referente ao método é composta pela definição do problema que engloba a perspectiva de investigação, a definição do problema, o delineamento do estudo, as hipóteses

estatísticas e a definição de variáveis. A parte relativa aos participantes engloba a definição e caracterização da amostra, o material inclui os instrumentos utilizados, e o procedimento refere-se aos procedimentos formais e éticos. A parte dos resultados e a análise apresentam os dados obtidos, em primeiro lugar, numa referência descritiva à amostra e depois na análise da relação entre as variáveis. Considerando que é um estudo com uma metodologia mista, foram utilizados como instrumentos de avaliação a Escala de Estima de Si de Rogers e a do Sentido de Coerência Interna de Antonovsky.

O trabalho é finalizado com a discussão dos resultados, tendo em conta o quadro conceptual de referência, bem como a nossa experiência pessoal, terminando com as considerações finais que consideramos mais relevantes, procurando identificar as suas implicações em termos do idoso, e a partir destas, formulando algumas recomendações para investigações futuras, que possam contribuir para a melhor compreensão deste tema.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Idade, o Processo de Envelhecimento e o Idoso

A Problemática da Idade e do Envelhecimento Segundo as Várias Abordagens

Com excepção do trabalho pioneiro de G. S. Hall (1922), Charlotte Bühler (1933), Carl Jung (1933) e Walter Miles (1933), foi apenas após a 2ª Guerra Mundial que começaram a surgir desenvolvimentos teóricos sobre a Psicologia da Idade e do Envelhecimento na comunidade científica, incidindo estes maioritariamente em temas como a idade, o envelhecimento ou o idoso. Os estudos sobre a idade têm-se debruçado sobre as diferenças de comportamento segundo a idade, comparando diferentes grupos etários, e sobre as causas e consequências dos processos responsáveis pelas diferenças relacionadas com a idade. Os autores que se focalizaram no envelhecimento, têm abordado padrões de comportamento de mudança, em função da idade, integrando em simultâneo abordagens sobre a idade e os idosos, em estudos longitudinais e finalmente os autores que se debruçam sobre os idosos enfatizam estes e a terceira-idade, e têm-se centrado sobretudo em doenças demenciais, tais como *Alzheimer*, nível de satisfação e qualidade de vida, viuvez, aposentação, cognição e a morte.

A idade pode apresentar-se de diversas formas sendo uma das categorias sociais e culturais mais primárias. Normalmente é utilizada interdependentemente com o género. A idade cronológica é uma propriedade que caracteriza todos os indivíduos e que pode ser uma medida para a maturação biológica, desenvolvimento psicológico ou medida de pertença a categorias mais amplas como estágio ou fase da vida. Pode também ser referida como um status/categoria que afecta os papéis desempenhados pelos indivíduos e as formas como são percebidos pelos

outros. Assim é razoável esperar que a percepção do indivíduo, seja desenvolvida e apoiada pelos papéis sociais e alterada quando esses mesmos papéis mudam (Gove, Ortega & Style, 1989).

Os papéis sociais podem fazer-se sentir na percepção da idade pelo indivíduo através de alterações de papéis ou transições, tais como acontecimentos da vida, que servem de marcos que simbolizam as transições de certas categorias de idade para outras e também pelo desempenho do próprio papel social através de um efeito mais subtil, dado que o papel social e as interacções que daí decorrem tem influência no que o indivíduo sente numa certa idade, o que experimenta, faz e pensa na sua vida de dia-a-dia. O mesmo efeito também se verifica na idade cronológica em relação à idade percebida.

De facto não se pode referir uma abordagem única sobre as alterações sofridas pelo indivíduo ao longo da vida. Também sociólogos, historiadores e demógrafos, têm-se preocupado com os temas relacionados com a idade, tendo a sua ênfase sido sobretudo nas mudanças de papéis ao longo da vida e nas diferenças entre diversas categorias de idades. Tal como Rossi (1980), referencia, *“estes trabalhos referenciam a idade como se esta, per se, tivesse pouca significância excepto pelo timing dos acontecimentos da vida”* (p. 6).

Se a idade tem um significado social, então poderíamos supôr que esta pode ter um efeito na auto-percepção do indivíduo pois a idade pode ser associada a actividades, experiências e simbolismos e que por sua vez podem influenciar também a própria percepção da idade pelo indivíduo. A título de exemplo, numa sociedade onde a juventude é valorizada, a identificação como sendo jovem é mais positiva do que a identificação como sendo de meia-idade ou idoso, no sentido em que ser jovem é mais elevadamente valorizado culturalmente e socialmente por essa sociedade.

Se a sociedade estiver em ritmo de envelhecimento, pode contribuir para a longevidade do indivíduo e também para a mudança dos papéis sociais. Os papéis sociais são prolongados, a sequência dos papéis é mais complexa e mais variada (Settersten & Mayer, 1997).

Do ponto de vista social, existem normas que em relação à idade envolvem o aconselhamento sobre o que “se deve” ou “não deve” fazer. Verificam-se timings de acontecimentos de vida esperados, idades preferenciais para certos acontecimentos e para as transições dos mesmos. Segundo George (1990), as auto-percepções do indivíduo sobre a idade têm um papel importante, pois são geradas por factores socio-estruturais (ex. papéis) e afectam resultados, tais como o bem-estar o que implica que a percepção da idade é afectada pelos papéis desempenhados devido à idade.

Para estes autores, segundo os quais a idade é explicada pela Teoria dos Papéis Sociais, esta é vista com a consequência de envolver a aquisição e perda de papéis. O indivíduo desenvolve uma consciência da sua posição social, a partir da sua interacção com os outros. Esta interacção produz um *self* social, que liga o indivíduo a sociedade. Em sociedades com normas e valores definidos, existem associações claras de papéis especiais de acordo com a idade e o sexo definidos (Gove et al., 1989).

Nesta abordagem o *self* é percebido normalmente de um modo mais positivo no estado adulto jovem, ao qual sucede um declínio de acordo com a idade. Um dos motivos para este facto acontecer, deriva do facto do curso da vida e o envelhecimento serem inicialmente associados com a aquisição de papéis, com transição de papéis e por fim com a perda de papéis. Por regra geral, a aquisição de papéis é normalmente uma experiência positiva, a transição destes pode implicar algum stress e a perda de papéis é normalmente problemática. Nas mulheres, a perda de papéis é relacionada com a menopausa ou a perda de papel como mãe e nos homens como a aposentação. Por outro lado, a cultura da sociedade ocidental é fortemente valorizadora da juventude e portanto valores como a força, a energia, a beleza e a moda, desvalorizam características das pessoas idosas, considerando-as como antiquadas, distantes, pouco atraentes e pouco úteis. Por último, os adultos da meia-idade por não acompanharem muitas vezes, as mudanças sociais, transportam os seus hábitos e os seus estilos de vida para a terceira-idade (Gove et al., 1989).

Segundo Mayer e Tuma (1990), o conceito de curso de vida refere-se à forma como as instituições sociais moldam e institucionalizam a vida do indivíduo nos domínios da educação, família e trabalho. Portanto, a vida é composta de trajetórias educacionais, histórias de trabalho, carreiras ocupacionais e histórias de família, entre outros. Para estes autores, a idade é tanto mais relevante quando mais modernizada for a sociedade. A título de exemplo, para comunidades mais rurais como Clifden, na Irlanda ou os Bushmen no Botswana, as questões sobre a idade fazem pouco sentido.

No âmbito da Teoria da Idade e do Envelhecimento, Neugarten (1968) estudou o ciclo de vida com destaque para os momentos de transição de estados na vida, tais como o casamento e o nascimento de filhos. Estes momentos têm à partida uma calendarização pré-definida, e espera-se que aconteçam em determinada idade e com determinada sequência e portanto podem contribuir para mudanças no conceito do self e na identidade do indivíduo (Schroots, 1996).

Noutra perspectiva, Thomae (1970) integra perspectivas biológicas, sociológicas e interaccionistas, dando ênfase à dinâmica psicológica do envelhecimento, na Teoria Cognitiva da Personalidade e Envelhecimento. São conceitos centrais para esta teoria, a percepção, a situação percebida e o self percebido. Segundo esta, a mudança de comportamentos está mais relacionada com a mudança percebida do que com a mudança objectiva. A mudança é percebida e avaliada em termos das principais preocupações e expectativas do indivíduo em relação ao envelhecimento (Schroots 1996).

Segundo os autores da Teoria do Envelhecimento, o processo de envelhecimento despoleta mudanças de comportamento ao longo da vida, tendo sido analisadas por estes sete formas de envelhecimento de um ponto de vista psicológico. Com base nisto, foi ainda desenvolvido o Modelo de Envelhecimento de Optimização Selectiva com Compensação, em que o foco central é a gestão da dinâmica entre ganhos e perdas do indivíduo em relação ao envelhecimento. A selecção diz respeito à definição de objectivos que reflectem adequadamente o sistema de recursos actuais no horizonte de tempo actual. A optimização é acerca da aquisição e investimento de meios adequados aos objectivos. Por último, a compensação diz respeito à

utilização de meios, novos para conseguir o objectivo quando os antigos já não se encontram disponíveis (Baltes, 1987).

Para os teóricos da Genética Comportamental, a ênfase é, em que medida os factores hereditários influenciam as mudanças relacionadas com a idade, através do curso da vida do indivíduo e por último, segundo a Teoria da Geodinâmica, o envelhecimento é visto como uma série de transformações não lineares no sentido de estruturas ou de processos mais elevados ou mais baixos, mostrando uma tendência, progressiva para uma maior desordem e caos, que resultam por último na morte. Esta teoria tem a sua origem na Dinâmica de Sistemas (Schroots, 1996).

As Dimensões da Idade Subjectiva do Indivíduo

Proporções significativas de idosos recusam a identificação como “velho” ou “idoso” e preferem ser tratados como “jovens” ou “da meia-idade”. A idade auto-percebida é independente da idade cronológica e varia de acordo com o quadro de referências de cada indivíduo, daí que os gerontologistas sociais há muito que estão cientes da discrepância entre a idade cronológica e a idade auto-percebida. A tendência para o indivíduo se identificar com grupos etários diferentes do seu, é um fenómeno referenciado por vários autores.

A idade é, de facto um constructo com conteúdo social e significado pessoal, mais que meramente cronologia. Neste sentido, os indivíduos atribuem uma catalogação de idade a eles próprios e gerem os efeitos consequentes dessa mesma catalogação. Entre pessoas com a mesma idade cronológica é provável haver grande variedade na categoria de idade percebida em que se classificam. Se tomarmos como exemplo a idade de 55 anos, alguns indivíduos consideram-se em relação a esta, jovens, outros idosos e provavelmente outros na meia-idade. Portanto, a idade subjectiva ou percebida refere-se à classificação que reflecte como os indivíduos têm a percepção de si, em termos de idade. Por outras palavras, a idade subjectiva diz respeito à idade

que o indivíduo sente e em que grupo de idade, ele se categoriza, ou que idade gostaria de ter, independentemente da sua idade actual.

A expressão verbal da percepção da idade é também um reflexo da cultura instituída. A pergunta correspondente na Língua Inglesa à idade é muito diferente da da Portuguesa. *How old are you?* refere-se ao número de anos completados, uma característica actual enquanto que *What is the date of your birth?* se refere a um acontecimento passado. Em segundo lugar, a data de nascimento é a mesma ao longo da vida e precisa, enquanto que a idade está sempre em mudança. Na Língua Portuguesa a pergunta é: “Que idade tem?” e refere-se a um estado circunstancial, mutável e quantificado. O verbo Ser é substituído pelo verbo Ter. O indivíduo em português tem idade, não é idade, o que indica a substituição de uma característica infra-estrutural intrínseca ao ser humano por uma característica circunstancial do indivíduo, agravada pelo sentido de posse versus o sentido de ser.

Poderíamos afirmar que a idade subjectiva varia ao longo da idade cronológica? Geralmente os adolescentes tendem a identificar-se geralmente com idades mais avançadas (ser mais maduros), os adultos mantêm uma maior correspondência com a idade cronológica e os adultos mais velhos identificam-se geralmente com idades mais jovens. Os adultos na década dos 30 apresentam uma grande variabilidade de identificação com grupos etários mais jovens ou mais velhos, provavelmente devido às muitas variações de vida nessa fase: casamento, nascimento de filhos, divórcio, entre outros.

No entanto, a idade percebida não tem de estar necessariamente divorciada da idade cronológica e algumas idades, como são o caso dos 18 anos, 50 anos e 65 anos, com a maioridade, a meia-idade e a aposentação associadas, respectivamente, comportam um significado especial, pois representam marcos específicos no curso da vida e transportam consigo um simbolismo próprio. Neste contexto, a idade pode representar um significado coerente com a percepção do próprio sobre a idade, e como consequência dos significados das categorias de idade na cultura que rodeia o indivíduo e das mensagens individuais recebidas a partir da interacção com os outros.

O conceito da idade subjectiva, ou por outras palavras, quão velho indivíduo se vê a si próprio, representa uma perspectiva importante no processo de envelhecimento, porque muitos comportamentos pessoais e sociais parecem estar ligados a este conceito (Barak & Stern, 1986; Goldsmith & Heiens, 1992).

Kastenbaum, Derbin, Sabatini e Artt (1972) identificaram quatro dimensões de idade subjectiva, relacionadas com diferentes áreas funcionais do self. Estas dimensões que servem de base para medir a idade subjectiva são as dimensões psicológica, biológica, social e cognitiva, operacionalmente definidas como “sentir idade”, “ser idade”, “agir idade” e “pensar idade” respectivamente. A cada uma destas dimensões, separadamente, corresponde uma perspectiva diferente da idade subjectiva, e que pode estar ou não reflectida na idade cronológica do indivíduo tornando-a mais multidimensional e completa do que a própria idade cronológica (Goldsmith & Heiens, 1992).

Birren e Cunningham (1985) referenciam dimensões de idade subjectiva: (i) a idade biológica, definida pela presente posição do indivíduo, com respeito à sua esperança de vida potencial, e que não coincide necessariamente com a idade cronológica, (ii) a idade social, que diz respeito aos papéis e hábitos do indivíduo, respeitantes aos outros membros da sociedade e (iii) a idade psicológica que é definida como sendo a capacidade comportamental dos indivíduos para se adaptarem às necessidades em mudança. Segundo estes, a idade psicológica pode estar relacionada com as idades social e biológica, e é também mais ampla do ponto de vista conceptual por incluir o uso de capacidades adaptativas de memória, aprendizagem, inteligência, técnicas, sentimentos, motivações e emoções, através do exercício do controlo comportamental (Settersten & Mayer, 1997).

Também Barak e Schiffman (1981) se aproximam bastante destes autores. Para estes, existem várias dimensões não-cronológicas para medir a idade. São exemplos disso, (i) a idade biológica - uma estimativa da posição actual do indivíduo, tendo em conta o potencial de esperança de vida, (ii) a idade social - a idade do indivíduo segundo os hábitos e papéis sociais desempenhados por este, (iii) a idade percebida pelos outros - a avaliação perceptiva da idade do

indivíduo, pelos outros que o rodeiam e (iv) a idade subjectiva ou percebida pelo indivíduo sobre a sua idade, em termos de referência a determinado grupo etário.

Para alguns autores, os dois sexos não percebem a idade de igual forma. As mulheres percebem a idade diferentemente dos homens porque indicam maior susceptibilidade aos estereótipos negativos associados ao envelhecimento e ao idoso. À medida que a idade cronológica das mulheres aumenta, estas experienciam uma maior discrepância entre a idade actual e a idade sentida pelo indivíduo, comparativamente aos homens (Goldsmith & Heiens, 1992).

As mulheres idosas podem apresentar um aspecto no qual possuem uma visão mais positiva do self que os homens da mesma idade: a idade subjectiva. Em relação a sentirem-se mais jovens, as mulheres excedem normalmente os homens. No entanto, ser idoso é uma caracterização mais ameaçadora para as mulheres idosas do que para os homens idosos e isto porque manter a identidade de uma idade jovem é especialmente importante para o sexo feminino para a garantir um bem-estar subjectivo (Pinquart & Sörensen, 2001).

Quanto à valorização social da idade, a combinação de papéis desempenhados por indivíduos influencia a percepção do próprio indivíduo sobre a idade e as mudanças na percepção da idade. Na perspectiva de Logan, Ward e Spitze (1992), dentro dos papéis sociais, os estados ou transições (marcos de mudança) podem ser muito relevantes para o indivíduo pois podem moldar a percepção da idade ao longo da vida. O desenvolvimento do adulto está mais ligado ao timing dos eventos nas várias esferas da vida do que à idade cronológica. Neste sentido, é visível o facto de os alertas que marcam o envelhecimento provocarem alterações significativas no auto-conceito de idade. Exemplificando, as mensagens de cartão de aniversário para idades marcantes como os 30, 40 ou 50 anos são chamadas de atenção da proximidade da meia-idade e com isso arrastam consigo um abrandamento na vida, indicando que o indivíduo apesar de ainda não ser idoso, também já não é jovem.

Também a somar a isto, outros factores, tais como os avisos geracionais, exemplificando, o nascimento de netos, encontrar-se na geração intermédia entre pais idosos e filhos adultos

(geração *sandwich*) e chamadas de atenção contextuais, tais como assumpção de responsabilidades, morte de alguém da mesma idade e problemas de saúde do próprio ou dos outros próximos, contribuem para a mesma percepção atrás referida (Karp, 1988; Logan et al., 1992).

Outro conceito pertinente que surge associado à idade subjectiva, é o da esperança de vida subjectiva, que nos indica a idade que o indivíduo espera atingir. Esperar uma longa vida, implica a projecção de um futuro seguro. Por outro lado esperar morrer jovem denuncia a projecção de um futuro incerto, arriscado e limitado. A esperança de vida subjectiva pode ser um bom complemento para medir a qualidade de vida subjectiva e a longevidade real, possivelmente até mais assertivamente, já que indica que os indivíduos têm acesso directo às percepções que lhe permitem julgar a sua própria saúde e a probabilidade da morte, melhor do que de qualquer outra forma.

O mais impressionante sobre a esperança de vida subjectiva é a sua própria valorização de vida. A esperança de vida subjectiva vai de encontro a própria existência do indivíduo. Assim, tal como esperar morrer cedo pode levar a consequências perniciosas de isolamento social, esperar viver mais tempo pode implicar consequências benéficas para as relações sociais. Desde cedo, o facto do indivíduo antecipar estes benefícios, por ter uma esperança de vida subjectiva elevada, pode motivá-lo a criar e a sustentar relacionamentos que a garantam por último (Ross & Mirowsky, 2002a).

Neste sentido, Overall (2004), refere que os conceitos de idade avançada e juventude e os significados de diferentes períodos da vida humana podem ser portanto alterados segundo as perspectivas do indivíduo em função de obter uma vida mais longa.

A Personalidade, as Emoções e a Idade

Certos autores enfatizam o potencial de plasticidade da personalidade em função das variáveis contextuais e mudanças de compensação de comportamento face ao envelhecimento

biológico. Outros enfatizam a estabilidade da personalidade predominante no estado adulto após o término do processo de mudança nos adultos jovens. Os factores genéticos podem servir como mecanismo para a manutenção da estabilidade nos traços de personalidade. Diferenças individuais no estilo de comportamento ou temperamento demonstram continuidade desde a infância até estado adulto (Small, Hertzog, Hultsch & Dixon, 2003). Para Costa e McCrae (1994), os traços de personalidade incluindo a extroversão e o neuroticismo, mantêm-se inalteráveis durante o estado adulto, enquanto que Baltes (1987), Caspi e Roberts (1999, 2001), Mroczek e Spiro (2003), e Spiro, Butcher, Levenson, Aldwin e Bossé (2000), defendem que a personalidade muda ao longo do curso da vida. A título de exemplo, quanto ao nível de neuroticismo, segundo o estudo de Steunenberg, Twisk, Beekman, Deeg e Kerkhof (2005), este mantêm-se estável na idade avançada, para a maioria dos indivíduos. Para estes, o nível de mudança não é afectado pela deterioração da saúde física ou funcionamento cognitivo, relacionados com o envelhecimento. Também Krueger e Heckhausen (1993) são da mesma opinião ao referir que os indivíduos esperam alterações ao nível das dimensões da personalidade ao longo da vida.

Para alguns autores o aspecto principal relativamente à relação entre a personalidade e o envelhecimento, diz respeito à extensão da estabilidade da personalidade de acordo com certas idades. A infância é caracterizada pelo período com menos estabilidade na personalidade e a partir da qual se verifica um incremento progressivo de consistência até um patamar máximo entre os 50 e os 70 anos. Daí para a frente mantêm-se constante (Roberts & Del Vecchio, 2000).

Neste contexto, será que nos tornamos mais semelhantes a nós próprios, à medida que envelhecemos? Neugarten (1964) aponta uma possível resposta a esta questão: “*à medida que os indivíduos envelhecem, estes tornam-se cada vez mais eles próprios (...) a estrutura da personalidade é mais claramente revelada num idoso que num jovem.*” (p.198). No entanto segundo Costa, Herbst, McCrae e Siegler (2000), é apresentada uma posição diferente. O período de idade mais avançada pode denunciar mudanças na personalidade, normalmente devido ao afastamento em relação a acontecimentos críticos na vida, tais como a perda do

cônjuge ou a aposentação ou pode reflectir ajustamentos mais técnicos devido a perda progressiva do domínio físico e adaptação a doenças crónicas.

Alguns eventos marcantes na vida do indivíduo, tais como tornar-se pai, deixar de trabalhar, divorciar-se, afectam os traços da personalidade de forma relevante (Hooker & McAdams, 2003). Inversamente, traços característicos de personalidade podem condicionar ou potenciar momentos marcantes na vida. Exemplo disso são indivíduos com maior auto-estima, que têm mais tendência para aceitar desafios, serem críticos e atingir os seus objectivos de vida (Daniels, 1998).

As teorias socio-cognitivas referem que com a idade, vem uma capacidade acrescida para entender e regular emoções devido à optimização crescente de estados de humor positivos e à crescente capacidade de entendimento dos indícios de expressões emocionais. São exemplo disso os adultos idosos que devido a uma experiência de vida extensa em analisar estados emocionais através da interacção interpessoal, permitem o desenvolvimento dessa capacidade, no sentido de preservá-la ou melhorá-la (Philips, MacLean & Allen, 2002).

Enquanto que na perspectiva socio-cognitiva, a idade estabiliza ou facilita a compreensão de emoções, segundo a perspectiva neuro-psicológica, a idade influencia negativamente a compreensão de emoções devido à dificuldade em identificar expressões faciais tristes ou zangadas e interpretar estados mentais a partir da expressão do olhar (Philips et al., 2002).

Já para os teóricos da Selectividade Emocional, os indivíduos tornam-se mais aptos para regular as suas emoções, à medida que envelhecem, direccionando energias e aumentando os mecanismos de controlo de emoções (McConatha & Huba, 1999).

Para Freedman (1986) e Saucier (2004), é exemplo disso, o facto dos homens aceitarem facilmente as alterações resultantes da passagem de rapaz a homem: o rapaz torna-se mais pesado, mais rude, mais fortemente constituído e não lamenta quando perde a pele suave e sem pêlos, típica do rapaz. Por outro lado a passagem de rapariga a mulher é experienciada muitas vezes pelas mulheres como uma perda, pois estas são ensinadas a querer continuar a parecer como raparigas jovens para sempre. Mesmo as mulheres pouco preocupadas com a sua imagem

corporal quando eram jovens demonstravam emoções diferenciadas perante os seus corpos em envelhecimento (Pearlman, 1993).

Segundo o estudo efectuado por Moreno, Borod, Welkowitz e Alpert (1993), existe um efeito de idade na identificação de emoções e que em interacção, os participantes mais idosos do estudo eram menos eficazes na identificação de tristeza e melhores na identificação de expressões de felicidade, em comparação com indivíduos mais novos. Uma das conclusões do estudo é que o processo de identificação de emoções negativas tais como a tristeza ou a raiva é influenciado pela idade. Para estes autores, a extensa experiência de vida no adulto mais velho torna-o mais eficaz na análise de demonstrações emocionais durante a comunicação interpessoal.

O Processo de Envelhecimento no Indivíduo

O conceito de história de vida não é necessariamente equivalente ao respectivo referencial biográfico do indivíduo, mas sim ao argumento construído e internalizado subjectivamente por este e que tem o propósito de fornecer identidade, ou seja unidade e objectivo. Portanto uma história de vida não se torna provavelmente mais longa, à medida que as pessoas ficam mais velhas. Em vez disso altera-se reflectindo novas reconstruções do passado e antecipações do futuro, num processo de actualização constante. À medida que o indivíduo envelhece, o conceito de si próprio pode tornar-se geralmente mais integrado. A idade pode estar também associada a uma auto-avaliação positiva, que é indicada pela satisfação com a vida, pela auto-estima e pelo grau de coerência interna.

O indivíduo enfrenta marcas pessoais e sociais que contribuem para uma consciencialização de que a vida é finita, à medida que passa pelo curso de vida. São exemplos disso, a saída de casa dos filhos jovens adultos, o nascimento de filhos e netos, a viuvez ou a morte de entes próximos, e as limitações físicas. Todos estes acontecimentos, lembram ao indivíduo, a sua mortalidade.

Será que podemos afirmar que o indivíduo altera a sua definição de idade à medida que envelhece? Segundo Logan et al. (1992), o indivíduo tende a alterar as suas definições de idade, à medida que envelhece, de forma a se conformar com o facto que ainda é jovem ou de meia-idade. Seccombe e Ishii-Kuntz (1991) referem que “*o indivíduo estende a fronteira da idade à medida que se vai aproximando da mesma*” (p.531). O mesmo acontece aos limites inferiores à categoria etária, ou seja, indivíduos mais idosos atribuem uma maior idade ao limite inferior da categoria de idade da meia-idade e da terceira-idade (Logan et al., 1992).

A hipótese de um amadurecimento faz encarar a terceira-idade mais positivamente, como um tempo de introspecção e auto-aceitação dos outros. Contudo, certos estudos indicam o contrário. É esperado que a identidade da idade mais avançada, esteja associada a menos bem-estar, em comparação com uma identidade jovem ou de meia-idade, reflectindo as implicações de sentir-se velho numa cultura que valoriza a juventude em grande medida (Logan et al., 1992).

O envelhecimento tem sido estudado através de várias abordagens por autores que avançaram com teorias sobre o envelhecimento.

Para Lang, Staudinger e Carstensen (1998), a Teoria da Selectividade Socio-Emocional, refere que o indivíduo constrói o futuro como limitado, o que faz com que à medida que a vida avança, o indivíduo defina prioridades, que vão de objectivos a longo prazo (ex. carreira) para objectivos mais curtos (ex. estabilidade emocional). Ou seja à medida que o indivíduo se apercebe que o tempo que lhe resta é cada vez menor, opta por objectivos que lhe trazem cada vez mais benefícios imediatos.

Segundo Cumming e Henry (1961), prevalece a Teoria da Actividade/Retirada, em que a partir da meia-idade, o indivíduo se retira progressivamente das actividades e papéis sociais e aumenta a sua preocupação com o self e diminui o envolvimento emocional com os outros. Esta teoria influenciou outra, a da Actividade, segundo a qual, para explicar o envelhecimento, os autores aplicam a Teoria dos Papéis Sociais à experiência de vida dos indivíduos idosos. Segundo estes, a perda de papéis é percebida pelos idosos como uma deterioração do seu auto-conceito e da auto-estima que se reflecte na diminuição da satisfação com a vida e do estado

moral. No sentido de manter um sentido positivo do self, os indivíduos substituem os papéis sociais antigos por outros mais actuais (Pilisuk, 1982; Rosow, 1974)

Para Erikson (1963, 1968), acerca do envelhecimento, através do processo de amadurecimento do indivíduo, este divide-se em oito estágios. Daqui salientam-se quatro muito importantes. O estágio de adolescência é um período de experimentação e de teste. Nesta fase existe uma preocupação com a identidade versus uma multiplicidade de papéis. Após resolvido o problema de identidade pessoal, o indivíduo avança para o estado adulto. No estágio de “intimidade versus isolamento” o indivíduo escolhe o companheiro formal a sua unidade familiar e inicia normalmente uma carreira. Na fase de generatividade, no estágio adulto, existe uma grande produtividade e criatividade no trabalho e existe a preocupação de estabelecer a orientação para a geração mais jovem. No estágio final, a ênfase é na integridade do ego, e com isto, a aceitação do seu destino como inevitável, apropriado e com significado. O indivíduo torna-se menos focado na sua realização pessoal e no seu estatuto, e mais preocupado com os seus sentimentos. Segundo Erikson, cada etapa destas tem uma relação com um elemento social, devido ao facto de que o ciclo da vida humana e as instituições humanas estarem relacionadas com a idade, o indivíduo amplifica o espectro social. Desde uma relação inicial unicamente com a mãe, o indivíduo passa a incluir progressivamente a família no seu círculo, a escola, os grupos de amigos, o trabalho, a comunidade e finalmente um sentido de continuidade, que parece transcender o tempo e a própria vida (Gove et al., 1989).

O Adulto de Meia-Idade e de Idade Avançada

A revisão bibliográfica revela uma escassez de informação relativa à década entre os 40 e os 60 anos do ciclo de vida, perdida entre o interesse pela crise da meia-idade, e a menopausa, por um lado, e a gerontologia, por outro. De facto a meia-idade não existe como conceito em todas as culturas, podendo ser definida por factores biológicos, culturais, sociais, entre outros. O início e o fim da meia-idade é variável, segundo várias caracterizações, umas com base nos

acontecimentos na vida, tais como o momento em que os filhos deixam a casa, tornar-se avós, alcançar os objectivos da carreira e experienciar a menopausa, momentos estes tipicamente associados à meia-idade, e outras com base exclusivamente no período cronológico. Segundo Cutler (2004), a meia-idade está definida cronologicamente como sendo entre os 45 anos e os 65 anos.

Este é um estágio complexo com momentos altos e baixos que atravessa transversalmente os domínios psicológico, social e físico. A necessidade de equilibrar papéis múltiplos e gerir os conflitos que surgem é uma característica deste período, independentemente do estilo de vida e circunstâncias específicas de cada um. Podemos afirmar que, sem gerar necessariamente um momento de crise, a meia-idade, geralmente, constitui pelo menos um período de avaliação por parte do indivíduo. A exploração de questões não colocadas “Quem sou eu?” e “Quem quero ser?” conduz a um período de reflexão acerca dos vários aspectos do self da pessoa (Spector, 2001).

O indivíduo pode experienciar neste período a morte dos pais e o nascimento dos netos, o que pode representar a perda do papel como filho ou uma chamada de atenção para a sua própria mortalidade e provocar sensações de angústia e ansiedade, pois é um sinal de envelhecimento e de fragilidade física. Comparando com a entrada no estado adulto, existem menos marcos de entrada na meia-idade. A meia-idade pode ser caracterizada, mais pelas transições de papéis, do que por eventos que implicam a mudança de papéis (Logan et al., 1992).

Também segundo Lachman (2001), os adultos de meia-idade estão normalmente envolvidos com a geração mais jovem e mais idosa. São por isto chamados, os adultos da geração *sandwich*. Podem viver com os filhos e pais idosos no mesmo agregado familiar e consideram-se preparados para lidar com a responsabilidade das duas gerações em simultâneo. Estes adultos podem estar com a responsabilidade dos filhos adultos de volta a casa (filhos *boomerang*), tornarem-se avós, dar ou receber apoio financeiro a familiares, tomar conta de um parente doente ou viúvo ou experienciar a morte dos pais. Estas circunstâncias denunciam a família como sendo um foco importante na vida do adulto da meia-idade.

As alterações de papéis sociais na meia-idade podem ser experienciadas como um tempo de acumulação de sabedoria e auto-consciência de um ponto de vista positivo ou associadas a imagens negativas devido ao declínio físico ou as expectativas de uma crise de meia-idade (Logan et al., 1992). Quando existe uma proximidade a um acontecimento que indica invariavelmente uma transição de vida, este facto tem um grande impacto na percepção do indivíduo em relação a si (ex. menopausa) (Lachman, 2004; Neugarten 1968).

Para os indivíduos orientados por objectivos, a meia-idade é muitas vezes, vista como um período de reflexão e não de crise, mas não da mesma forma que na terceira-idade, assumindo que o indivíduo ainda possui uma quantidade de tempo substancial, e que esta não é percebida como infinita até ao final da vida. A experiência comum dos indivíduos que se encontram na meia-idade é a que já se investiu bastante em determinada orientação da vida e portanto existe a preocupação de que aquilo que vem a seguir seja congruente com o que está para trás (Erikson, 1963). O tempo de vida que sobra é provavelmente mais curto e os objectivos emocionais são mais salientes que os informacionais (Fredrickson & Carstensen, 1990; Lachman, 2004).

Alguns aspectos do funcionamento cognitivo podem mostrar já algum declínio, no entanto o adulto da meia-idade apresenta a capacidade e a experiência para compensar esse declínio. Em gerações mais recentes, os declínios mencionados são menos significativos, provavelmente devido ao nível de educação presente mais elevado. Segundo estes autores, o expoente máximo da capacidade da memória verbal, do raciocínio indutivo e da orientação espacial é na meia-idade. A sabedoria é frequentemente associada à meia-idade, apesar de estar mais relacionada com características de personalidade do que com características cognitivas (Staudinger, Maciel, Smith & Baltes, 1998).

A idade avançada é percebida geralmente negativamente e o indivíduo encara o envelhecimento como um processo que torna a pessoa menos atractiva, menos inteligente, mais assexual e menos útil (Hamarat, Thompson, Steele, Matheny & Simons, 2002). Apesar desta percepção, os adultos mais idosos referem muitas vezes que são mais felizes, têm menos

acontecimentos stressantes e tem menos emoções negativas, que os mais jovens. É o chamado paradoxo do bem-estar, que se refere à existência de um elevado nível de satisfação com a vida entre os idosos, apesar de estes serem confrontados diariamente com o medo e a desvalorização dos outros, do ponto de vista social (Whitbourne & Sneed, 2002).

Mas em que sentido poderá este bem-estar evitar a presença de stress na terceira-idade?

O estágio da terceira-idade é visto muitas vezes como sendo de muito stress. Os idosos lidam com situações de doenças crónicas e de incapacidade física. No entanto o motivo pelo qual os mais velhos referem por vezes, menos stress face às incapacidades físicas crescentes ou doenças crónicas, entre outras é ainda fundo de opiniões muito distintas (Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996). Os indivíduos idosos, devido à sua grande experiência de vida, podem ter desenvolvido recursos para lidar com problemas mais elaborados e portanto avaliam-nos de uma forma menos stressante. Por outro lado, devido ao facto de já terem experienciado ao longo da vida, outros acontecimentos extremamente stressantes, os problemas do dia-a-dia, são valorizados de um modo relativamente menos importante, como se fossem trivialidades (Aldwin et al., 1996).

Segundo Bearon (1989), enquanto que adultos de meia-idade se concentram em conquistar algo, os adultos idosos focam-se em garantir a previsibilidade e prevenir ou impedir receios como a doença, a dependência e a gestão de perdas físicas. Estes momentos tornam a idade cronológica, na terceira-idade mais visível que a idade sentida, mesmo que seja temporariamente. Alguns idosos, contudo, sentem congruência com a sua idade no interior e exterior. Estes indivíduos também apresentam normalmente características de pragmatismo acerca da realidade física do envelhecimento (Clarke, 2001). Ainda no mesmo estudo, existem idosos que lidam com envelhecimento através de estratégias de focalização. Normalmente valorizam o self como sendo mais importante que a aparência física, o que é resultado de uma reavaliação de prioridades por estes quanto à individualidade e à personalidade, sendo estas mais elevadamente valorizadas que a beleza ou a energia da juventude.

Para alguns autores, a terceira-idade começa mais cedo para os indivíduos do sexo feminino do que masculino (Seccombe & Ishii-Kuntz, 1991). Na perspectiva de um maior risco de viuvez, por parte das mulheres e acarretando com isso a probabilidade de viver sozinhas, risco de doenças crónicas e de limitações funcionais, as mulheres mais velhas demonstram maior solidão e menor saúde subjectiva que os homens. Estas demonstram mais controlo secundário, tal como o controlo de expectativas e da importância do objecto a ser controlado, neste caso o corpo e a aparência, sendo este mecanismo de controlo cognitivo mais utilizado quando o controlo de comportamento (controlo primário) é difícil de aplicar (Webster & Tiggemann, 2003).

O Idoso e o Processo de Envelhecimento

A aposentação ou a viuvez determinam muitas vezes o movimento de entrada na terceira-idade, representando a perda de vários papéis e a entrada em novos papéis e actividades. Assim como nos jovens adultos, também para a terceira-idade, os marcos da vida em conjunto com as preocupações associadas com o desempenho de papéis relacionados com a idade, afectam as percepções em relação a idade.

O modo como o indivíduo se olha para dentro e como se apercebe da idade e do seu estado de envelhecimento, pode levá-lo a colocar questões sobre como se sente com a idade que percebe e qual a importância deste facto para si. A idade não é necessariamente vista como um agente exterior a este, mas sim como interior e constituinte dele próprio. Da discrepância da idade objectiva, definida cronologicamente, e da idade que o espelho revela, ou seja a idade que aparenta, em relação à idade que este auto-percebe, poderão surgir sentimentos de frustração, de não-identificação, de tristeza e conseqüente angústia ou sofrimento, e que podem levar o indivíduo a um estado de incoerência e de diminuição de auto-estima.

Esta problemática pode ser agravada com o facto do indivíduo se encontrar numa sociedade onde a velhice não é um estado desejável, contrariamente à juventude, tantas vezes

idolatrada e referenciada como padrão, e com o facto de o próprio indivíduo sentir o envelhecimento através da “passagem dos anos” e por consequência, sentimentos de degradação física progressiva e a inevitabilidade da proximidade da morte.

Neste contexto, o indivíduo passa ao longo da vida por inúmeras situações e marcos que podem ser, por si só, a causa de estados de angústia, tristeza, ansiedade e stress. O período de aposentação poderá ser um desses marcos, muitas vezes encarado com ansiedade, ou como numa oportunidade de mudança em que o adulto tem mais tempo para explorar os seus interesses e despende tempo com a família e os amigos (Lachman, 2001).

As próprias características do processo de envelhecimento podem levar o indivíduo a ter de enfrentar ao longo da vida estereótipos em relação a este, e que moldam a sua própria percepção sobre o envelhecimento. O conceito de discriminação pela idade foi pela primeira vez utilizado por Butler (1969), precedido do racismo e do sexismo e é segundo Banaji (1999) e Levy e Banaji (2002), muito saliente na sociedade actual ocidental, possivelmente mais ainda do que o sexismo e o racismo. Por vezes estes estereótipos surgem também associados. Segundo Thompson (2004), a cultura *gay* é também fortemente virada para o culto da juventude e baseada na discriminação da idade. Os gays mais velhos sentem-se menos à vontade nos meios de encontro gays habituais.

Esta discriminação envolve estereótipos e atitudes e portanto processos cognitivos e afectivos (Palmore, 1999; Rupp, Vodanovich e Credé, 2005). Alguns estudos que incidem sobre a terceira-idade indicam que pessoas mais idosas evitam a auto-categorização de “velhos” ou “idosos”, possivelmente devido aos estereótipos e a estigmas associados ao facto de ser idoso (Logan et al., 1992).

Quando os indivíduos atingem uma idade avançada, os estereótipos sobre o envelhecimento, internalizados quando em crianças e reforçados durante décadas, tornam-se eles próprios um auto-estereótipo (Levy, Hummert & Zebrowitz, 2003; Snyder & Miene, 1994). O autor corrobora esta conclusão ao referir que os estereótipos sobre a idade são internalizados numa idade menor e reforçados à medida que o indivíduo envelhece. Quando o indivíduo se

torna idoso esses estereótipos tornam-se estereótipos do mesmo sobre o envelhecimento (Hummert, 2003; Levy et al., 2003). Segundo Igier e Mullet (2003), existe consenso em relação ao facto de diferentes grupos etários internalizarem os mesmos estereótipos acerca de diferentes grupos etários. Os idosos são o grupo etário em que são percebidos e auto-percebem-se da forma mais diferenciada de outros grupos de adultos. São-lhes atribuídos características como a maturidade, a introversão, a calma e a falta de abertura, comparativamente aos adultos de meia-idade aos quais são atribuídas características de maturidade, frieza e pouca abertura, e aos mais jovens que são percebidos como os mais abertos à experiência.

O Envelhecimento Cognitivo no Idoso

Grande parte da investigação em gerontologia focou-se no efeito que as actividades físicas, mentais ou sociais têm no funcionamento cognitivo dos adultos mais idosos.

Numa perspectiva multidimensional, o adulto tem um desempenho superior em comparação com o jovem, em algumas dimensões, sendo que noutras, se aproxima mais do desempenho do idoso. Alguns aspectos do funcionamento cognitivo mantêm-se ou melhoram, tais como os aspectos pragmáticos, ou seja o conhecimento tácito, que depende da experiência acumulada. Por outro lado, aspectos relacionados com a mecânica cognitiva, incluindo a velocidade do processamento e a memória a curto prazo, apresentam um declínio a partir da meia-idade (Baltes, Staudinger & Lindenberger, 1999).

As alterações cognitivas no indivíduo adulto ao longo da vida indicam um funcionamento adaptativo, implicando a consideração das dimensões cognitiva, afectiva e física, as circunstâncias que envolvem o indivíduo. Consequentemente, existem diferenças na forma como se resolvem os problemas do dia-a-dia, consoante a idade, e estas são em função de um processo de mediação de factores como é a avaliação/interpretação do problema e a atribuição casual, ou seja a forma de estruturar o problema. Daqui resultam estratégias com potencial

adaptativo e estilos diferentes de resolução de problemas (Blanchard-Fields & Chen, 1996; Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Blanchard-Fields (1994), adultos idosos diferem qualitativamente no seu estilo de resolução de problemas, dependendo do tipo de situação. Problemas emocionais menos graves não tinham variação no estilo de resolução em idades diferentes, mas problemas emocionais mais graves apresentavam variações. Adultos idosos tendem a evitar ou aceitar passivamente a situação. Se compararmos com os adultos mais jovens, estes optam mais por uma abordagem mais analítica, do ponto de vista cognitivo ou focada no problema.

Segundo a Teoria da Redução dos Recursos de Processamento, existe uma idade em que se observa um declínio na performance cognitiva do indivíduo, em que Salthouse (1985, 1988, 1991), identifica a velocidade do processamento humano como um constructo fundamental na cognição humana e que é influenciado pela idade cronológica do indivíduo.

Alguns autores defendem que os adultos mais idosos têm um processamento cognitivo mais esquemático e os adultos mais jovens têm um mecanismo de processamento mais detalhado (Yoon, 1997).

Para certos autores deve ser efectuada a distinção entre capacidades fluidas mecânicas e capacidades cristalizadas pragmáticas, quando se referem ao funcionamento cognitivo no estado adulto. As capacidades fluidas reflectem o hardware biológico do sistema cognitivo e dão origem a tarefas, que estão imersas na experiência e conhecimento. Por outro lado, as capacidades cristalizadas reflectem uma aprendizagem e a aculturação ao longo da vida (Baltes, 1997; Horn & Cattell, 1966).

Desta forma, segundo Baltes (1993), os mecanismos cognitivos, são comparados à inteligência fluida e são determinados pela arquitectura neuro-fisiológica do cérebro enquanto que o pragmatismo cognitivo é comparado à inteligência cristalizada e reflecte o impacto cultural, ou seja a sabedoria adquirida pelo indivíduo ao longo da vida.

As capacidades fluidas demonstram diminuições graduais ao longo da vida, começando este processo com a idade de 20 anos, supostamente devido a factores biológicos. Já as

capacidades cristalizadas demonstram uma estabilização na idade de 70 anos, com declínio acentuado após essa idade. À primeira vista parece que factores externos ao indivíduo podem ter mais influência nas capacidades cristalizadas. Contudo, os dados indicam o oposto, ou seja, a influência genética influencia em maior parte as capacidades cristalizadas e não tanto as capacidades fluidas (Deater-Deckard & Mayr, 2005).

Desta forma, as capacidades cristalizadas reflectem o efeito acumulado de uma aprendizagem ao longo da vida, o que as torna praticamente boas indicadores da capacidade de aprender, enquanto que as capacidades fluidas providenciam uma melhor fotografia da eficiência do processo cognitivo ao longo da vida.

Para Baltes (1987), e Blanchard-Fields e Chen (1996), é enfatizada a multidimensionalidade e a multi-direccionalidade da mudança cognitiva, em detrimento da ênfase nos mecanismos cognitivos, que por sua vez diminuem com o envelhecimento. Segundo estes autores, em contraste com mecanismos cognitivos como a memória, que declinam com a idade, a cognição em contextos sociais pode até reflectir um aumento de competências do indivíduo. Este facto é mais evidente em áreas como a solução de problemas, o coping e a avaliação moral.

A actividade social traduzida na forma de construção de uma rede social e de suporte emocional, medida pela quantidade de tempo envolvido em situações sociais, está relacionada com uma maior actividade cognitiva (Newson & Kemps, 2005; Seeman, Lusignolo, Albert & Berkman, 2001).

O Suporte Social e Afectivo no Processo de Envelhecimento

As relações sociais de suporte (familiares, amizade, de trabalho, entre outras) traduzem um papel relevante no que diz respeito ao envelhecimento. Estas podem até contribuir para um aumento de esperança de vida e da saúde percebida já que muito do impacto destes relacionamentos tem um resultado directo na segurança projectada sobre o futuro, pelo indivíduo. Sentir que o outro se preocupa em caso de doença, aumenta a segurança percebida

sobre um momento de crise e portanto sobre a vida percebida, pode reforçar os hábitos de saúde, desencorajando hábitos auto-destrutivos e pode melhorar a saúde real no momento.

Os indivíduos que percebem um maior sentido de identidade e significado nas suas vidas, este facto converte-se num maior bem-estar e estar envolvido em redes sociais significantes implica pessoas com recursos sociais tais como assistência e suporte e isso pode reduzir a exposição ao risco, à solidão e ao desespero.

Apesar da totalidade de relações sociais, na idade mais avançada diminuir, a integração em redes de suporte social costuma ser determinante na meia-idade. As pessoas mantêm relações próximas significativas com os outros, mesmo até aos noventa anos (Lang et al., 1998).

A falta de relações de qualidade está associada à deterioração das condições psicológicas e físicas (ansiedade, depressão, solidão e saúde deficiente) (Lansford, Antonucci, Akiyana & Takahashi, 2005), o que pode ser agravado pela percepção do próprio adulto idoso sobre o envelhecimento e que conseqüentemente afecta a sua saúde física e psicológica, futura real (Sarkisian, Steers, Hays & Mangione, 2005).

Os indivíduos com relações de suporte podem usufruir de melhor saúde, devido a melhores hábitos de saúde, e também porque estas relações os protegem dos efeitos patológicos de acontecimentos stressantes, reduzindo a intensidade de resposta do stress biológico (Servan-Schreiber, 2003). A redução do stress pode melhorar a saúde subjectiva porque evita a existência de sintomas físicos tais como palpitações, alterações de capacidade respiratória, dores de estômago, entre outras. Interessante é observar que para certos autores, existe uma relação positiva entre o casamento, e a idade e saúde percebidos. Os indivíduos casados são mais saudáveis que os solteiros e apresentam taxas de mortalidade inferiores e portanto maior esperança de vida percebida, mesmo apesar da existência de filhos poder contribuir para aumentar o nível de necessidades e de resposta a estas, do ponto de vista familiar, e este facto causar stress e aumento da carga de trabalho (Ross & Mirowsky, 2002b).

Neste contexto, para Lang et al. (1998), os indivíduos mais sociáveis, energéticos e abertos a novas experiências têm maior probabilidade de manter redes de contacto social, do que

indivíduos com características de maior introversão. Torna-se portanto relevante por parte destes, a integração num tecido social multi-geracional e social onde o grupo de idosos entra em relação com os outros grupos etários que os envolvem. Promover-se-ão assim trocas de informação, estabelecer-se-ão processos de troca formal e informal de ajuda que garantirão uma integração promotora de saúde psicológica e física de um grupo humano que se vê marginalizado dos processos de produção, possivelmente relegado à condição de inutilidade e precariedade emocional, social (familiares e amigos que desaparecem com a morte, marcando um quotidiano de instabilidade acrescida) e económico-material.

A Saúde e a Situação Económico-social no Processo de Envelhecimento

À semelhança e em conjunto com as relações de suporte social, também a saúde e o estatuto socio-económico estão intimamente relacionados com a percepção sobre a idade e o envelhecimento. Alguns autores indicam que os adultos com uma percepção de idade mais jovem, no estado adulto e idade avançada, têm melhor saúde mental, mais satisfação de vida, moral e auto-estima mais elevadas (Barak & Stern, 1986; Barrett, 2003). Já num estágio de idade avançada, a saúde fragilizada é um factor que consistentemente tem sido indicador de uma percepção individual de idade mais idosa (Logan et al., 1992).

Segundo alguns autores, pacientes idosos podem perceber a doença somática de uma forma mais ponderada. Estão melhor preparados para enfrentar os problemas de doença e portanto não aplicam com tanta facilidade mecanismos para distorcer a realidade e têm uma resposta psicológica e na percepção da situação mais realista (Habrak & Mroziak, 1999).

A percepção do adulto idoso sobre o envelhecimento afecta a sua saúde futura real, de facto (Sarkisian et al., 2005) e a ausência de relações de suporte de qualidade está associada a consequências psicológicas e físicas (ansiedade, depressão, solidão e saúde deficiente) (Lansford et al., 2005). Na terceira-idade, juntamente com as preocupações com os aspectos sociais, interpessoais e ocupacionais, são frequentes as preocupações com factores relacionados

com a saúde e limitações físicas (Smith & Freund, 2002). Desta forma, indivíduos mais idosos, com um locus de controlo interno forte, efectuam mais exercício e empreendem mais actividades de lazer, e estes factores contribuem para uma melhor saúde percebida e conseqüentemente para um estado de felicidade percebida mais pleno (Schulz & Heckhausen, 1999).

Alguns teóricos apontam diferenças ao nível do género. Na perspectiva de um maior risco de viuvez, por parte das mulheres e acarretando com isso a probabilidade de viver sozinhas, doenças crónicas e limitações funcionais, as mulheres mais velhas demonstram maior solidão e menor saúde subjectiva que os homens (Pinquart & Sörensen, 2001).

De facto, a saúde torna-se tanto mais pertinente quanto mais idoso for o indivíduo. Por outro lado, a presença de uma percepção de idade jovem pode influenciar esta mesma importância dada à saúde e sobretudo a atitude que se tem perante esta, mais pró-activa ou mais passiva. O inverso também é válido, ou seja uma percepção da idade mais avançada poderá influenciar negativamente o estado de saúde do indivíduo, levando a uma percepção de maior fragilidade e impotência perante a doença e também à não execução de hábitos preventivos que poderão evitar ou diminuir estados de saúde mais agravados no futuro.

Poderíamos afirmar que o estatuto socio-económico influencia a percepção da idade e do envelhecimento? Segundo Barrett (2003), Mirowsky e Ross (2000) e Rosow (1967), indivíduos com menor nível socio-económico ou pior acesso a condições razoáveis de saúde, têm uma percepção da duração da vida mais curta temporalmente, e apresentam as transições dos períodos de vida mais cedo e a percepção da velhice mais precocemente. Também adoptam identidades mais idosas com mais frequência, do que os mais privilegiados economicamente (Barrett, 2003; Markides & Boldt, 1983). Também neste contexto, na perspectiva de Rosow (1967), os indivíduos com melhor nível socio-económico gerem a diminuição de papéis sociais desempenhados devido ao envelhecimento, de uma forma mais reactiva, que os de menor nível socio-económico, já que esta é mais ameaçadora ao status e portanto torna-se um maior incentivo para negar a sua idade e ter uma percepção subjectiva da idade mais jovem.

Para Mirowsky e Ross (2000), os resultados do estudo realizado sugerem que um estatuto elevado do ponto de vista socio-económico influencia a esperança de vida subjectiva, no sentido em que contribui para aumentar o optimismo e a percepção de controlo sobre a vida, devido a níveis socio-económicos superiores. Por vezes e para estes indivíduos, apesar das realidades mais difíceis, o período de vida cronológico é mais longo do que para os que abandonaram a esperança e o controlo sobre a vida, devido a experiências económicas menos abastadas. De facto o que se observa actualmente e na sociedade ocidental é cada vez mais uma homogeneização das aspirações de vida, aquilo que é identificado como o estilo de vida médio, e para o qual o indivíduo efectua esforços para manter o mais longamente possível ao longo do curso da sua vida, de forma a preservar um nível percebido médio, de qualidade de vida e de consequente esperança de vida elevada (Biggs, 2005).

Em jeito de síntese poderíamos referir que a idade é um parâmetro e uma medida de categorização com dimensões que vão desde a perspectiva social, à perspectiva psicológica, biológica ou simplesmente cronológica que por conseguinte influenciam a auto-percepção do indivíduo sobre si próprio e sobre os outros. No sentido de tentar compreender esta problemática, foram desenvolvidas inúmeras teorias sobre a idade e em associação ao envelhecimento. De todas, destacam-se pela sua importância e contributo para a investigação científica, a Teoria dos Papéis Sociais, a Teoria Cognitiva da Personalidade e do Envelhecimento e a Teoria do Envelhecimento.

O envelhecimento e a idade, mais do que meramente bibliografia cronológica, albergam sobretudo uma dimensão subjectiva por parte do indivíduo, tendo sido esta alvo de inúmeras análises. Por conseguinte foram surgindo diferentes níveis da mesma que ajudam a dissecá-la e a analisá-la nas várias perspectivas, nomeadamente a perspectiva psicológica, biológica, social e cognitiva. A idade e o envelhecimento como características humanas são interpretadas de forma muito diferente, consoante o meio físico, social e cultural, onde são investigados. Desde uma visão mais utilitarista e funcional da idade, onde o sujeito e a idade estão mais distanciados, e muitas vezes em incoerência, até uma perspectiva mais existencialista, onde a idade estará mais

integrada como fazendo parte do indivíduo, podemos dirigir-nos a estes conceitos como importantes para a própria definição do indivíduo como um todo.

A alteração dos papéis sociais, as mensagens geracionais, contextuais ou outras que marcam a passagem dos anos as dissonâncias entre a idade cronológica e a idade projectada pelo indivíduo, a esperança de vida e o reflexo da idade e do envelhecimento na cultura, na organização da sociedade e nas relações de suporte com os outros significantes, são temas fundamentais nesta problemática. Também, a relação da idade e do envelhecimento com a capacidade para compreender as emoções e para influenciar a formação e o desenvolvimento da personalidade, têm sido pertinentes para estudos nesta temática.

Ao encararmos o envelhecimento como uma constante transversal à vida do indivíduo, imediatamente nos apercebemos de que este é percebido pelo indivíduo de uma forma completamente distinta por um adolescente, um adulto jovem, de meia-idade ou por um idoso. As projecções que efectuamos para o nosso futuro quando somos jovens não têm geralmente nada em comum com a concretização de uma carreira e de uma família no estado adulto, ou com o período de reflexão e a necessidade de manter a coerência entre a vida passada e futura de um adulto de meia-idade, ou com a estabilidade emocional tranquilamente alcançada na terceira-idade. Por conseguinte, a percepção da idade e do envelhecimento são influenciados pelos múltiplos papéis que desempenhamos na interacção com os outros, pelos estereótipos associados, pelas expectativas dos outros e pelas nossas, pela constatação de a vida é finita, o que por sua vez molda as nossas atitudes e comportamentos consequentes. Também à medida que envelhecemos as nossas capacidades cognitivas sofrem transformações, na direcção de um raciocínio mais esquemático, mais selectivo e menos analítico, assim bem como é observável a importância e a inter-relação de uma boa rede de suporte social com pessoas significantes para o indivíduo, um bom estado de saúde e condições socio-económicas para um processo de envelhecimento bem gerido e integrado e uma coerência interna consistente entre o sujeito e a idade sentida e vivida, e consequentemente presença de auto-estima positiva.

2. A Concepção Humanista do Processo de Personalização do Indivíduo

O Desenvolvimento da Personalidade do Indivíduo na Abordagem Centrada na Pessoa

No contexto da Psicologia Humanista, a Abordagem Centrada na Pessoa distingue-se das demais pelo primado do humano, pelo respeito pelas potencialidades e pela complexificação da pessoa.

Ao objectivar uma perspectiva do Homem preenchida de optimismo e positivismo, Rogers indica-nos que qualquer pessoa tem dentro de si as potencialidades para o pleno crescimento e desenvolvimento e lança as bases de uma Psicologia Existencial, essencialmente fenomenológica, em que experiencia os sentimentos e os valores da Pessoa, sendo estes de primeira importância.

A pessoa é encarada como potencialmente plenamente funcionante, criativa, social e congruente (Feltham & Horton, 2000). Segundo esta abordagem o indivíduo empreende um processo de mudança quando lhe são criadas condições de compreensão e aceitação que encorajem o indivíduo a experienciar o seu valor pessoal e a esclarecer os seus sentimentos presentes face ao campo experiencial, pois a pessoa tem dentro de si vastos recursos para a auto-compreensão, para modificar o seu auto-conceito, as suas atitudes, e seu comportamento auto-dirigido, e que para mobilizar estes recursos, basta proporcionar um clima de atitudes psicológicas facilitadoras, passível de definição (Nogueira, 2002; Rogers & Rosenberg, 1977).

Carl Rogers (1902-1987) desenvolveu o modelo da ACP, a partir dos anos 40. Esta abordagem que começou por ser designada de “não-directiva”, depois de “centrada no cliente” e por último “centrada na pessoa”, e teve na sua base, a hipótese de que o cliente possuía em si

próprio, os recursos autónomos para a sua mudança interior. Este é um modelo essencialmente não directivo e de cariz humanista. Segundo Rogers (1980), este refere que:

“A hipótese central desta abordagem [centrada no cliente] [é que] os indivíduos têm, dentro de si, vastos recursos, no que diz respeito à compreensão de si próprios e à capacidade de alterar a sua auto-imagem e as suas atitudes básicas bem como comportamento auto-dirigido. Estas capacidades podem ser libertadas se for criado um clima definível de condições psicológicas facilitadas”(p. 115). Assim, na perspectiva Rogeriana, é fundamental a confiança, o respeito e a centralização do processo terapêutico no cliente (Leal, 2005).

Para Tap e Oubrayrie-Roussel (1999), as concepções rogerianas apoiam-se fundamentalmente na importância dos sistemas de representações e na sua ligação aos processos emocionais (internos ou expressivos). Colocam o acento na centralização sobre si mesmo (representação, avaliação, etc.), sobre os outros (representação do outro) e sobre a relação entre o outro (individual e colectivo) e o próprio. O desenvolvimento da pessoa apoia-se numa dinâmica das relações interpessoais, relações através das quais a pessoa desenvolve estratégias de personalização que dão conta da sua gestão do sofrimento e da sua adaptação às situações.

Ao abordar o processo de desenvolvimento da pessoa, Rogers ressalta a importância dos pais e seus substitutos, essencialmente no período da infância. Para Rogers é fundamental a forma como a criança vivencia os sentimentos de amor e de apreço das pessoas significativas para si que primordialmente são os pais. São as relações que o indivíduo ainda criança vai estabelecendo com o ambiente, que juntamente com o funcionamento biológico existente, permitem a criação gradual de uma imagem de si (Nunes, 1997).

O processo de personalização implica a colocação em questão dos estilos instituídos e o relançamento de uma tensão de realização de si, a partir da articulação cooperativa de buscas estratégicas. Para se desenvolver, adaptar-se, ajustar-se, orientar-se, defender-se, sempre tendo em conta as suas ancoragens identitárias, as suas origens, o sujeito põe em acção um conjunto de estratégias, sendo que cada uma emerge e se desenvolve em relação estreita com as outras (Tap & Oubrayrie-Roussel, 1999).

Deste modo, instauram-se múltiplos projectos ao longo da vida à medida que se processa o envelhecimento do indivíduo e que reflectem o processo de personalização do indivíduo. O projecto profissional, entre outros, tem a particularidade de favorecer a integração social necessária à instauração da identidade pessoal do adolescente (Boutinet, 1990; Dubet, 1973; Guichard & Huteau, 1997; Rodriguez-Tomé e Bariaud, 1987, citados por Tap & Oubrayrie-Roussel, 1999). A elaboração de um projecto de vida permite ao sujeito situar-se no tempo e na sociedade. O projecto sentimental e familiar corresponde a um ideal de si no futuro através de uma busca da alma gémea e da constituição de uma família. A história e as experiências afectivas do sujeito são então factores que entram em jogo na elaboração do projecto (Tap & Oubrayrie-Roussel, 1999).

O processo de personalização é contínuo e está em constante mutação. A qualidade das inter-relações estabelecidas ao longo da vida, em particular as ocorridas na infância, têm grande influência para o seu futuro, quer na forma como o indivíduo se vivencia a si próprio, quer nas diferentes interacções que estabelecerá com os outros, desde o nível familiar e escolar até à vida socio-profissional.

O Organismo e o Campo Fenomenológico

Na ACP, o organismo é visto num sentido amplo, abrangendo os seus aspectos não só físicos mas também os psíquicos, sociais e culturais. Assim sendo, o ser humano é visto como um todo, em todas as dimensões, sendo que o organismo diz respeito à totalidade das experiências vivenciadas nestas dimensões e que se refazem nomeadamente em emoções, sentimentos e pensamentos. O organismo é psicologicamente o locus de toda a experiência (o campo fenomenal) ou o quadro de referências individual que engloba as experiências simbolizadas (conscientes) e não simbolizadas (inconscientes). É apenas conhecido pela própria pessoa e é dele que depende o comportamento do indivíduo e não das realidades existentes (estímulos).

Neste contexto, organismo/pessoa é, nas conceptualizações de Rogers, a unidade básica de pesquisa. O homem que ele concebe, inscreve-se numa tradição humanista puríssima em que a dignidade e a liberdade são inerentes a uma condição humana de um homem que é, ou bem pode ser, generoso, bondoso e ávido de compreensão e ternura (Leal, 1999).

Para Nunes (1997), a totalidade da experiência organísmica (campo experiencial) pode também ser denominada de campo fenomenológico se considerarmos que a realidade é sempre subjectiva, ao depender da forma como é percebida ou vivenciada pelo indivíduo.

Assim sendo, no modelo rogeriano não é relevante tanto a realidade tal como é, mas o modo como o indivíduo a capta e a percebe. Segundo Rogers (1974), o organismo reage ao campo perceptivo tal como este é experimentado e apreendido, e este campo constitui para o indivíduo a própria realidade.

Dado que esta constitui uma abordagem humanista e com influência organísmica, considera-se que as qualidades fundamentais da natureza humana, são as de crescimento, progresso e mudança. O ser humano reúne em si, à partida, as condições necessárias para progredir, para desenvolver, para crescer, de um ponto de vista humano e terapêutico. É a si que cabe a autoridade de decidir quando, como e com que ritmo se desenvolve.

Levado ao limite, podemos dizer que na visão da ACP, Organismo, Self e Pessoa são o mesmo, se estiverem em pleno desenvolvimento, realização e equilíbrio.

A Tendência Actualizante

A tendência actualizante - TA é o conceito básico das teorias psicoterapêuticas rogerianas centradas no cliente, das relações interpessoais, do desenvolvimento da personalidade e da desintegração de personalidade (Brodley, 1998; Rogers, 1959).

Sendo a tendência do homem para se realizar a si próprio, para se tornar no que em si é potencial, é a tendência directriz, presente em toda a vida orgânica e humana, no sentido de se expandir, para se estender, para se desenvolver e amadurecer. A TA é construtivamente

direcciona e apontada à diferença e complexidade progressivas e resulta em crescimento, desenvolvimento e na realização de potencialidades, de uma forma única nas pessoas. Esta tendência que reflecte na expressão e na colocação em acto de todas as capacidades do organismo do eu em forma holística, direcciona e universal, é em simultâneo, a motivação primária do desenvolvimento e o axioma central da ACP. Manifesta-se sempre que o organismo forma novas relações com o ambiente, num esforço para ser mais ele próprio. Este mecanismo natural do indivíduo permite-lhe expandir-se, realizar as suas capacidades, complexificar-se, crescer e desenvolver-se no sentido construtivo.

Este conceito integra um movimento mais amplo, a teoria organísmica que se desenvolveu com base nos pressupostos de John Dewey (1896), com Goldstein (1939) e com Maslow (1954). Um dos maiores contributos desta teoria foi congregar os conceitos de corpo e mente sob a denominação do organismo, encarado como uma *gestalt* psico-física e social organizada e fluída. A TA é uma manifestação ramificada da tendência formativa que rege o universo em expansão com vista à sua complexificação.

As pessoas funcionam sempre de acordo com o princípio da TA organísmica. Estão constantemente actualizando a sua índole natural tanto quanto as condições o permitem. Quanto mais as condições forem favoráveis ao carácter inato da pessoa, tanto mais favoráveis serão os seus desempenhos. As condições internas e externas influenciam os processos de actualização de uma pessoa. A TA manifesta-se através da capacidade dos humanos de terem consciência de si próprios e de efectuarem escolhas. Os humanos têm o potencial de, graças à sua possibilidade fazer opções, corrigir pelo menos alguns dos efeitos das forças que actuam dentro de si e sobre si (Brodley, 1998).

Neste âmbito, faria sentido afirmar que o próprio curso de vida do indivíduo pode reflectir a TA, ao constituir o reflexo das vivências do passado das antecipações do futuro e da realidade presente, num processo contínuo de actualização constante.

Para Rogers (1983), a TA pode ser contrariada ou desvirtuada, mas não pode porém, ser destruída, a menos que se destrua também o organismo.

Este descreve a TA no indivíduo em direcção ao funcionamento pleno do ser humano do seguinte modo (Rogers, 2000):

“Em condições propícias a pessoa crescerá e desenvolver-se-á, tornando-se um indivíduo com um sentido mais maduro e socializado de valores que o tornam capaz de manter o equilíbrio satisfatório entre as suas próprias exigências e as exigências da sociedade” (p.18).

O Conceito do Self e Self Real Versus Self Ideal e o Envelhecimento

A definição do self forma-se a partir do momento em que existe a auto-percepção e a diferenciação do individual em relação ao mundo e aos outros. Igualmente o reconhecimento da necessidade de afecto e estima são decisivos na orientação da conduta e na assimilação de valores, crenças e ideias que constituem o próprio self (Vieira, 2000).

O self é um conceito abrangente que engloba o conceito de self real (auto-conceito de si próprio) e o self ideal (auto-conceito de si próprio desejável).

Segundo Rogers e Kinget (1977), uma possível definição do self corresponde a uma estrutura perceptual, i.e., um conjunto organizado e modificável de percepções relativas ao próprio sujeito, tais como, as características, atributos, qualidades e defeitos, capacidades e limites, valores e relações que o sujeito reconhece como descritivos de si mesmo e que percebe como correspondendo à sua própria identidade.

Vários autores debruçaram-se sobre este conceito. Kohut (1977), faz referência ao self coeso, Moustakas (1966) ao self autêntico, Mahoney (1991) ao self central, Gergen (1991) ao self saturado, Stone e Winkelman (1989) a subpersonalidades e Markus e Nurius (1986), aos *selves* possíveis.

Para Hoskins e Leseho (1996), o self pode ser encarado como o hardware do computador humano ou como uma estrutura semelhante à de uma cebola, com vários níveis. Para Stets e Harrod (2004), o self não é somente individual, emerge como um objectivo distinto e é também social, formado em associação com os outros. Segundo Strauss (1959), ao longo da vida do

indivíduo a continuidade do self está ligada ao conceito do self essencial, que este define como o centro da personalidade do indivíduo, e que é constante ao longo da vida do indivíduo, mesmo se o corpo muda e envelhece. Em simultâneo, existem identidades variadas que emergem e podem ser conflituosas, a partir do self único do indivíduo. Existe portanto, uma dicotomia entre o corpo e o self, onde o self essencial está coberto pelo corpo e pelas identidades ou self social. Na idade avançada, esta cobertura é o corpo envelhecido ou doente, que simboliza o processo de envelhecimento face a um self único e contínuo (Clarke, 2001).

No contexto do curso de vida, a noção de que existe um limite ao tempo de vida remanescente tem influência no conceito do self do indivíduo: os pensamentos sobre o futuro podem ser cobertos por pensamentos e focus no presente, e pela construção de uma auto-narrativa sobre a vida (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999; Smith & Freund, 2002).

Segundo Cross e Markus (1991), os múltiplos selves do indivíduo podem reflectir a motivação do indivíduo para tentar controlar a direcção do seu futuro: a auto-preservação ou esforço para minimizar perdas. Os indivíduos mudam e recalibram os seus selves possíveis em resposta às mudanças em determinadas circunstâncias de vida, para poder manter o bem-estar. Jung (1958) e Neugarten (1977), sugerem uma progressão durante a vida do indivíduo semelhante. Segundo estes autores, os adultos mais jovens e de meia-idade, estão mais concentrados no self e isso reflecte-se na sua actividade, com a realização, com o poder e com o controlo. Em idades mais avançadas, o indivíduo tem menos preocupações com o ego e torna-se mais reflectivo, mais contemplativo, e aceita mais facilmente o self dos outros. Neste ponto, tanto a cultura ocidental como a oriental estão de acordo. A sabedoria é propriedade dos mais idosos e emerge progressivamente com a idade (Gove et al., 1989; Schaie, 1983).

Para alguns autores existem diferenças na forma como ambos os sexos abordam o self. Segundo o estudo de Clarke (2001), a maioria das mulheres idosas diferenciam um self interior de um self exterior. O self exterior é descrito como a “máscara” ou a “embalagem” do self interior, que está escondido no corpo que envelhece. Nesta perspectiva, ao longo da vida, as

mulheres sentem a tensão entre o corpo e o self de formas diferentes (Clarke, 2001; Featherstone & Hepworth, 1991).

Existe por vezes uma discrepância entre a idade cronológica e a idade sentida, sendo comum, o idoso sentir-se mais jovem do que a aparência física que demonstra. Este facto acentua a desvalorização da vida em momentos mais avançados, em prol da juventude, como ideal. O idoso sente também a separação entre o self e o corpo envelhecido. Exemplo disso, são os casos das doenças demenciais tais como Alzheimer, em que esta é considerada exterior ao indivíduo, como se tomasse conta deste e ocupasse o seu corpo doente.

Para Gecas (1982), Guindon (2002), Kaplan (1975) e Rosenberg (1979), a motivação para manter e aumentar um sentido positivo do self é possivelmente universal porque contribui para a redução de acções de dissonância.

Congruência versus Incongruência

A incongruência ou desajustamento psicológico resulta da dissociação entre o self e a experiência; a negação, distorção ou selecção de experiências são mecanismos para preservar o conceito de self, que apresenta uma estrutura rígida e defensiva. Se o olhar ou consideração positivos por que anseia forem condicionais, o indivíduo tende a confiar na avaliação dos outros em vez de acreditar no seu experienciar organísmico.

O encontro de condições desfavoráveis, nomeadamente a ausência de um clima humano seguro e acolhedor, a presença de ameaças ao auto-conceito (self) do indivíduo, a avaliação da sua experiência apoiada em valores que lhe foram inculcados do exterior, actuam no desenvolvimento da personalidade e tornam a estrutura do self incongruente com a sua experiência total, organísmica. O que acontece é que quando há uma dissociação entre a experiência do self e a experiência organísmica na sua totalidade, a capacidade de avaliação fica limitada e externalizada, a pessoa não é capaz de distinguir o que é valorativo do que é regressivo e, por norma, perde o seu sentido de valor pessoal ou, a outro nível, tem uma imagem

de si própria desajustada face ao seu campo experiencial. Se as experiências simbolizadas do self reflectirem fielmente as experiências do organismo, a pessoa está ajustada, plena e madura e vive em pleno funcionamento, permitindo um estado de congruência interno ao indivíduo. Em consequência das percepções do indivíduo a cerca de si, se tornarem mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade (Vieira, 2000).

A eficácia da TA é tanto maior quanto mais realista for a noção de self. Para que isso se verifique, o self tem que estar em sintonia com a experiência imediata e a construção da imagem de si próprio. A tomada de consciência (*awareness*) deve pautar-se pela abrangência e fluidez para que o conceito de self seja, na medida do possível, sinónimo do self organísmico. Rogers e Kinget (1977) referem que *"se existe conflito entre os dados da experiência relativos ao eu e os relativos ao "organismo", a tendência à actualização do organismo pode ser contrária à tendência à actualização do eu."* (p. 161). Tudo se passa como se houvesse duas medidas em conflito, ou seja, a nossa vida consciente luta num sentido oposto à direcção em que se move o organismo. Assim, fazem-se escolhas que antagonizam o impulso intrínseco e que estruturam a configuração do self em percepções distorcidas que se revelam destrutivas. No entanto, a capacidade de representação ou simbolização permite-lhe readquirir plena consciência das condições externas e internas e, em função disso, tomar opções conscientes e reorganizar-se com base em forças auto-reguladoras.

O processo terapêutico poderá produzir alterações ao nível do self, já que as percepções que o indivíduo tem de si próprio se tornam amplas, realistas e coerentes com o organismo, e mais congruentes com o self ideal. Rogers e Kinget (1977), enfatizam o papel do experienciar organísmico no ajustamento ou desajustamento psicológico. Porque as percepções se tornam mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a

pessoa tem de si. Esta congruência interna manifesta-se pela menor defensividade e ansiedade, pela autonomia, flexibilidade e criatividade. A consciência do próprio valor e a auto-estima acompanham a consciência de que o poder da escolha, de dissociação e avaliação residem em si. Neste sentido, o indivíduo aproxima-se do funcionamento pleno da personalidade.

Neste sentido, ao referir-se ao funcionamento pleno da personalidade, Rogers (1961), define três características básicas que estão normalmente presentes: i) a abertura à experiência, a liberdade experiencial, oposta a uma atitude de defesa em relação à experiência, ii) o funcionamento existencial, como sintonia, afirmação e identificação com a pontualidade da experiência, da existência, do vivido e com o fluxo do seu devir e iii) a confiança no organismo, como “um guia competente e seguro”.

A Auto-Estima

A valorização que o indivíduo atribui a si próprio, formada pelas percepções que se vão adquirindo, e os juízos de valor relativamente a domínios concretos ou não da sua vida pessoal, indicam o conceito de auto-estima do indivíduo.

Segundo Rogers (1951), a auto-estima é a medida pela qual o indivíduo gosta, valoriza e se aceita. O olhar incondicional positivo do próprio está dependente do olhar incondicional positivo dos outros, importantes para o indivíduo. Tanto o self como a auto-estima, como subprodutos do self, estão implicados nos processos de auto-regulação da conduta, já que fornecem a base para a repetição de comportamentos ao longo do tempo. Sublinha-se que o nível de incongruência entre o self real e o self ideal funciona como medida operacional da auto-estima e da organização saudável da personalidade. A auto-estima está associada à auto-associação do olhar sobre o próprio (Betz, Wohlgemuth, Serling, Harshbarger & Klein, 1995).

Guindon (2002), revisitando o conceito de auto-estima refere o trabalho de vários autores sobre este conceito. Rosenberg (1979), que considerou a auto-estima como sendo global, um fenómeno unidimensional, uma atitude perante um objectivo específico, o self. O reflexo dos

outros, sobretudo dos outros significantes, é um elemento importante da auto-estima. Segundo Coopersmith (1967), existe uma verdadeira auto-estima manifestada, representada nos indivíduos que sentem valor em si próprios, e uma auto-estima defensiva nos indivíduos que não sentem valor, ou não se sentem merecedores de algo, e que não admitem para si esse dado. Para Fitts (1972), a auto-estima é o resultado do julgamento dos outros significantes. Wells e Marwell (1976), definem a auto-estima como atitudinal perante o self, como objecto de atenção relacional entre diferentes tipos de atitude do self, como resposta psicológica em relação ao self e como uma função da personalidade, na parte do sistema do self. Gecas (1982) faz a distinção entre a auto-estima baseada no sentido de competência, poder ou eficácia e a baseada no sentido de virtude ou valor moral. Pope (1988) define a auto-estima como a avaliação de informação relativa ao conceito do self e que é originada da discrepância entre o self percebidos e o self real. Frey e Carlock (1989) reconhecem a auto-estima como um termo avaliador. Mruk (1999) considera a auto-estima como uma interação entre o valor e competência. Wylie (1974) considera que a auto-estima é sinónimo daquilo que chama, o olhar sobre si próprio, em conceito que inclui a auto-satisfação, a auto-aceitação, o auto-favorecimento e a congruência entre o real e o self ideal.

Neste contexto específico, que é o idoso e o envelhecimento, uma presença de maior auto-estima andar­á em paralelo com uma maior consistência do self, e portanto, tornará possível uma convivência tranquila do indivíduo com a idade e envelhecimento. Estes mais facilmente são integrados, com o seu respectivo valor percebido, sem pôr em acção mecanismos de defesa, tais como a recusa ou o retraimento. O inverso também é válido, ou seja, o envelhecimento objectivo pode condicionar os níveis de auto-estima e de congruência interna do indivíduo idoso, influenciando, por sua vez, a percepção da idade e os comportamentos e atitudes do sujeito daqui consequentes.

O Sentido Interno de Coerência

O SIC tem sido definido como uma orientação global que indica o quanto o indivíduo possui um sentimento dinâmico de confiança, de forma a que os estímulos que derivam do seu ambiente interno e externo no curso da vida, sejam estruturados, previsíveis e explicáveis.

O SIC emerge de vários estudos realizados por Antonovsky, que incidiram nesta capacidade que alguns seres humanos têm de se manterem com saúde e viverem bastante tempo após situações de grande traumatismo. Partindo de sobreviventes do holocausto nazi da última guerra mundial, Antonovsky reparou nesta capacidade que manifestavam estes sobreviventes de encontrar coerência na sua vida, a respeito das perdas familiares, económicas, pessoais, às quais estes indivíduos tinham estado sujeitos.

Para este autor, o SIC, ou coerência interna é um sentimento e uma visão do mundo que assume que o indivíduo tem suficiente entendimento dos factos que acontecem e que o indivíduo é capaz de influenciar esses eventos através da utilização de recursos internos e externos. Este conceito distingue-se do conceito de congruência de Rogers devido sobretudo ao facto deste último, ser determinado pelo grau de correspondência entre a experiência orgânica do indivíduo e a imagem dessa mesma experiência representada na consciência do indivíduo. Já o primeiro identifica-se mais com uma predisposição/orientação pró-activa e pragmática do indivíduo sobre os eventos que se lhe deparam e da consequente mobilização de recursos para os enfrentar, sem este contudo corresponder ao conceito de coping. O SIC tem sido explorado como factor relacionado com experiências stressantes e com nível de satisfação de vida subjectiva (Hintermair, 2004). De facto, o SIC do indivíduo pode modificar a percepção subjectiva de bem-estar e por conseguinte a saúde física e psicológica, e as relações sociais do indivíduo (Nasermoaddeli, Sekine, Hamanishi & Kagamimori, 2003). Poderíamos afirmar que o SIC constitui apenas mais um estilo de coping? O SIC não é um estilo de coping, mas sim uma funcionalidade mais elevada que ajuda a tomar as medidas apropriadas para uma situação específica, por um indivíduo específico (Hintermair, 2004).

O conceito de SIC pode igualmente aplicar-se a grupos, como entidades psicológicas colectivas. Assim sendo, alguns grupos como unidades militares, equipas desportivas e comunidades religiosas também podem demonstrar elevados graus de coerência (Plaks, Shafer & Shoda, 2003).

A abordagem à saúde tem vindo a ser alterada, e por conseguinte, a importância do conceito do SIC que se foca nas causas da boa saúde (Suominen, Blomberg, Helenius & Koskenvuo, 1999), em oposição ao enquadramento biomédico de saúde e doença, onde se enquadra a concepção da homeostase. Segundo este modelo, o indivíduo é essencialmente saudável, sendo agredido por agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos. Assim romper-se-ia o equilíbrio (a homeostase do organismo), necessitando o indivíduo de ser curado, i.e. da intervenção do médico, para reencontrar esse equilíbrio.

Esta visão tem-se, no entanto, revelada redutora e insuficiente. A saúde tem evoluído a partir de uma perspectiva patogénica para uma noção mais ampla de bem-estar ou salutogénese. O modelo bio-médico considera a saúde como uma categoria objectiva e independente do próprio indivíduo (Pasikowski, Sek & Scigala, 1994). Antonovsky propõe no lugar do modelo homeostático de saúde do paradigma patogénico, um modelo no qual, em vez da busca dos factores que conduzem à doença, procuram-se os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim no lugar de elementos distintos, a saúde e a doença são integradas num continuum função (dis)função [ease (dis)ease] (Antonovsky, 1987; Botelho, Almeida, Geada & Justo, 1990), no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos. É importante neste contexto estabilizar os factores que contribuem para a optimização da saúde, tendo em conta que a saúde óptima nem sempre é alcançada durante a vida. Os elementos cruciais da orientação salutogénica são: os estímulos são vistos como desafios, os desafios são endémicos, parte da vida e a variável dependente é um continuum, não uma dicotomia. Sendo que conceito de Antonovsky envolve a hipótese de que um alto SIC aproxima o indivíduo no

continuum disfuncionalidade do pólo de máxima funcionalidade, uma permanente variação no sentido de um baixo SIC está relacionada com indicadores reveladores de uma gestão precária da saúde. Para Antonovsky, o SIC é um, se não o factor decisivo para moldar a ordem a partir dos caos, ao organismo humano (Antonovsky, 1987; Reis, 1998).

O modelo salutogénico sublinha a força dos indivíduos e a sua capacidade para um ajustamento bem sucedido e tenta explicar porque é que algumas pessoas preservam a saúde e o bem-estar, simultaneamente com o sucesso, com a tensão e a exposição ao stress e às dificuldades. Se o stress é gerido, o resultado é positivo ou neutro e o indivíduo avança para a saúde facilitada. Se o stress é mal gerido, o indivíduo caminha para a doença e para a descontinuidade (Heiman, 2004). Estar bem não implica necessariamente a ausência da patologia mas sim que a boa saúde pode ser sustentada por factores positivos (Schnyder, Büchi, Sensky & Klaghofer, 2000).

O SIC é um construto que se refere à extensão até onde o indivíduo encara o mundo como compreensível, gerível e significativo. O SIC reflecte a qualidade de percepção do indivíduo, em relação aos estímulos que o afectam (Mlonzi & Strümpfer, 1998).

Segundo Antonovsky (1987), o SIC representa uma orientação global que expressa uma visão dos indivíduos em relação ao ambiente interno e externo. Os contextos social, histórico, cultural e as experiências de vida são as fundações do grau do SIC do indivíduo. Este identificou três fontes principais que facilitam o ajustamento positivo dos indivíduos, para lidar com os desafios e com as dificuldades. Estes recursos são revelados pela extensão pela qual o indivíduo tem uma sensação de confiança perseverante e dinâmica, ao ponto de considerar que i) os estímulos derivados dos ambientes interno e externo são estruturados, compreensíveis, previsíveis e explicados – Sentido de Compreensibilidade; ii) os recursos estão disponíveis e geríveis para o indivíduo satisfazer as necessidades – Sentido de Gestão; e iii) as necessidades apresentam significado, são desafios que merecem investimento e envolvimento – Sentido de Significância. Para otimizar a oportunidade de lidar com sucesso com o stress, os indivíduos sentem que entendem a tarefa, possuem os recursos que necessitam e vêm as tarefas como um

desafio. Indivíduos que percebem o mundo como compreensível e a situação é significativa estão aptos para escolher estratégias para lidar com o stress, encaram a situação como gerível e sentem que conseguem controlar a situação. Com um forte SIC, embora conscientes das dificuldades ou frustrações, os indivíduos não as ignoram, têm confiança que as dificuldades serão resolvidas e que estão aptos para lidar com as pressões da vida do dia-a-dia (Antonovsky, 1979; Heiman, 2004). Uma forma de vida que inclua objectivos como estar bem, apesar dos sintomas de doença, ou não ficar doente devido aos sinais de stress, implicam que o indivíduo tem recursos suficientes para lidar com as necessidades, lidar com o sucesso e com os problemas da vida pessoal (Rimm, 1999).

Segundo Antonovsky (1987), a Compreensibilidade resume a forma como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. A Gestão consiste na percepção que o indivíduo desenvolve dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto o sentido de Gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e, menos considera a vida como antagónica e a Significância refere a capacidade a partir da qual, o sujeito retira sentido dos acontecimentos de vida, e por isso encontra razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para superar as situações com dignidade. A este propósito, por Lustig & Strauser (2002) refere que para Antonovsky (1987), a Significância é o componente mais importante do SIC porque diz respeito à tentativa do indivíduo de encontrar uma ordem no mundo, utilizando os recursos disponíveis ou novos recursos para gerir as necessidades, que são significantes para este.

Antonovsky (1987), propôs o conceito de Recursos de Resistência Generalizados - RRG, fenómenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizadas pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da acção, e pela possibilidade de fazer um balanço positivo/negativo da sua acção, podendo ser de ordem pessoal (capacidade de resolução de problemas, auto-eficácia, locus de controlo, optimismo, etc), social

(apoio de companheiro, família, amigos, especialistas, grupos de auto-ajuda), estatuto socio-económico e nível de educação. Os RRG ajudam o indivíduo a entender o mundo como uma realidade organizada e estruturada. Exemplificando, com o suporte social, este pode tornar a vida mais gerível e compreensível e ajudar, em simultâneo, o indivíduo a tomar decisões. Um SIC forte aumenta a hipótese do indivíduo descobrir recursos de suporte para lidar com o stress (Heiman, 2004).

Os RRG permitem ao indivíduo gerir o impacto negativo da tensão associada com os *stressores* e aumentar o seu bem-estar. A pessoa com um forte sentido de SIC, encara o problema como um desafio e selecciona mais facilmente o comportamento de coping adequado ao problema (Antonovsky & Sourani, 1988).

O SIC assume assim um carácter cognitivo afectivo e informacional que permite ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou do acontecimento de vida que o provocou), recuperando a ordem e a coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência e vida.

Segundo Linley, Joseph & Loumidis (2005), o conceito de SIC encontra semelhanças com outros conceitos com conteúdos equivalentes tais como hardiness, locus de controlo, e auto-eficácia. Existe também uma elevada correlação da SIC com ansiedade, neuroticismo e depressão, daí que certos autores tenham rejeitado o conceito do SIC como um construto autónomo e independente (Geyer, 2000; Hintermair, 2004; Schmidt-Rathjens, Benz, van Damme, Feldt & Amelang, 1997).

Segundo Antonovsky (1987), o desenvolvimento do SIC toma parte no curso da infância e da adolescência, sendo a experiência adquirida nesta fase, importante para o desenvolvimento do SIC, para o restante curso de vida. Se existirem muitos recursos internos e externos disponíveis neste período, os denominados RRG, que incluem factores individuais (ex. físicos e inteligência) e factores sociais e culturais como suporte social, condições financeiras e estabilidade cultural, existe uma boa hipótese de se desenvolver um SIC forte. Na idade dos 30 anos, o SIC está firmemente formado e estabilizado. No entanto, o SIC não é um acto único

alcançado mas algo que se recria vezes sem conta, ao longo da vida, sendo que a necessidade de recriar também implica a capacidade de se recriar.

Indivíduos com níveis de SIC mais elevados tendem a ser mais bem ajustados e a fazer os ajustamentos necessários em vida para se tornarem indivíduos estáveis e produtivos, daí que se tenha estudado uma relação positiva entre o SIC e pensamentos de carreira positivos. Apesar de o conceito do SIC diferir nas várias culturas, os indivíduos podem desenvolver um forte SIC, tornando as experiências de vida como consistentes, através de uma equilibrada relação dos estímulos e participando nos resultados (Antonovsky, 1987; Antonovsky, 1993; Lustig & Strauser, 2002; Strauser & Lustig, 2003). Segundo o estudo de Rahav, Teichman, Gil, Rosenblom e Bar-Hamburger (1998), também se verifica uma relação entre o SIC, o bem-estar psicológico, a saúde e o consumo de substâncias psicoactivas já que o seu consumo diminui com um SIC mais elevado. Verificou-se também que o SIC tem uma influência directa nos diferentes sistemas do organismo, por exemplo, o sistema nervoso central, o sistema imunitário e o sistema hormonal (Bengel, Strittmatter & Willmann, 1999). O mesmo refere que um elevado nível de SIC está associado a uma melhor percepção do nível de saúde, a um menor risco de depressão, a um menor probabilidade do desenvolvimento de comportamentos de risco a um menor estado de saúde em geral, menor referência de dor, maior esperança e participação no processo de recuperação e a menores queixas somáticas.

Larsson e Kallenberg (1996), referem que idade jovem, ocupação, rendimento e existência de amigos têm relação com um forte SIC. Viver uma relação não satisfatória ou não receber suporte social do companheiro está relacionado com reduzido SIC para ambos os sexos. Boas relações sociais podem contribuir para o SIC e um SIC forte pode contribuir para obter mais e melhores relações sociais. Segundo o estudo destes autores, a esfera da vida psico-emocional influencia mais o SIC que o nível socio-económico (Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004).

Segundo Antonovsky (1987) mudanças no SIC nos adultos idosos são só referentes a grandes mudanças na vida e que podem conduzir à variabilidade psicológica do indivíduo

(Feldt, Kivimäki, Rantala & Tolvanen, 2004). Esta questão tem captado a atenção da comunidade científica podendo a variabilidade psicológica do indivíduo nos seus diferentes papéis ser um sinal de adaptabilidade ou de mau ajustamento psicológico. O que está inerente é se uma diferenciação psicológica elevada do indivíduo em diferentes contextos se traduz numa medida de adaptação com flexibilidade às relações e aos papéis (ex. especialização) ou se significa, por outro lado, uma ausência de consistência do self central (ex. fragmentação) (Bigler, Neimeyer & Brown, 2001). No caso do processo da aposentação, este corresponde a uma transição normalmente descrita como stressor complexo que afecta o equilíbrio e as necessidades do indivíduo e portanto potencialmente patogénico. O modelo SIC sugere que se um dos elementos da família se aposenta, o SIC familiar é decisivo para um coping bem sucedido e para a definição do resultado de saúde (Shifra & Antonovsky, 1999). Segundo Antonovsky e Sagy (1992) e Haour-Knipe (1999), quando o indivíduo idoso se aposenta, toda a unidade familiar é afectada, pois o idoso está integrado numa unidade - a família, que constitui um sistema social.

Os estudos sobre mulheres noutra fase de transição importante - a menopausa, sugeriram a Antonovsky (1979) que a estabilidade cultural e social poderá trazer benefícios para a saúde individual das mesmas (Rice, 2000). O SIC reflecte-se na qualidade de vida do indivíduo, na forma de recursos internos e externos e viabiliza um coping adaptável frente a dificuldades e incertezas. Esta orientação reflecte auto-estima e controlo percebido sobre os eventos de vida. Uma auto-estima elevada reflecte um indivíduo estável com um sentido de confiança e integridade e uma ajuda face às adversidades (Johnson, 2004). Segundo o esquema do Modelo de Disfunção Psicológica (Figura 1), quando o SIC é forte, o indivíduo apresenta uma boa auto-estima e funciona efectivamente. Quando é fraco, o indivíduo corre o risco de dúvida do seu self e de disfunção psicológica. O SIC interpõe-se como um mediador da relação entre deficits e recursos de resistência por um lado, e a disfunção psicológica, por outro (Ying, Akutsu, Zhang & Huang, 1997).

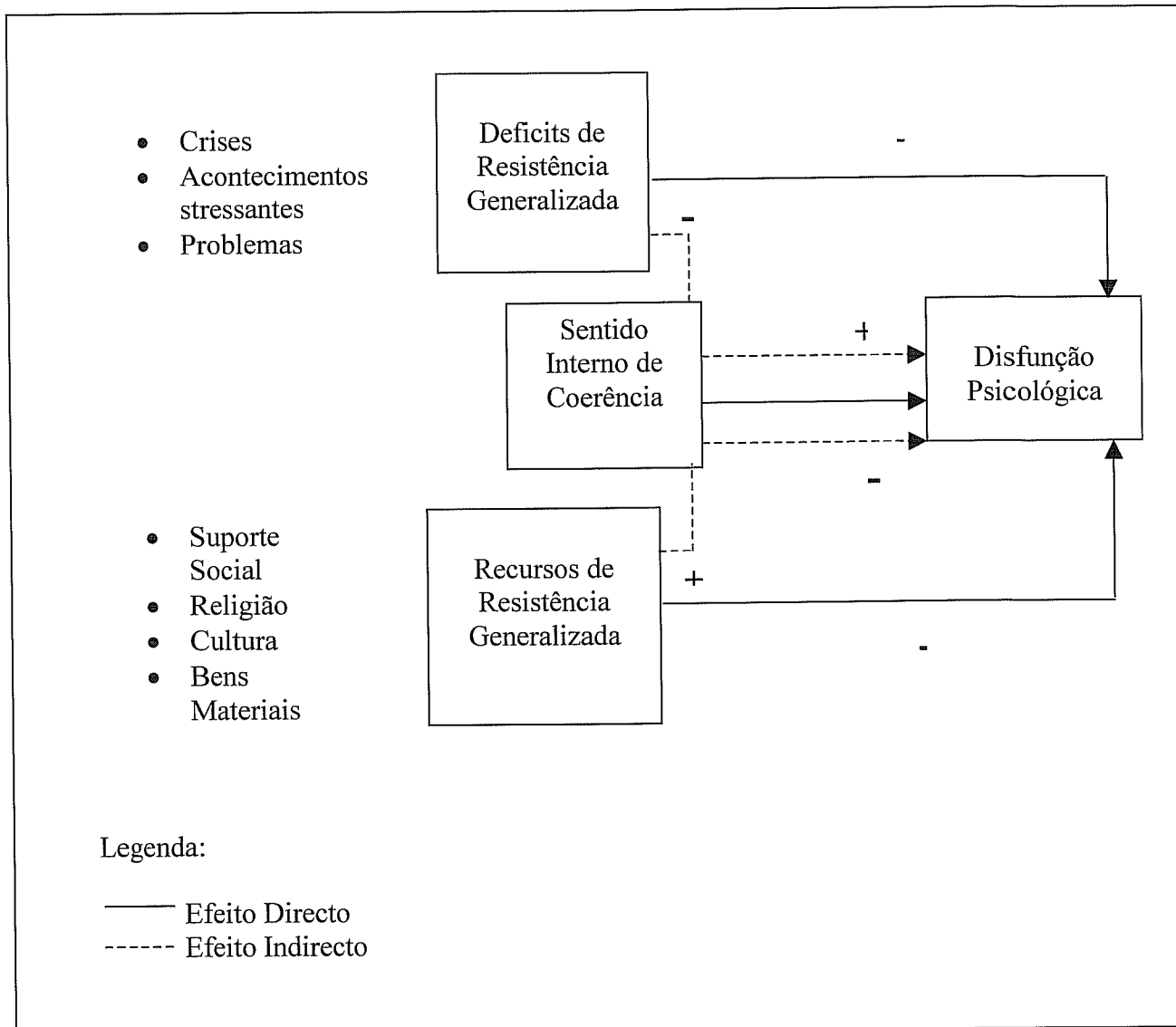


Figura 1: Modelo de Disfunção Psicológica

3. O Efeito da Relação de Ajuda no Grau de Auto-Estima e de Coerência Interna do Idoso

As Atitudes Relacionais e as Condições para a Mudança Construtiva da Personalidade

No processo terapêutico, o ponto de vista exterior é irrelevante, uma vez que a função do terapeuta é facilitar o processo actualizante do cliente. É um processo selectivo, na medida que é direccional e construtivo em direcção à realização, plenitude e utilização plena das potencialidades e capacidades inerentes ao indivíduo. O valor básico da relação de ajuda segundo a abordagem centrada na pessoa é portanto que a autoridade da pessoa reside nela própria.

Verifica-se uma evolução terapêutica dos clientes e a relação de ajuda é facilitada, sempre que o terapeuta providencia a alto nível, de modo consistente e na totalidade, um conjunto de três atitudes ao cliente: compreensão empática, congruência e aceitação incondicional positiva.

Compreensão Empática – Através desta atitude, o terapeuta capta os sentimentos e significados vivenciados no momento pelo cliente, sem julgamento e devolve esta compreensão ao cliente. O terapeuta entra no quadro de referências do cliente, o que permite esclarecer o significado do material (sentimentos, medos, motivações), trazido pelo cliente, consciente ou inconscientemente.

Podemos contextualizar a escuta activa neste contexto. Segundo Leal (2005), a escuta é um trabalho activo de atenção, selecção e elaboração do material trazido pelo cliente em terapia. O receptor tenta compreender o que sente o emissor ou o que ele quer dizer com a sua mensagem. Depois, formada a sua compreensão, por palavras suas (codifica), e desenvolve-a ao

emissor para verificação. O receptor não envia uma mensagem sua tal como uma avaliação, uma opinião, um conselho, na análise ou pergunta. Este faz o *feedback* de apenas aquilo que ele pensa que a mensagem do emissor quis dizer - nem mais nem menos (Gordon, 1998). Por outras palavras, a escuta activa consiste num feedback frequente e contínuo dos resultados da descodificação do receptor e prova que o receptor realmente percebeu. É esta prova que faz com que o emissor continue a falar e entre mais profundamente no problema.

Congruência – Refere-se ao estudo de autenticidade ou de coerência interna por parte de uma pessoa. Numa relação de ajuda quanto mais o terapeuta for ele próprio (sem barreiras pessoais e profissionais) mais provavelmente são criadas as condições para o cliente crescer e mudar consistentemente.

Assim é permitido que em simultâneo o cliente viva de modo consciente e autêntico os seus sentimentos e que os expresse na relação com o terapeuta. Esta vivência sem julgamentos permite uma congruência do cliente com a sua existência, ao nível profundo, do que é presente na consciência e do que está a ser expresso no momento.

A sinceridade ou congruência é uma das atitudes que o terapeuta deve trazer para a relação terapêutica. Rogers (1957) descreve-a como uma atitude congruente e inerente à terapia. Para ele, significa que o terapeuta é ele próprio, livremente e profundamente. Somos rigorosamente representados na nossa consciência (Prouty, 2001).

Segundo Rogers (1961), a congruência leva à transformação pessoal do cliente facilitada quando o psicoterapeuta é aquilo que é, quando as suas relações com o paciente são autênticas e não máscaras, nem fachadas, exprimindo abertamente os sentimentos e as atitudes que nesse momento, ocorrem. Esta congruência poderá influenciar a própria incongruência do cliente.

Em estado de incongruência, as experiências entre o self ideal e o organismo são percebidas com ansiedade e como ameaça o que leva o organismo a comportar-se defensivamente. Segundo Rogers (1979), a incongruência ocorre quando a experiência do indivíduo é muito discrepante do modo como ele se organizou. Um exemplo comum é o da

pessoa que está convencida de ser intelectualmente inferior. Pode, de facto, fazer coisas criativas e boas, demonstrando que tem um excelente intelecto, mas não consegue acreditar nelas.

Aceitação Incondicional Positiva – Esta atitude consiste na capacidade do terapeuta aceitar o cliente de forma positiva, sem condicionalismos, sem juízos de valor ou crítica, tal como ela é. Esta atitude implica aceitar os sentimentos positivos e negativos do outro. Desta forma, a pessoa sente liberdade experiencial para entender as suas experiências, entender como actuar melhor e não como se fosse apenas conveniente para o outro.

Este é o factor curativo na teoria centrada no cliente, já que é o veículo para que o cliente fique mais directamente ligado à TA, através da imagem de si próprio incondicionalmente positiva. Desta forma reunifica o self do indivíduo com a TA (Bozarth, 2001).

Segundo Rogers (1986), ao referir-se à TA, *“na terapia centrada no cliente, a pessoa é livre de escolher qualquer direcção mas, na verdade, opta sempre por vias positivas e construtivas. Só consigo explicar isto em termos de tendência direccional inata do organismo humano – uma tendência para crescer, desenvolver-se, realizar plenamente o seu potencial”* (p. 127).

Deste modo, quando se manifestam estas atitudes terapêuticas - congruência, olhar positivo incondicional, compreensão empática da estrutura interna referencial do cliente, e que incluem o respeito pelo cliente e a confiança nas suas capacidades inatas de crescimento, a pessoa tem as condições propícias para o seu desenvolvimento como indivíduo.

Para Wood, Doxsey, Assumpção, Tassinari, Japur, Serra, Rosenthal, Loureiro e Cury (1994), e sintetizando as condições necessárias e suficientes de Rogers para que uma mudança construtiva de personalidade ocorra, é necessário que as seguintes condições existam e persistam por um período de tempo:

1. Que duas pessoas estejam em contacto psicológico;
2. Que a primeira (o cliente), esteja em estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa;
3. Que a segunda pessoa, esteja congruente ou integrada na relação;

4. Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente;
5. Que o cliente experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por continuar esta experiência no cliente;
6. Que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efectivada pelo menos num grau mínimo.

O contacto psicológico remete para a capacidade do cliente estabelecer contacto com a realidade, com as outras pessoas e com o seu self afectivo. O estado de incongruência refere-se à discrepância entre a experiência real do organismo e a imagem do self do indivíduo, que representa a experiência na consciência. As restantes condições dependem totalmente da postura do terapeuta.

Se estas seis condições existirem e persistirem por um período de tempo, é o suficiente para ocorrer o processo de mudança construtiva de personalidade. Nenhuma outra condição é necessária.

Quando reunidas estas seis condições, o indivíduo torna-se progressivamente mais livre, expressando ao longo deste processo os sentimentos e as vivências relacionadas com o seu self, com o objectivo último esperado do funcionamento pleno da pessoa, ou seja uma personalidade em contínuo estado de fluxo e constantemente mutável, na qual a pessoa está mais consciente do seu self contínuo. Por seu lado, o psicoterapeuta deverá ter um calor e uma capacidade de resposta que torna a relação possível e a faz evoluir gradualmente para um nível afectivo mais profundo (Rogers, 1977).

Assim sendo, segundo a abordagem rogeriana, se estiverem presentes estas condições, irão existir consequências ao nível da personalidade e do comportamento do indivíduo. Este caminha para um estado de maior congruência interna e de maior auto-estima, de maior liberdade e de menor defensividade, onde a auto-percepção do seu self, a tolerância e a aceitação pelos demais aumentarão. Assim, a pessoa será cada vez mais capaz de lidar com os seus problemas e de os solucionar e aproximar-se-á mais de um estado de funcionamento pleno.

A Relação de Ajuda na Problemática do Envelhecimento no Idoso

A idade constitui um estatuto significativo do indivíduo e tem um efeito profundo nos papéis que este ocupa na sociedade e na forma como é percebido pelos outros. No entanto, existe pouca informação relativamente à forma como a idade está relacionada com a noção do self pelo indivíduo adulto e activo, com excepção do indivíduo muito jovem ou muito idoso, e mesmo nestas categorias, existe pouco consenso acerca da natureza desta.

O ser humano efectua muitas vezes numa fase da vida mais avançada, uma reavaliação das suas prioridades, tais como, quais são as suas principais preocupações: com os aspectos sociais, interpessoais e ocupacionais, ou por outro lado, preocupações com factores como a saúde e as limitações físicas, a partir dos seus acontecimentos de vida, e que podem ser de diferente ordem (normativos ou não), esperados ou inesperados, discretos (a osteoporose ou a fractura de uma perna) ou contínuos (como a situação de aposentação), interiores (como a mudança de hábitos de dormir) ou exteriores (como a mudança de residência de um idoso que passa a viver com os seus filhos após o falecimento do cônjuge). No entanto constituem sempre stressores que afectam o grau de congruência do idoso, considerando também que o conceito de saúde do idoso não implica somente ausência de doença, mas a garantia de um máximo de funcionalidade do indivíduo (Holmes & Rahe, 1967).

Neste contexto, a idade e o processo de envelhecimento são factores presentes à vida de todo o indivíduo e por isso constituem excelentes meios de análise de percepção do indivíduo sobre si próprio, da sua percepção dos outros em relação a si, e como estas duas dimensões interferem consigo, directa ou indirectamente, por outras palavras a idade e o processo de envelhecimento são apenas um instrumento, ou se preferirem, um meio que pode permitir aferir o "sentimento de si" do sujeito.

A condição de se ser "idoso" é caracterizada pela pertença a um grupo etário particularmente afectado nas dimensões socio-cognitivo-emocionais, assumindo muitas vezes a

sua vida pouco sentido, com as dimensões de compreensibilidade e gestão do SIC, provavelmente muito debilitadas. Sendo já o envelhecimento uma situação stressante, apreender como se processa a relação do idoso como essa realidade, constitui um forte componente do trabalho do técnico de acompanhamento psicológico, na relação de ajuda.

Poderíamos afirmar que o envelhecimento implica uma ruptura com a continuidade histórica do sujeito? Em alguns casos, a perda da continuidade histórica implica uma ruptura no projecto existencial do idoso, o que pode originar a perda de significado da sua vida, se não houver a elaboração de novos projectos em consonância com o modo como o sujeito experiencia a sua existência, de modo a que a descontinuidade existencial não seja vivenciada. Um exemplo frequente é a temática da perda ligada à aposentação: perda da juventude, perda dos amigos e da companhia, perda da saúde, perda da actividade, da distração, da ocupação, perda do poder económico, perda da capacidade para fazer coisas, perda dos objectivos de vida. A aposentação pode representar uma ruptura na continuidade do projecto de vida, porque depois da aposentação é vivenciado o vazio, o nada (Lima, Teixeira & Sequeira, 1996).

O “antes” liga-se ao trabalho e é descrito como um tempo em que “podia fazer tudo”, de juventude, de poder e de ter coisas. O “depois” da aposentação surge como uma oposição, em que se perdeu tudo e já não há nada que se possa fazer. Assim acaba por se produzir um sentimento de morte social que se deve ao sentimento de inutilidade, isolamento e esvaziamento ligados à perda de trabalho. Se no tempo antes da reforma os idosos se referem a si mesmos na primeira pessoa do singular, personalizando aquela pessoa capaz, quando se referem ao tempo depois da reforma passam a referir-se como “nós”, “as pessoas”, “todos”, velhos”, diluindo a sua própria pessoa num colectivo. Em alguns idosos, nesta fase da vida tudo perde um significado, até a identidade pessoal, porque toda a identidade e toda a vida estão ligadas ao trabalho (Lima et al., 1996).

O processo de acompanhamento psicológico realizado no contexto da relação de ajuda pela ACP permite a facilitação do desenvolvimento do cliente como pessoa, facilitando a sua

congruência, a sua interpretação dos acontecimentos e a utilização dos seus recursos, no sentido de um processo facilitador para o indivíduo se tornar plenamente funcionante.

Se as pessoas apresentam características inatas construtivas, devido à presença da TA, então se o técnico lhes fornecer as condições que permitam gerar tais capacidades, o indivíduo sentir-se-á ajudado e terá meios para se posicionar perante um estado de stress, ansiedade ou angústia devido a um estado de incongruência perante a idade sentida e percebida ou perante as evidências de um envelhecimento mal interiorizado e conseqüente diminuição da auto-estima, e despoletar meios adaptativos de lidar com o problema, ou seja coping positivo, e manter-se afastado de meios mais defensivos.

A expressão das características do sujeito é tanto mais forte, quanto mais favoráveis forem as condições facilitadas através da relação terapêutica e que podem incluir o meio social e o meio psicológico interior do indivíduo, e que inclui tanto tendências inatas como atitudes adquiridas, convicções, expectativas e as características da auto-imagem do indivíduo. Desta forma, as capacidades pró-sociais de empatia e associação tendem a gerar comportamentos sociais construtivos, sempre que existam as condições adequadas (Brodley, 1998). As atitudes terapêuticas referidas anteriormente – a compreensão empática, o olhar incondicionalmente positivo e a congruência, facilitam este desenvolvimento pessoal do indivíduo e os princípios de respeito e confiança demonstrados por parte do terapeuta na relação de ajuda, em conjunto com a atitude não-directiva protegem as tendências construtivas do indivíduo ajudado.

Em suma, o indivíduo pode sentir uma mudança terapêutica duradoura e que permita uma estável congruência interna, dentro da qual seja permitida uma saudável convivência entre a idade percebida e a idade real e a conseqüente aceitação do envelhecimento como característico integrante daquilo que a pessoa é, e do que a sua vida foi até então, e no que potencialmente se tornará no futuro.

O Impacto da Relação de Ajuda na Identidade, no Grau de Auto-Estima do Idoso e no Sentido de Coerência do Idoso

Segundo Rodriguez-Tomé (1972), a identidade pessoal não é um conceito separado dos afectos, ou das representações e das práticas sociais. Implica a capacidade de perceber e de avaliar os julgamentos trazidos pelos outros sobre si próprio (Cloutier, Gosselin & Tap, 2005). Segundo Baltes e Baltes (1990), a identidade forma um esquema organizado cognitivo e afectivo, através do qual o indivíduo interpreta as suas experiências, e que por sua vez pode ser alterado pelas suas experiências. A assimilação da identidade refere-se à interpretação das experiências importantes da identidade, em termos dos esquemas cognitivos e afectivos estabelecidos sobre o self. Este processo ajuda o indivíduo a manter um sentido de auto-consistência face a experiências ou informação discrepantes (Sneed & Whitbourne, 2003).

O processo de envelhecimento traz consigo alterações físicas, psicológicas e sociais inerentes, que representam um conjunto particular de experiências, que desafiam o sentido do self do indivíduo, ao longo da vida e a sua identidade. A relação de ajuda poderá facilitar a boa gestão destes desafios e o envelhecimento bem sucedido. O processo de acomodação da identidade leva o indivíduo a alterar a idade em resposta às experiências. O indivíduo que usa este processo em excesso é facilmente influenciado e moldado pelas novas experiências, porque as suas identidades são instáveis e incoerentes. Em termos do processo de envelhecimento, os idosos reagem aos declínios provocados pela idade. Num extremo, ao adoptar o envelhecimento como sendo um estado, esta consciencialização pode implicar que o indivíduo não tome acções preventivas ou compensatórias, nomeadamente em relação à saúde e bem-estar. O indivíduo passa a considerar que a vida é um declínio inevitável (Lang, Rieckmann & Baltes, 2002).

Um equilíbrio dinâmico entre a acomodação e assimilação da identidade, proporcionado pela relação de ajuda, poderá ser o processo mais correctamente adaptado ao envelhecimento e corresponde ao processo de equilíbrio de identidade. Estes indivíduos mudam em resposta às discrepâncias da identidade mais saliente, mas não têm tanta falta de estrutura que cada nova experiência lhes ponha em causa as assumpções fundamentais, do self. Estes indivíduos tendem

a efectuar mudanças favoráveis aos seus auto-conceitos, o que lhes permite reflectir e avaliar eles próprios de uma forma realística. Como resultado, é um processo associado a uma boa auto-estima e ausência de psicopatologias significativas.

Em estado de equilíbrio, o indivíduo está apto para a mudança, quando a sua identidade é desafiada, mas mantém um sentido consistente do self (Sneed & Whitbourne, 2003).

Ao facilitar a auto-estima, o idoso assume uma identidade e um self e concilia as realizações com as suas aspirações. O idoso aproxima-se do que deseja ser, já que a auto-estima está dependente não só dos resultados, mas também dos objectivos definidos e da sua concretização. Ao analisar as percepções que se referem ao modo como se encara, a pessoa leva a cabo um processo avaliativo e afectivo que relaciona as reacções emocionais com as mesmas percepções lhe suscitam.

O idoso vive em ambientes que tanto apresentam recursos e possibilidades, como vê a sua acção limitada por limites e regras. Em paralelo, apresenta as suas características pessoais e vive um ambiente experiencial que determina a sua percepção do que se passa à sua volta e portanto orienta o seu comportamento. Esta articulação pode gerar conflitos, sendo que para os resolver são necessários processos para lidar com pressões externas e internas e com as consequências emocionais tais como, a angústia, a impotência, a frustração e a ansiedade. Daqui pode resultar uma dissonância interna ao nível cognitivo, emocional e relacional, o que pode levar a desequilíbrios na conduta, com atitudes de revolta, prostração, recalçamento e fuga, entre outras.

Em consequência e segundo Allport (1962), a pessoa poderá desenvolver, através da relação de ajuda, objectivos ajustados que a orientam, e reagir às ameaças com defesas psicológicas saudáveis. A pessoa enfrenta as dificuldades, em vez de as evitar e torna-se saudável psicologicamente.

A auto-estima está dependente do indivíduo se permitir existir. Se o idoso reconhecer o seu *being* e responder congruentemente ao seu self, viverá de modo mais autêntico. O idoso tornar-se-á mais ele mesmo, apesar da pressão para negar ou distorcer aspectos do seu ser. Podem ser considerados alguns indicadores de ajustamento deficiente, a incongruência entre o

Eu e o potencial, as condições de valoração, o viver na defensiva, os planos rígidos e pré-concebidos, a desconsideração pelo organismo, os sentimentos de manipulação e o conformismo. Inversamente o indivíduo poderá apresentar após uma intervenção terapêutica indicadores de realização tais como: a abertura à experiência, o viver existencial, a confiança no organismo, a liberdade experiencial, a criatividade, a orientação realística, a aceitação do Eu, dos outros e do mundo, e a espontaneidade (Leal, 2005).

Para Rogers (1961), quanto maior for a diferença entre o self real e o self ideal, maior é a imagem negativa que a pessoa tem acerca de si mesma e mais distante está a possibilidade de se tornar naquilo que deseja, pois este espaço entre os dois selves é um espaço de incongruência e de não aceitação. A congruência existirá no momento em que as condições reunidas são semelhantes à vivência da pessoa. A facilitação da mudança terapêutica do cliente traz modificações relativamente estáveis na personalidade do cliente, nomeadamente, um maior sentido de congruência, percepções mais diferenciadas e objectivas, a flexibilização do indivíduo, menor tensão física e psíquica, consideração positiva em relação a si próprio e maior amplitude e variabilidade comportamental (Leal, 2005).

A relação de ajuda facilita a aceitação da mudança inerente à condição humana, por parte do idoso, e tem como resultado a facilitação ao cliente de idade avançada, um processo de maturação e aprendizagem contínuo, que o leva a ter uma percepção clara dos desafios que se colocam deste período de vida, no sentido da sua realização e desenvolvimento pessoal.

O idoso tende a diferenciar e a classificar a totalidade da experiência sobre a influência da TA, que é por sua vez, facilitada através da relação terapêutica. A relação de ajuda poderá também ter impacto na auto-estima do idoso em duas dimensões: na dimensão inter-relacional que diz respeito às relações que o indivíduo estabelece com diferentes entidades e em diferentes ambientes (trabalho, família, etc) e intra-relacional, que diz respeito à relação do indivíduo consigo mesmo, física e psicologicamente (Antunes, 2000).

O peso da relação entre o técnico e o cliente e as atitudes referidas anteriormente e reveladoras de respeito, atenção e aceitação incondicionais, que partem de um interlocutor

significante, permitem um desenvolvimento integrado e saudável do self. Assim sendo, a relação não é constrangida por condições de valor e portanto o idoso pode confiar na sua experiência de vida como critério de avaliação das suas vivências, enquadrando algumas das dificuldades próprias deste estágio de vida como a solidão, a diminuição de expectativas e ostracismo por parte dos outros significantes, a desintegração dos meios sociais e a proximidade da doença e da morte. Outra das qualidades importantes da relação de ajuda para o idoso, consiste na capacidade de antecipar os problemas, de discutir e avaliar juntamente com o cliente, as estratégias que mais se adequam à situação.

Ao centrar-se no aqui e agora e nas capacidades do cliente idoso para melhorar o seu funcionamento psicológico e social, o terapeuta não se centra nas causas, mas nos meios e recursos pessoais do indivíduo. O terapeuta não resolverá os problemas ao cliente mas ajudá-lo-á a consciencializar-se dos mesmos e assumir a responsabilidade pela procura da solução.

O carácter empático do diálogo ao longo da relação de ajuda permite que o indivíduo exprima emocionalmente as ambiguidades e os paradoxos da sua experiência e lhes dê um sentido, à luz de uma narrativa reconstruída, que simultaneamente preserve um sentido de continuidade histórica com o passado e projecte investimentos emocionais no futuro (Matos & Costa, 2004). De facto, a resposta de compreensão empática traz consigo o efeito de avaliação em reflexo, ou seja, a percepção que o idoso forma acerca das respostas que o terapeuta como figura significativa emite sobre si, influencia a forma como o idoso se percepçiona. Em conjunto, as atitudes de aceitação, interesse, afecto e atenção facilitam a consolidação da auto-estima, porque o idoso interpreta essas atitudes como uma confirmação do seu valor intrínseco.

Poderíamos sintetizar na Figura 2 o efeito da relação terapêutica de ajuda no idoso.

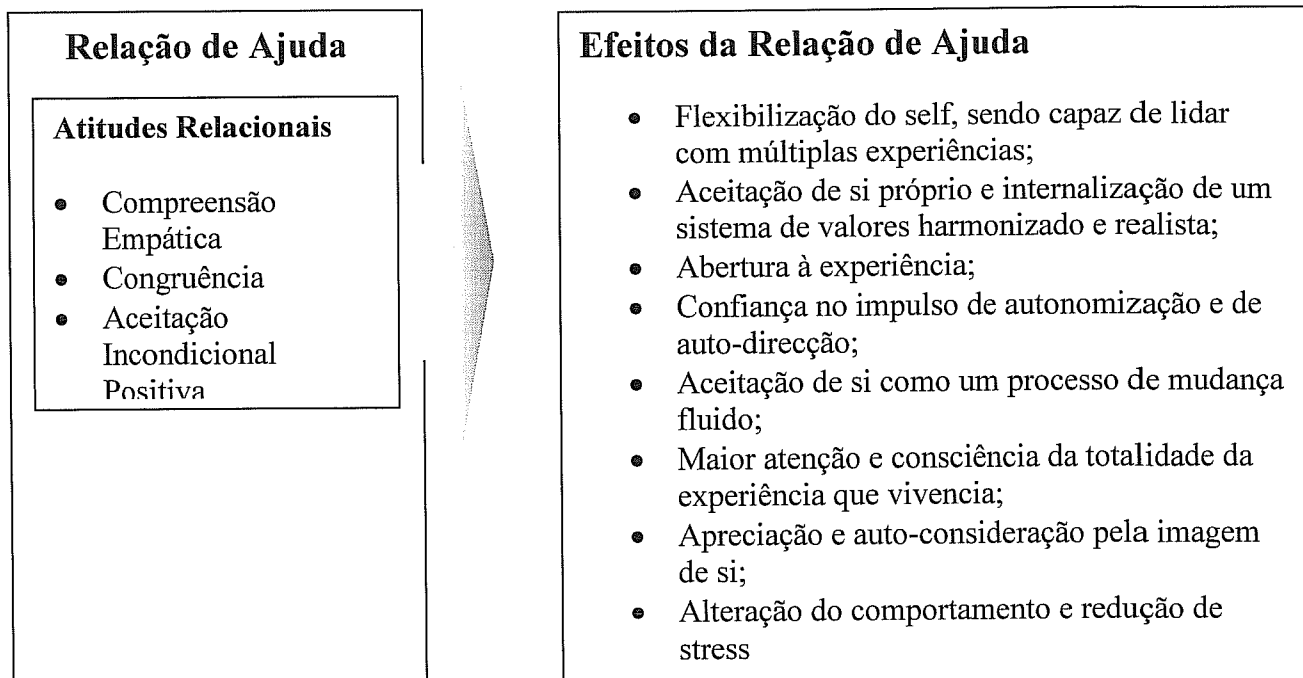


Figura 2: Quadro-síntese do efeito da relação de ajuda no idoso

MÉTODO

1. Definição do Problema

Perspectiva Geral do Estudo

Este estudo tem como objectivo principal explorar se existe um efeito da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima e do SIC de 40 indivíduos idosos, tendo estes sido submetidos a um processo de aconselhamento psicológico (counselling) de oito sessões segundo a ACP e, em segundo lugar averiguar se existe uma relação entre as características socio-demográficas destes indivíduos e o Grau de Auto-Estima e de SIC apresentados. Para o efeito um questionário de dados pessoais e duas escalas de avaliação, a Escala de Estima de Si de Rogers e a Escala de Sentido Interno de Coerência de Antonovsky foram utilizadas, no momento antes do início das sessões de acompanhamento e após o término das sessões, de forma a apurar diferenças no Grau de Auto-Estima e de SIC, dos indivíduos idosos, em conjunto com uma caracterização socio-demográfica da amostra e o estabelecimento de relações entre estes dados e os do SIC e da auto-estima apurados.

O envelhecimento nem sempre é encarado de forma tranquila pelos indivíduos. Por ser um processo que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua vida, pode constituir significados bastantes distintos e deste modo alterar substancialmente a forma como o indivíduo se vê a si próprio, como se apercebe que os outros o vêem e como se sente na presença dos outros. Desta forma, o seu sentido de self, de auto-estima e de congruência interna podem ser directamente implicados neste processo, sendo que a idade avançada poderá constituir um momento na vida do indivíduo em que estes indicadores poderão estar particularmente vulneráveis, devido às

características da fase da vida em que se encontram – a terceira-idade, e com todas as implicações que daqui decorrem, poderem influenciar a sua susceptibilidade de manter adequados Grau de Auto-Estima e SIC (exemplificando, diminuição do suporte social e afectivo, expectativas perante a morte, redução da participação na vida activa, diminuição dos papéis sociais, entre outros).

Esta investigação trouxe consigo questões às quais houve necessidade de encontrar respostas: Será que o SIC e o Grau de Auto-Estima de indivíduos são influenciados pelo factor idade? Como pode a relação de ajuda afectar o Grau de Auto-Estima e o SIC, em clientes idosos? A percepção que temos, em termos do senso comum, em relação ao indivíduo idoso quanto ao SIC e ao Grau de Auto-Estima é real, ou está desvalorizada? Os factores socio-demográficos afectam o Grau de Auto-Estima e de SIC dos idosos?

Assim sendo, e tendo em conta as limitações inerentes ao contexto da realização do estudo, pretendemos a integração de conceitos e a tomada de consciência das dimensões e perspectivas da problemática da idade avançada e criar caminhos para uma reflexão de estudos futuros. Em específico, pretendemos responder aos seguintes objectivos:

1. Avaliar o Grau de Auto-Estima em indivíduos idosos;
2. Avaliar o SIC em indivíduos idosos;
3. Identificar se existe um efeito da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima e SIC de indivíduos idosos;
4. Identificar a idade avançada como um factor potencial para reduzidos SIC e Grau de Auto-Estima.
5. Identificar relações entre a envolvimento socio-demográfica dos idosos, e o SIC e Grau de Auto-Estima.

Os indivíduos sujeitos a este estudo, foram submetidos a um processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP que decorreu ao longo de oito sessões, entre os meses de Março e Junho de 2006.

No âmbito desta investigação, as sessões de aconselhamento psicológico foram efectuadas no âmbito da ACP, através de *counselling*. O *counselling* ou aconselhamento é entendido como um processo interactivo, com limites bem definidos, distinguindo-se da psicoterapia e caracterizando-se como uma relação de ajuda estabelecida entre o técnico terapeuta e a pessoa que procura ajuda. Nesta relação, o primeiro procura facilitar o crescimento do outro e a realização de alterações ao nível de: a) comportamento; b) construtos pessoais – formas de encarar a realidade, incluindo o self ou preocupações emocionais relacionadas com essas percepções; c) capacidade para ser bem-sucedido, de forma a aumentar as oportunidades e reduzir as adversidades e d) conhecimento e competências para tomar decisões (Patterson & Eisenberg, 1983, 1988).

A palavra *counselling* não tem sido utilizada, traduzida por autores e profissionais de expressão portuguesa, dado que sugere o acto de dar conselhos, preferindo-se o uso do termo original, na versão inglesa. No entanto pode ser definido como a intervenção psicológica de apoio ou suporte ao desenvolvimento e resolução de crises, a nível pessoal (emocional, auto-conhecimento, auto-confiança, orientação) e psicossocial (relacional, capacidade de afirmação) (...) (Pestana & Páscoa, 2002).

O acto de aconselhamento aqui praticado não é equivalente ao acto de dar conselhos, já que este acto implica subestimar a capacidade e o potencial do cliente em resolver os seus próprios problemas, criando uma relação de dependência e não de autonomia. Pretende-se com este aconselhamento, estabelecer uma relação de ajuda em problemáticas que podem ser do foro existencial, de nível informacional ou outros, e que não apresentem patologias. É um acompanhamento centrado sobretudo no presente, nas dificuldades actuais do cliente e nos aspectos envolvidos. Pode centrar-se mais nos aspectos cognitivos ou de aprendizagem experiencial e cabe sempre ao cliente determinar o ritmo, a intensidade e o término do processo terapêutico. O papel do técnico é o de ajudar o cliente, a encontrar a interpretação que faça mais sentido para si.

Para além das principais atitudes relacionais, o counselling prevê a utilização de meios como a resposta de compreensão empática, a escuta activa, o “espelhar o outro”, no processo terapêutico.

Durante as sessões realizadas foi estabelecido entre o terapeuta e o indivíduo um contrato terapêutico com as seguintes regras de trabalho:

- As sessões são confidenciais;
- As sessões têm a duração de 50 minutos;
- O cliente é livre de partilhar com o terapeuta a problemática que desejar;
- As sessões terão sempre lugar no mesmo espaço, na clínica;
- As sessões são individuais.
- As sessões têm uma periodicidade indicativa semanal.

Por parte do terapeuta, este terá como função e de acordo com a abordagem rogeriana a facilitação de um ambiente propício ao desenvolvimento da pessoa e das suas potencialidades através da presença de três atitudes fundamentais, em todas as sessões: congruência, olhar positivo incondicional, e compreensão empática da estrutura interna referencial do cliente, e que incluem o respeito pelo cliente e a confiança nas suas capacidades inatas de crescimento.

O objectivo deste aconselhamento é a proporcionar as condições ideais de facilitação ao indivíduo, para que este se desenvolva de uma forma construtiva, no sentido da pessoa plenamente funcionante.

Após a prévia reflexão sobre os principais conceitos teóricos incluídos na primeira parte do trabalho, propomos o estudo de campo, sobre o qual assenta esta investigação.

Em particular e para explicitar em maior detalhe aquilo a que nos propomos, iniciámos o capítulo do método com a perspectiva geral do estudo, seguida da definição do problema, do delineamento do estudo, da definição das hipóteses estatísticas e das variáveis em análise. Na parte seguinte, serão descritos os participantes, especificando os critérios da selecção da amostra, bem como as características socio-demográficas gerais. De seguida, na secção do material, serão explicitados os instrumentos utilizados, seguidos do capítulo do procedimento

para a recolha dos dados, e por fim, já nos últimos dois capítulos, serão explicitados os resultados estatísticos alcançados e respectivas análises e discussão, no contexto formal deste estudo.

Definição do Problema

O envelhecimento pode gerar situações de incoerência interna e na relação com os outros, já que o idoso tem de gerir transformações na sua vida de ordem pessoal, profissional, social e afectiva, podendo sentir a necessidade de se redefinir como pessoa. Se considerarmos a auto-estima como indicativa da correlação entre o self e o self ideal, então uma correlação elevada, indica um elevado nível de auto-estima.

Sendo assim, a questão central deste estudo, é investigar do ponto de vista de auto-estima e de SIC, a existência de diferenças significativas derivadas do acompanhamento psicológico, através da relação de ajuda, segundo o modelo da ACP, para o mesmo grupo de 40 indivíduos idosos, em dois momentos distintos: antes e depois do processo de oito sessões de acompanhamento psicológico efectuado.

Delineamento do Estudo

Em respeito pela problemática apresentada e pela base teórica revista, foi desenhado um estudo com as seguintes características:

Descritivo: porque se propõe a estudar os valores do SIC e do Grau de Auto-Estima, numa determinada população de idosos, num contexto específico de espaço, tempo e indivíduos.

Observacional: porque nos propomos a observar o SIC e o Grau de Auto-Estima num grupo de indivíduos idosos, não introduzindo aspectos experimentais no nosso estudo.

Comparativo: porque se destina a identificar e a comparar o SIC e o Grau de Auto-Estima destes indivíduos, em dois momentos distintos no tempo.

Exploratório: porque nos propomos com este estudo a uma sensibilização para as várias perspectivas do problema do efeito da relação de ajuda com o SIC e o Grau de Auto-Estima dos idosos, a uma integração e relacionamento de conceitos. Não são manipuladas variáveis, não se efectua teste de hipóteses, apenas são consideradas hipóteses estatísticas e não é efectuada uma extrapolação para a população geral. Subjacente está também a abertura de alternativas para uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, ou a desenvolver e para a formulação de hipóteses que se destinam a pesquisas no futuro.

A abordagem é de carácter qualitativo e misto, onde estão presentes a descrição e avaliação subjectivas. Também se recorreu a várias fontes de referência e às interpretações dos indivíduos para uma abordagem mais completa da problemática.

Hipóteses Estatísticas

Neste contexto, de acordo com os objectivos e a problemática do nosso estudo e com a revisão bibliográfica efectuada, pretendemos explorar a temática principal do estudo:

- **O aconselhamento psicológico promove alterações significativas nos indivíduos idosos, ao nível da sua auto-estima e SIC?**

Sendo o seguinte tema secundário no estudo:

- **Existe uma relação entre o contexto socio-demográfico dos indivíduos idosos, em acompanhamento psicológico e o seu Grau de Auto-Estima e SIC?**

Para aprofundar estas duas temáticas, formulámos quatro hipóteses estatísticas, que além de claras e objectivas, fossem possíveis de serem testadas pelas técnicas estatísticas disponíveis.

As hipóteses reflectem uma relação possível entre a relação de ajuda, segundo a ACP, e o SIC e o Grau de Auto-Estima nos indivíduos idosos. Foram expressas, com base no

conhecimento teórico e empírico do efeito da idade avançada no SIC e no Grau de Auto-Estima, sendo que a relação de ajuda poderá funcionar potencialmente como facilitadora de melhores valores para ambos.

Hipótese 1: Existem diferenças significativas ao nível da auto-estima, no momento após o processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP, em relação ao momento antes do início deste mesmo processo.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas ao nível do SIC, no momento após o processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP, em relação ao momento antes do início deste mesmo processo.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas nos valores de auto-estima entre os diferentes grupos (definidos pelo seu género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar) dos indivíduos idosos.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas nos valores de SIC entre os diferentes grupos (definidos pelo seu género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar) dos indivíduos idosos.

Definição das Variáveis Estatísticas

As variáveis em estudo foram seleccionadas a partir das hipóteses anteriormente formuladas.

Variáveis Principais ou Dependentes

Esta é a variável central do estudo, já que constitui a variável de resposta, e que foi observada e medida na investigação. O **Grau de Auto-Estima**, medido pelo nível de discrepância entre o self real e ideal, e o **Grau de SIC** dos indivíduos idosos, constituem as variáveis principais deste estudo.

Variáveis Secundárias ou Independentes

As variáveis secundárias ou independentes constituem as variáveis socio-demográficas, consideradas relevantes para o estudo, tendo em conta a revisão bibliográfica efectuada, no sentido de caracterizar a amostra e de permitir a análise exploratória das relações destas com o Grau de Auto-Estima de SIC do indivíduo idoso, e as variáveis decorrentes da análise dos dados em dois momentos diferentes, numa perspectiva temporal.

Assim sendo, temos como variáveis independentes socio-demográficas: **género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar.**

Consideraremos dois momentos de avaliação distintos (momento A e B), no sentido de permitir a análise exploratória do efeito da relação de ajuda com o SIC e o Grau de Auto-Estima do idoso. Consideraremos que o acompanhamento psicológico através da relação de ajuda compreenderá o número de oito sessões.

Daqui resultarão dois grupos distintos:

Grupo Momento A – Idosos que se encontram antes do processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP;

Grupo Momento B – Idosos que se encontram depois do processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP.

2. Participantes

Definição da Amostra

A população de indivíduos que constitui o grupo de estudo faz parte de um universo de indivíduos que recorre aos serviços de apoio psicológico segundo a ACP, numa clínica de saúde e bem-estar em Almada.

A cidade onde o estudo foi efectuado, apresenta características socio-demográficas, que traduzem a presença de uma franja de população envelhecida, resultado de um êxodo interno proveniente sobretudo das regiões sul do país, Alentejo e Algarve, herança da década de 60 e 70.

Optou-se por estudar a população de indivíduos idosos com mais de 65 anos, por estes reunirem em conjunto uma maior probabilidade de vulnerabilidade em relação ao processo de envelhecimento, dado que este poderá assumir particular visibilidade e relevância nesta etapa da vida, e que se reflecte na forma como o idoso se organiza internamente e consequentes relações de suporte social, afectivas e económico-sociais.

A escolha da amostra do estudo sofreu algumas restrições, fundamentalmente por questões de ordem prática, que tiveram a ver com critérios de conveniência e de acessibilidade aos dados.

Sendo este um estudo em que a amostra é composta por idosos acima dos 65 anos que recorreram ao acompanhamento psicológico segundo a ACP, foi particularmente relevante verificar se este acompanhamento psicológico desempenhado teve um impacto positivo, negativo ou nenhum impacto no nível de auto-estima e do SIC dos idosos, perante a problemática do envelhecimento. Quanto ao primeiro indicador, o Grau de Auto-Estima, este é uma medida do grau de congruência do indivíduo. Quanto ao SIC, optámos por este, dada a sua natureza pragmática reflectida no tipo e dimensão do formato do instrumento utilizado para a recolha dos dados, e que julgámos adequado aos objectivos e âmbito do estudo, bem como à população idosa em causa, e também porque os dois conceitos se complementam, o conceito de

auto-estima, com o grau de congruência de Rogers, e o SIC de Antonovsky, não entrando em oposição, tornando toda a investigação mais interessante e potencialmente mais abrangente.

A amostra inicialmente proposta, é constituída por indivíduos idosos (com mais de 65 anos), num total de 40 casos, todos eles indivíduos utentes de uma clínica de especialidades de saúde e bem-estar que empreenderam um processo de acompanhamento psicológico, no âmbito da relação de ajuda segundo a ACP.

O processo de amostragem foi efectuado por conveniência devido à fácil acessibilidade aos dados. Apenas os indivíduos que quiserem colaborar neste estudo foram sujeitos ao preenchimento dos dados, pelo que nem todos os utentes idosos aos quais foi explicado o âmbito do estudo foram necessariamente integrados no mesmo. Não foi utilizado para este estudo nenhum grupo de controlo.

Caracterização da Amostra Analisada

Os participantes de amostra serão caracterizados em função das seguintes variáveis: género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar.

a) Género

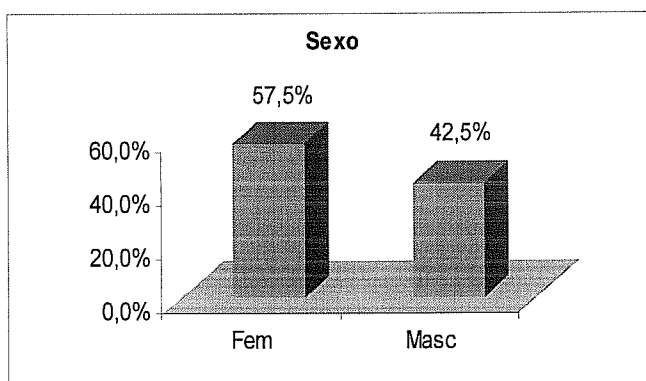


Figura 3: Distribuição da amostra em % por género

Segundo os dados apresentados 57,5 % dos indivíduos são do sexo feminino e 42,5 % do sexo masculino, quanto à amostra total. (Figura 3).

Estes dados indicam claramente uma maior procura de acompanhamento psicológico pelo sexo feminino que o masculino, por parte dos idosos. No entanto, estes dados revelam também a realidade portuguesa, ou seja, uma predominância do sexo feminino sobre o masculino, no seio da população idosa. A superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida, aumenta, naturalmente, com o avançar na idade. As diferenças entre os sexos são bem evidentes sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina (INE, 2002).

b) Idade

Podemos observar que a média de idades do grupo é de 71,73 anos (ver Anexo V) .

c) Estado Civil

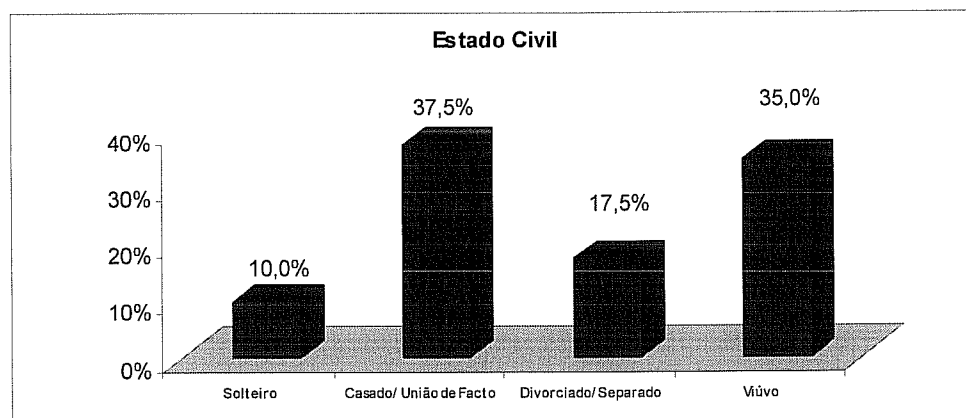


Figura 4: Distribuição da amostra em % por estado civil

Na amostra total 37,5 % dos indivíduos são casados, 35% são viúvos, 10 % são solteiros e 17,5 % são divorciados. (Figura 4). A maioria dos indivíduos é casada, no entanto os valores de indivíduos viúvos são também elevados, o que está relacionado com o facto de parte dos indivíduos já ter perdido o seu cônjuge, devido à idade avançada, sendo coincidente com a não existência de mais agregado familiar em casa.

Estudos anteriores revelaram que a maior parte da população idosa vive com o cônjuge, embora esta percentagem seja bastante superior nos homens. A sobremortalidade masculina e o

celibato definitivo feminino são fenómenos que estão na origem das diferentes formas de vivência familiar entre os dois sexos. A comprovar este facto estão as taxas de viuvez bastante mais elevadas nesta população que em qualquer outro grupo etário (INE, 2002).

Interessante é também a percentagem com algum relevo de indivíduos separados ou divorciados, consequência da mudança de hábitos sociais, alguma queda do preconceito social em relação ao divórcio e a uma maior autonomia económica do sexo feminino.

d) Actividade/Ocupação

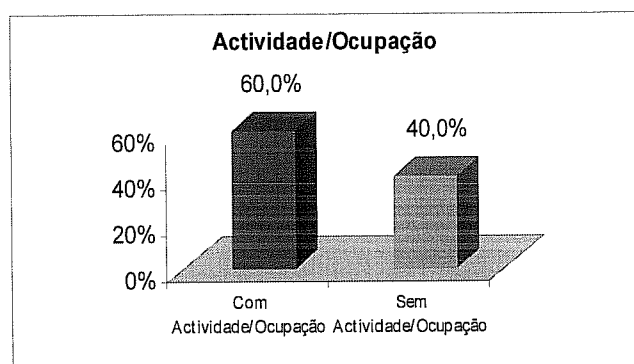


Figura 5: Distribuição da amostra em % por actividade/ocupação

Em relação ao grupo, observa-se uma predominância de indivíduos com actividades ou ocupação de tempos livres (60 %) versus sem ocupação (40 %). Apesar de a maioria desta actividade não ser de carácter profissional, o preenchimento do dia é efectuado muitas vezes com a companhia de familiares, a responsabilidade com os netos, em actividades com cuidar da casa e do jardim ou em alguns casos a frequência da universidade sénior de Almada e cursos de formação de curta duração.

Analisando algumas características da população idosa activa, que representava cerca de 19% do total da população idosa em 2001, permite-nos confirmar as diferenças entre os dois sexos no que respeita a actividades domésticas e concluir que a herança de uma cultura baseada no modelo paternalista, com a responsabilidade das tarefas respeitantes ao lar a pertencer quase exclusivamente às mulheres, está bastante presente nas gerações idosas. Assim sendo, a maior parte das mulheres idosas ocupam mais de 28 horas semanais nos cuidados a pessoas com necessidade de cuidados especiais, e a crianças (INE, 2002).

e) Agregado Familiar

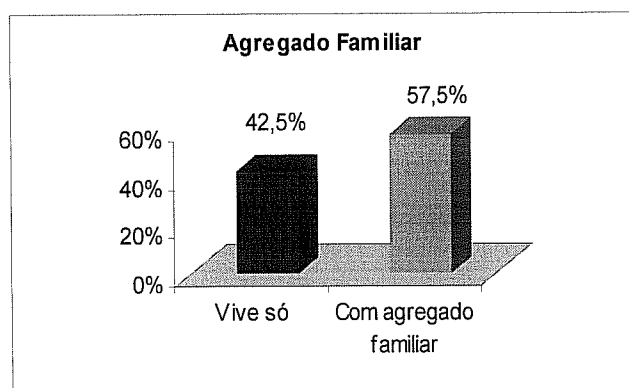


Figura 6: Distribuição da amostra em % por agregado familiar

Quanto ao agregado familiar, 42,5 % vive sozinho, um número inferior, comparado com 57,5 % que vivem com o respectivo agregado familiar (Figura 6). Observa-se que o valor de idosos que vive sozinho é bastante elevado, muitas vezes justificado pela morte do cônjuge e pelo abandono ou distância da família de descendentes. Estimativas com base nos resultados provisórios dos Censos 2001 revelam que em 32,5% das famílias clássicas residia pelo menos um idoso e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias (INE, 2002).

3. Material

Utilizámos três questionários, levando em conta os objectivos do estudo, as características da amostra e as variáveis em estudo, como instrumentos de análise.

1. Questionário de Dados Pessoais (Anexo II);
2. Escala de Estima de Si - EES Rogers (Anexo III);
3. Escala de Sentido de Coerência Interna – SIC Antonovsky (Anexo IV).

Tanto a Escala de Estima de Si como a Escala de Sentido de Coerência Interna foram utilizadas em dois momentos distintos, o momento A, antes do início da relação de ajuda, e o momento B, no final das sessões de relação de ajuda, de forma a permitir uma comparação dos dados, entre os dois momentos e poder apurar o efeito da relação de ajuda nas variáveis independentes SIC e Grau de Auto-Estima.

A todos os questionários, foi atribuído um código único de forma a garantir a confidencialidade e a correspondência dos dados. Os questionários foram entregues e recolhidos em mão aos questionados, por uma técnica auxiliar da clínica em questão.

Optámos pelo questionário como instrumento, dado que apesar das suas limitações, este é o instrumento aconselhado para se interrogar um número significativo de indivíduos. Este tipo de instrumento permite uma maior fidelidade nas respostas garantidas, já que o seu preenchimento não necessita da nossa presença, e o anonimato e confidencialidade estão garantidos. Permitiu igualmente uma economia de tempo pelos mesmos motivos.

Para testar a funcionalidade dos instrumentos de recolha de dados, foram aplicados os questionários a três indivíduos idosos, utentes da clínica, no momento A e no momento B. Comprovámos que as respostas foram interpretadas e respondidas, com relativa facilidade, salvo para os utentes com alguma dificuldade de visão. Com este pré-teste, verificou-se que os instrumentos iniciais permitem a recolha da informação desejada, pelo que não foram introduzidas quaisquer alterações às versões originais dos questionários.

Questionário de Dados Pessoais

Este questionário terá como objectivo a recolha dos dados necessários para a caracterização da amostra, para o apuramento de correlações entre a caracterização socio-demográfica e o Grau de Auto-Estima e e o SIC, e servir de instrumento de suporte para a selecção dos participantes. Neste estará contida a informação para os parâmetros demográficos (sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade concluída, actividade/ocupação, área de residência e agregado familiar). De todos estes parâmetros apenas serão consideradas e posteriormente tratadas as variáveis consideradas pertinentes para este estudo.

Escala de Estima de Si – EES Rogers

A Escala de Estima de Si de Rogers pretende avaliar a discrepância entre o self real e o self ideal.

Foi aplicada por Carl Rogers e pelos seus colaboradores, no sentido de desenvolver um trabalho sistemático e coordenado de pesquisa das mudanças ocorrida durante o processo terapêutico. Foi apresentada na obra de Carl Rogers e Rosalind Dymond (1954) e reporta-se a estudos anteriores de John Butler e Gerard Haigh.

Segundo estes autores, o indivíduo possui e é capaz de organizar um conjunto variado de auto-percepções isoladas, que se relacionam entre si. Na medida em que tem consciência das características que formam a imagem de si num dado momento, o indivíduo é capaz de se posicionar numa escala subjectiva e contínua, escolhendo os itens que estão mais em acordo ou em desacordo com o modo como se percebe, conseguindo também comparar e avaliar os que predominam, e de se posicionar numa ordem crescente, no que está de acordo ou em desacordo do que gostaria de ser. O julgamento sobre as auto-percepções e a sua ordenação de forma crescente ou contínua são fundamentais para a Escala de Estima de Si. Neste âmbito, a Escala de Estima de Si, desenvolvida por Rogers permitiu-lhe concluir que a discrepância entre o self real e ideal é a medida de ajustamento ou desajustamento psicológico, e logo, indicativa da estima de si ou da auto-estima. Desta forma, quanto maior esta medida, menor a auto-estima do indivíduo.

Com efeito, sublinha-se que o nível de incongruência entre o self real e o self ideal, funciona como medida operacional da auto-estima e da organização saudável da personalidade, dado que a o self (e o seu sub-produto – a auto-estima) constitui a matéria-prima que permanece e que fornece a base para a continuidade e repetição do comportamento no tempo. Ambos estão relacionados com os processos de auto-regulação da conduta.

Rogers não dedicou muita atenção a este aspecto do self (auto-estima), possivelmente porque tivesse preferência por uma linha conceptual orientada para a descrição da vivência do self unificado, com o seu conhecimento orgânico e processos geradores de ajustamento, ou de incongruência e dissociação.

A Escala de Estima de Si, inicialmente designada “SIO Q-sort”, instrumento concebido para a pesquisa desenvolvida por Butler e Haigh, foi aperfeiçoada e aplicada por Rogers e Dymond (1954), procedendo igualmente ao seu ajustamento e validação. A utilização da Q-técnica permitiu a realização de extensa pesquisa em torno do self, na tentativa de o conhecer e conferir um carácter objectivo e operacional, a este conceito. Foi aplicada a vários domínios como o eu real, o eu ideal, o eu-tal-como-se-manifesta-em-uma-determinada-situação ou o eu-

com-determinadas-pessoas (Rogers & Kinget, 1977), e as suas mais directas referências à auto-estima, inserem-se no âmbito destas pesquisas, que a apresentam como um critério fidedigno para medir a evolução e as mudanças de personalidade sob a acção do processo terapêutico, sendo a proximidade ou separação entre o self real e o self ideal, indicadores da auto-estima.

É composta por um conjunto de 74 afirmações de auto-referência de diferencial semântico de cinco pontos (tipo Likert), que são apresentadas ao indivíduo e que este vai utilizar para i) se descrever a si próprio e ii) para se descrever como gostaria de ser, correspondendo o valor um à descrição “Totalmente em desacordo” e cinco “Totalmente em acordo”, de preenchimento mais acessível aos destinatários. O apuramento dos resultados nesta escala, é obtido através da correlação entre o self real e o self ideal. Aqui é confrontada a auto-estima global, e não somente uma área específica da auto-estima.

Escala de Sentido Interno de Coerência- SIC Antonovsky

Esta escala destina-se a operacionalizar a variável SIC através da avaliação do grau de coerência interno dos indivíduos envolvidos, incluindo três componentes fundamentais: o Sentido de Compreensibilidade, o Sentido de Gestão e o Sentido de Significância. A operacionalização da escala com as suas três componentes é efectuada através de 29 itens de diferencial semântico de sete pontos (tipo Likert) posicionados entre duas frases de referência.

Baseado nos seus pressupostos teóricos, Antonovsky construiu um questionário de 29 itens destinado a medir a construto «sense of coherence» e que apresenta notáveis propriedades psicométricas. Quanto à validação da escala, as propriedades psicométricas da escala originalmente criada por Antonovsky foram determinadas com base em onze estudos conduzidos na Suécia, nos Estados Unidos da América e em Israel, obtendo-se valores bastante satisfatórios relativos ao coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach, para a escala total, entre .84 e .93, assim como validade convergente com o Locus de Control Interno-Externo ($r =$

+0.38) e discriminante com o Sarason Test of Anxiety ($r = -.21$), entre outros, confirmando igualmente validade convergente e discriminante (Antonovsky, 1987; Botelho et al., 1990). A versão portuguesa da escala do SIC foi adaptada para a população portuguesa por Geada em 1990, revelando excelentes propriedades psicométricas, tendo o coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach, variado entre 0.79 e 0.90 (Botelho et al., 1990).

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, e 27 a inverter. O valor SIC é o resultado da soma de todos os itens, sendo que quanto mais elevado o valor, maior o SIC do questionado. Estas três dimensões são expressas através dos itens presentes no questionário “Sense of Coherence Questionnaire” (Antonovsky, 1987). A escala original contém onze itens para a Compreensibilidade, dez para a Gestão e oito para a Significância (Antonovsky, 1987; Schumann, Hapke, Meyer, Rump & John, 2003), presentes no seguinte diagrama.

ITENS DAS DIMENSÕES DA ESCALA	S. COMPREENSIBILIDADE	1,3,5,10,12,15,17,19,21,24,26
	S. GESTÃO	2,6,9,13,18,20,23,25,27,29
	S. SIGNIFICÂNCIA	4,7,8,11,14,16,22,28

Tabela 1: Decomposição do SIC pelos seus itens

4. Procedimento

Descrição dos Procedimento Formais e Éticos

Após a determinação do âmbito e dos objectivos do estudo, foi necessário seleccionar instrumentos que permitissem aferir as características pretendidas, nomeadamente o SIC e o Grau de Auto-Estima. Para isso foram seleccionadas as escalas anteriormente detalhadas.

Para tornar possível a aplicação dos instrumentos recolha de dados, foi efectuado um contacto prévio com a gerência da clínica, onde foram explicados os objectivos e características do estudo, tendo sido então avançada a autorização para a colaboração na execução do estudo.

A recolha de dados para a amostra apresentada foi efectuada após a apresentação dos objectivos e do âmbito do estudo aos responsáveis e aos técnicos da instituição envolvida. O acompanhamento psicológico aos elementos da amostra foi efectuado simultaneamente por dois profissionais, nas instalações da instituição em causa.

Devido ao facto de a amostra ser constituída por indivíduos idosos, frequentemente com restrições ao nível da visão, a recolha dos dados foi efectuada individualmente a alguns elementos, de forma verbal oral, se solicitado pelos questionados por uma técnica auxiliar da clínica, de forma a facilitar a compreensão dos questionários, a garantir a autenticidade e a confidencialidade dos dados recolhidos e de proporcionar qualquer esclarecimento necessário aos elementos da amostra, sempre que solicitado.

A todos os elementos foi facilitada primeiramente uma explicação verbal acerca do âmbito e dos objectivos do estudo, do conteúdo dos questionários, tendo em conta a sua estruturação e referindo o carácter de confidencialidade dos dados e a importância da sua colaboração para o estudo.

A recolha dos dados foi efectuada durante os meses de Março de 2006 e Junho de 2006, de forma a respeitar o timing previsto para a posterior entrega do estudo e o facto de todos os elementos incluídos na amostra, terem concluído um número de oito sessões de acompanhamento psicológico, segundo o modelo da ACP.

Conforme está presente no pedido de autorização, comprometemo-nos a assegurar a confidencialidade das respostas. A confidencialidade das respostas e o profundo respeito pelo anonimato dos questionados foram garantidos pela codificação dos mesmos, tendo sido para todos os casos, atribuído um código individual e único.

Os dados recolhidos em ambos os momentos do estudo foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 13.0, para o Windows.

Os dados socio-demográficos de caracterização da amostra foram alvo de análise descritiva segundo a sua distribuição quanto à frequência.

Para o apuramento dos resultados, através da utilização de testes paramétricos e não paramétricos, assumiu-se $\alpha = 0,05$ como valor crítico de significância dos resultados alcançados para o teste das hipóteses estatísticas.

RESULTADOS

1. Apresentação dos Resultados

Os resultados de seguida apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados apurados, organizados no sentido de dar resposta às questões da investigação e testar as hipóteses estatísticas formuladas, e foram obtidos após a aplicação das Escalas de Estima de Si e de SIC ao grupo, nos dois momentos em análise, com o objectivo de aferir diferenças entre o efeito da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima e de SIC. Para isso foi efectuada uma análise estatística descritiva comparativa, e dado que a amostra é constituída por 40 elementos e portanto sendo n superior a 30, aplicaremos testes paramétricos, já que os testes não paramétricos são mais interessantes para amostras inferiores a 30 indivíduos (Fonseca, 1996). No entanto, e uma vez que pretendemos reforçar os nossos resultados, utilizaremos igualmente testes não paramétricos, sempre que considerarmos necessário, também tendo em conta a não normalidade da distribuição dos dados do Grau de Auto-Estima, no momento B e do SIC em ambos os momentos.

Através do Alpha de Cronbach – coeficiente de consistência interna, testámos o grau de sustentabilidade e de fiabilidade do questionário aplicado, no que diz respeito à adequacidade das escalas utilizadas. Obtivemos um valor para o alfa de Cronbach de 0,797, claramente acima do valor 0,7, o que nos indica que as escalas de Estima de Si e de SIC apresentam boas propriedades psicométricas (ver Anexo VI).

A aplicação dos testes de normalidade revelam que os resultados seguem um padrão normal e são significativos, no momento A, para os valores do Grau de Auto-Estima (tabelas 2 e 3), enquanto que no momento B para o mesmo indicador e para o SIC, tanto no momento A como no B, não seguem um padrão normal, nem são significativos (tabelas 4 e 5).

Para ambos os indicadores, e dado que a amostra é composta por 40 indivíduos, utilizaremos primeiramente testes paramétricos para testar as hipóteses estatísticas. Quanto aos testes não-paramétricos serão utilizados, considerando que para os resultados relativos ao SIC para ambos os momentos e para o Grau de Auto-Estima no momento B não seguem uma distribuição normal e com o objectivo de reforço dos resultados, para que estes se apresentem com a maior robustez possível. Recorremos ao teste de Kolmogorov-Smirnov (com correcção de Lilliefors) para o efeito, dado que o número de casos é inferior a 50 (Hill & Hill, 2005).

Tests of Normality

Auto-estima	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistics	Df	Sig.	Statistics	Df	Sig.
Momento A						
Total de Self Real	,139	40	,049	,954	40	,106
Total de Self Ideal	,091	40	,200(*)	,980	40	,703
Auto-Estima Total	,118	40	,170	,967	40	,283

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 2: Teste de normalidade em relação à Auto-Estima no momento A

Tests of Normality

Auto-estima	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistics	Df	Sig.	Statistics	Df	Sig.
Momento B						
Total de Self Real	,164	40	,009	,933	40	,020
Total de Self Ideal	,074	40	,200(*)	,982	40	,762
Auto-Estima Total	,153	40	,020	,965	40	,240

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 3: Teste de normalidade em relação à Auto-Estima no momento B

Tests of Normality

SIC	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistics	df	Sig.	Statistics	Df	Sig.
Momento A						
Sentido de Compreensibilidade	,164	40	,008	,957	40	,128
Sentido de Gestão	,150	40	,023	,948	40	,066
Sentido de Significância	,211	40	,000	,906	40	,003
SIC Total	,198	40	,000	,905	40	,003

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 4: Teste de normalidade em relação ao SIC no momento A

Tests of Normality

SIC	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistics	df	Sig.	Statistics	Df	Sig.
Momento B						
Sentido de Compreensibilidade	,150	40	,024	,963	40	,212
Sentido de Gestão	,142	40	,041	,941	40	,038
Sentido de Significância	,125	40	,117	,953	40	,099
SIC Total	,149	40	,026	,913	40	,005

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tabela 5: Teste de normalidade em relação ao SIC no momento B

Testámos igualmente o grau de correlação entre o self real e o self ideal através do coeficiente de Spearman, dado que as escala utilizada é de natureza ordinal (Hill & Hill, 2005), para os momentos A e B, e obtivemos valores acima de 0,05, pelo que estatisticamente se verifica uma congruência entre os valores médios da avaliação do self real e do self ideal, em

ambos os momentos. No estudo em que aplicou esta escala, Rogers (1954) estabeleceu como valor razoável para a correlação do self real com o self ideal, o valor de $r = 0,66$. Este valor foi pensado em função do seu grupo de controlo, e embora neste trabalho, não se tenha considerado este procedimento, não se pode deixar de constatar que o valor alcançado é bastante satisfatório, já que se encontra acima do valor acima referido.

			Imagem Real (A)	Imagem Desejada (A)
Spearman's rho	Imagem Real (A)	Correlation Coefficient	1,000	,693**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	40	40
	Imagem Desejada (A)	Correlation Coefficient	,693**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 6: Comparação entre o grau de correlação entre os totais de self real e self ideal, no momento A

			Imagem Real (B)	Imagem Desejada (B)
Spearman's rho	Imagem Real (B)	Correlation Coefficient	1,000	,755**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	40	40
	Imagem Desejada (B)	Correlation Coefficient	,755**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 7: Comparação entre o grau de correlação entre os totais de self real e self ideal, no momento B

Os resultados obtidos a partir dos testes serão apresentados do seguinte modo:

- Grau de Auto-estima;
- Sentido de Coerência Interna;

Grau de Auto-estima

Avaliámos o Grau de Auto-Estima através dos indicadores de estatística descritiva referenciados nos tabelas 8, 9 e 10 e na figura 7, para a mesma amostra.

No momento A, o Grau de Auto-Estima apresenta um valor médio de $-0,057$, ou seja, os dados indicam-nos um valor de auto-estima negativo, como resultado da diferença entre o self ideal e o self real destes idosos. Podemos portanto afirmar, que embora esta discrepância apresente um valor relativamente reduzido, do ponto de vista absoluto, o que indica um elevado grau de congruência interna e de auto-estima, este apresenta-se negativo, derivado do facto de o self ideal dos idosos apresentar valores mais reduzidos que o self real. Ou seja, os idosos desejam uma imagem futura acerca de si, em relação ao seu self pouco elevada, tão pouco elevada que é inferior ao valor que realmente se atribuíram a si no self real, o que pode denunciar uma ausência de perspectiva de futuro e de crença nas suas capacidades de realização e projecção futuras. É também visível que a diferença entre os dois indicadores é bastante reduzida do ponto de vista de intervalo absoluto, o que revela uma grande proximidade do self ideal, em relação ao self real. Já no momento B, o Grau de Auto-Estima apresenta um valor médio de discrepância reduzido e portanto um maior índice de auto-estima e de congruência interna, e apresenta sinal positivo, de $0,042$. Nota-se um aumento do valor absoluto do Grau de Auto-Estima entre os dois momentos, o que indica que houve uma alteração positiva do valor total do Grau de Auto-Estima de $0,099$, no momento B. De notar que não só se verificou um aumento do valor, como também este se manifestou positivo, o que significa que o self ideal apresentou valores mais elevados que o self real, ou por outras palavras, que a imagem que os idosos possuem de si próprios, como ideal, tornou-se superior à imagem real que possuem de si, no momento B. Interessante é também o facto do Grau de Auto-Estima ter melhorado em termos de intervalo absoluto, dado que o intervalo entre os dois valores revela uma maior aproximação entre o self real e o self ideal, ou seja uma maior congruência interna por parte dos idosos, após as sessões efectuadas.

Estes resultados, revelam uma tendência positiva do Grau de Auto-Estima, que passou de negativa a positiva, e igualmente, o aumento da congruência interna do idoso, após o acompanhamento psicológico efectuado, este resultado derivado da diminuição do valor absoluto dos valores de self ideal e real, entre o momento A e o momento B.

De facto, e segundo as investigações de Rogers e Dymond (1954), quanto maior for a discrepância entre o self real e o self ideal, menor será a auto-estima. Valores muito baixos na avaliação do self real denunciam insatisfação, rejeição da actual imagem de si próprio e um mal-estar ou não sintonia com aquilo que se julga que é. Valores muito elevados ao nível da avaliação do self ideal indicam uma imagem rígida e muito exigente, quase equiparada a um modelo ideal e, conseqüentemente geradora de frustração do indivíduo.

Se analisarmos o self real e o self ideal isoladamente, observamos que o primeiro diminuiu ligeiramente entre os dois momentos (-3,73%) e o segundo apresentou uma diminuição bastante menor (-0,0058%). Estes dados revelam que após as sessões efectuadas, os idosos apresentaram uma imagem real de si com valores mais reduzidos e ajustaram o self ideal, reduzindo-o também ligeiramente, tornando-os mais próximos, por um lado, e levando o self ideal a apresentar um valor mais elevado que o real no momento B, justificando assim a passagem de uma situação de auto-estima negativa, para uma auto-estima positiva.

Sintetizando esta análise estatística descritiva, podemos concluir que em ambos os momentos avaliados, a diferença entre o self ideal e o self real, resultante da Escala de Estima de Si apresenta valores reduzidos, o que indica um elevado nível de congruência por parte dos idosos, sendo visível uma diferença significativa entre o momento A e o momento B, o que reflecte uma evolução positiva do indicador de auto-estima após o acompanhamento terapêutico, levando-o de valores negativos para valores positivos. Em relação a cada um dos componentes do Grau de Auto-Estima, podemos afirmar que ambos apresentaram uma diminuição de valor, embora esta diminuição tenha sido mais significativa ao nível do self real, o que se traduz num melhor ajustamento da imagem real e ideal que os idosos possuem de si no momento, após o término das sessões.

Grau de Auto-Estima				
Momento A	Média	Desvio-Padrão	Xmin	Xmáx
Self Real	3,134	0,258	2,49	3,61
Self ideal	3,077	0,161	2,81	3,43
Self Ideal - Self Real	-0,057	0,172	-0,50	-0,35

Tabela 8: Estatísticas-resumo em relação à Auto-Estima na amostra no momento A

Grau de Auto-Estima				
Momento B	Média	Desvio-Padrão	Xmin	Xmáx
Self Real	3,017	0,176	2,62	3,34
Self ideal	3,059	0,218	2,64	3,50
Self Ideal - Self Real	0,042	0,152	-0,24	0,34

Tabela 9: Estatísticas-resumo em relação à Auto-Estima na amostra no momento B

	Diferença Média em valor entre o Momento A e B	Diferença Média em % entre o Momento A e B
Self Real	-0,117	-3,73%
Self Ideal	-0,018	-0,0058%
Self Ideal – Self Real	0,099	173%

Tabela 10: Diferenças da Auto-Estima e dos seus componentes entre o momento A e B

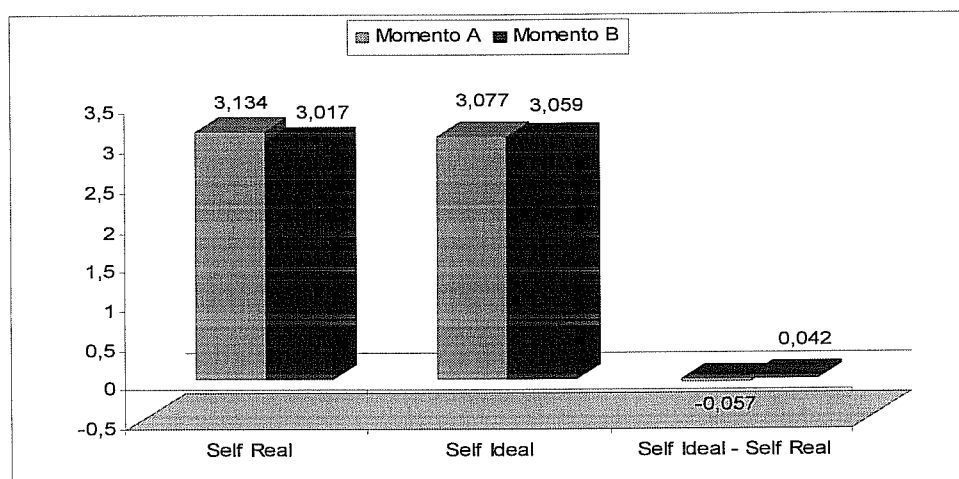


Figura 7: Médias da Auto-Estima e das suas componentes nos momentos A e B

Correlação da Auto-Estima com o Género

Após a análise dos dados, verificamos que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Grau de Auto-Estima nos momentos A e B, e o Género. Esta inexistência de correlação entre estas duas variáveis indica que o Género é autónomo do Grau de Auto-Estima dos idosos desta amostra, sendo que o Grau de Auto-Estima não é influenciado pelo facto de o indivíduo ser feminino o ou masculino.

Utilizámos o teste t de student, dado que é um teste paramétrico, para aferir a correlação entre o Grau de Auto-Estima e o Género. No entanto para obter uma maior confirmação dos dados, e dada a distribuição não normal no momento B, utilizámos também o teste não paramétrico, Mann-Whitney. Para ambos os testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um sig = 0,053 para o momento A e um sig = 0,765 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,543$) e para o momento B ($p=0,322$), dado que ambos se apresentam acima de 0,05. Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um sig = 0,085 para o momento A e um sig = 0,829 para o momento B, o que confirma a não correlação entre o Grau de Auto-Estima e o Género.

Destes resultados podemos aferir que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Grau de Auto-Estima e o Género. No entanto, os valores no momento A estão bastante próximos do limiar mínimo de significância de diferenças, o que indica que no momento A, haveria maior proximidade de correlação entre o Grau de Auto-Estima e o Género, do que no momento B, onde não existem diferenças estatisticamente significativas.

Teste t Student

<u>Grau de Auto-Estima</u> Género	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig
Momento A	,376	,543	1,998	38	,053
Momento B	1,005	,322	0,302	38	,765

Tabela 11: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e ao Género no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Mann-Whitney U	132,500	187,500
Wilcoxon W	408,500	463,500
Z	-1,726	-,219
Asymp. Sig. (2-tailed)	,084	,826
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,085(a)	,829(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Sexo

Tabela 12: Teste Mann-Whitney referente ao Grau de Auto-Estima e ao Género no momento A e B

Correlação da Auto-Estima com a Idade

Para estabelecer uma correlação entre a Idade e o Grau de Auto-Estima, utilizámos dois testes distintos. O teste Oneway Anova, teste paramétrico, considerando a normalidade da amostra, para o momento A, e dada a distribuição não normal no momento B, o teste de Kruskal-Wallis, para confirmar os resultados obtidos.

Foi também efectuado o teste de Levene ou de homogeneidade de variâncias. Verifica-se uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,450$) e no momento B ($p = 0,274$), o que se traduz num p estatisticamente não significativo, e portanto sem diferenças nas variâncias. Para ambos os momentos, os valores obtidos pelo teste Oneway Anova, (Sig = 0,304) no momento A e (Sig = 0,232) no momento B, revelam que não existem diferenças significativas, quanto ao Grau de Auto-Estima para as diferentes idades apresentadas, para um $\alpha = 0,05$. Com o teste de Kruskal-Wallis, confirmamos os mesmos resultados, sendo que se obteve Sig = 0,262 no momento A, e Sig = 0,085 no momento B, o que demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas, em função de idades diferentes.

Os idosos não apresentam um Grau de Auto-Estima diferente, em função da Idade apresentada, não havendo correlação entre a Idade e o Grau de Auto-Estima. Assim sendo o Grau de Estima não mudou em função da Idade, em nenhum dos momentos, podendo ser

observado que no momento B o valor está mais próximo do limite máximo em que consideramos que exista correlação ($\alpha = 0,05$), o que indica que após as sessões existe maior proximidade de correlação entre a Idade e o Grau de Auto-Estima. Por outras palavras, o processo terapêutico poderá ter contribuído para uma aproximação a diferenças verificadas na Auto-Estima, consoante o indivíduo tenha uma idade mais ou menos avançada

ANOVA

<u>Grau de Auto-Estima</u>	Df	F	Sig.	P
Idade				
Momento A	39	1,247	,304	,450
Momento B	39	1,384	,232	,274

Tabela 13: Teste Anova a 1 factor, referente ao Grau de Auto-Estima e à Idade no momento A e B

Teste de Kruskal-Wallis^{a,b}

	Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Chi-Square	15,765	20,445
Df	13	13
Asymp. Sig.	,262	,085

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: idade

Tabela 14: Teste de Kruskal-Wallis referente ao Grau de Auto-Estima e à Idade, no momento A e B

Correlação da Auto-Estima com o Estado Civil

Utilizámos também dois testes, para uma maior adequação dos resultados, quanto ao Estado Civil e ao Grau de Auto-Estima: o teste Oneway Anova, teste paramétrico, considerando a normalidade da amostra, para o momento A e o teste de Kruskal-Wallis, teste não paramétrico, para reforço dos resultados obtidos, e dada a distribuição não normal no momento B.

Foi também efectuado o teste de Levene ou de homogeneidade de variâncias. Verifica-se uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,651$) e no momento B ($p = 0,275$). Para ambos os momentos, os valores obtidos pelo teste Oneway Anova, (Sig = 0,881) no momento A

e (Sig = 0,634) no momento B, revelam que não existem diferenças significativas, quanto ao SIC para diferentes estados civis, para um $\alpha = 0,05$. Com o teste de Kruskal-Wallis, confirmamos os mesmos resultados, sendo que se obteve Sig = 0,669 no momento A, e Sig = 0,960 no momento B, o que demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas, para estados civis diferentes.

Não se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre o Grau de Auto-Estima e o Estado Civil dos idosos componentes da amostra, e portanto estes não alteram o Grau de Auto-Estima apresentado em função do seu actual Estado Civil.

ANOVA

Grau de Auto-Estima Estado Civil	Df	F	Sig.	P
Momento A	39	,221	,881	,651
Momento B	39	,576	,634	,275

Tabela 15: Teste Anova a 1 factor, referente ao Grau de Auto-Estima e ao Estado Civil no momento A e B

Teste de Kruskal-Wallis^{a,b}

	Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Chi-Square	1,558	,300
Df	3	3
Asymp. Sig.	,669	,960

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estado civi

Tabela 16: Teste de Kruskal-Wallis referente ao Grau de Auto-Estima e ao Estado Civil, no momento A e B

Correlação da Auto-Estima com a Ocupação/Actividade

Para o cálculo da correlação entre a Ocupação/Actividade e o Grau de Auto-Estima, utilizámos o teste t de student, dado que é um teste paramétrico. No entanto, dada a distribuição não normal no momento B e para obter uma melhor confirmação dos resultados, utilizámos também dois testes não paramétricos, o Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov. Para todos

estes testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um Sig = 0,172 para o momento A e um Sig = 0,804 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,956$) e para o momento B ($p = 0,186$). Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um Sig = 0,359 para o momento A e um Sig = 0,652 para o momento B e no teste Kolmogorov-Smirnov foi observado um Sig = 0,888 para o momento A e um Sig = 0,888 para o momento B.

Estes resultados indicam que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Grau de Auto-Estima e a Ocupação/Actividade. À semelhança de outros indicadores socio-demográficos, também em relação ao Estado Civil, os idosos ocupados com actividades não apresentam um Grau de Auto-Estima maior ou menor.

Teste t Student

Grau de Auto-Estima Actividade/Ocupação	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig
Momento A	,003	,956	-1,392	38	,172
Momento B	1,811	,186	,250	38	,804

Tabela 17: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	158,500	175,000
Wilcoxon W	294,500	475,000
Z	-,926	-,471
Asymp. Sig. (2-tailed)	,354	,638
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,359(a)	,652(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Tabela 18: Teste Mann-Whitney referente ao Grau de Auto-Estima e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Teste Kolmogorov-Smirnov^a

		Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,188	,188
	Positive	,042	,188
	Negative	-,188	-,104
Kolmogorov-Smirnov Z		,581	,581
Asymp. Sig. (2-tailed)		,888	,888

a Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Tabela 19: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao Grau de Auto-Estima e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Correlação da Auto-Estima com o Agregado Familiar

Recorremos novamente ao teste t de student para a análise da correlação entre o Grau de Auto-Estima e o Agregado Familiar, dada a normalidade da amostra para o momento A de avaliação, e dada a distribuição não normal no momento B e para obter uma maior confirmação dos resultados, utilizámos também dois testes não paramétricos, o Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov. Para todos estes testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um Sig = 0,535 para o momento A e um Sig = 0,543 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,945$) e no momento B ($p = 0,057$). Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um Sig = 0,302 para o momento A e um Sig = 0,705 para o momento B e no teste Kolmogorov-Smirnov foi observado um Sig = 0,410 para o momento A e um Sig = 0,279 para o momento B.

Destes resultados podemos aferir que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o Grau de Auto-Estima e Agregado Familiar. Ou seja os idosos que possuem familiares em casa não apresentam um Grau de Auto-Estima maior ou menor, o que confirma os resultados obtidos em relação ao Estado Civil, em que igualmente não foi verificada nenhuma correlação em qualquer momento de avaliação. Existe portanto autonomia entre o Grau de Auto-Estima e o Agregado Familiar.

Teste t Student

Grau de Auto-Estima Agregado Familiar	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig
Momento A	,005	,945	-,626	38	,535
Momento B	5,321	,057	,613	38	,543

Tabela 20: Teste t-Student referente ao Grau de Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Mann-Whitney U	157,000	181,500
Wilcoxon W	310,000	457,500
Z	-1,055	-,384
Asymp. Sig. (2-tailed)	,291	,701
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,302(a)	,705(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Agregado Familiar

Tabela 21: Teste Mann-Whitney referente à Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e B

Teste Kolmogorov-Smirnov^a

		Grau de Auto-Estima (A)	Grau de Auto-Estima (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,284	,317
	Positive	,059	,317
	Negative	-,284	-,202
Kolmogorov-Smirnov Z		,888	,992
Asymp. Sig. (2-tailed)		,410	,279

a Grouping Variable: Agregado Familiar

Tabela 22: Teste Kolmogorov-Smirnov referente à Auto-Estima e ao Agregado Familiar no momento A e

B

Sentido de Coerência Interna

Para avaliar o SIC nos momentos A e B, nesta amostra de indivíduos, recorreremos aos indicadores de estatística descritiva referenciados nas tabelas 23, 24 e 25 e na figura 8.

No momento A, o SIC apresenta um valor médio de 3,58, numa escala que varia entre 1 e 7, ou seja um valor ligeiramente superior à média da escala. Podemos portanto afirmar, que embora o SIC apresente um valor relativamente reduzido, este está acima da média da escala, reflectindo uma tendência positiva do valor. Já no momento B, o SIC apresenta um valor médio significativamente mais elevado de 5,16. Nota-se um aumento da média do SIC, o que indica que houve uma alteração positiva do score total do SIC.

Apesar de os componentes do SIC não terem sentido prático quando vistos isoladamente, cada um tem diferentes centralidades. Segundo Antonovsky (1987), a dimensão Sentido de Significância é crucial e mais importante que as outras. Sem esta, existir um elevado valor nos outros componentes, parece ser uma situação temporária. Para um indivíduo com sentido de compromisso e de envolvimento, está aberto o caminho para adquirir compreensibilidade e recursos para gerir a realidade à sua volta. Neste sentido, o sentido de Significância apresenta no momento A uma média de 1,98, ou seja, um valor inferior à média da escala. No momento B, o Sentido de Significância apresenta um valor média ligeiramente mais elevado de 2,00. Mantendo neste segundo momento um valor ainda que reduzido, mais elevado, este indicador indica uma tendência positiva do valor, após a concretização das sessões de acompanhamento psicológico.

O Sentido de Compreensibilidade segue em termos de grau de importância, porque o controlo das situações é contingente à compreensão das mesmas. Assim no momento A, indica uma média de 3,41, um valor ligeiramente reduzido embora bastante mais elevado que o do Sentido de Significância, mas abaixo da média da escala. No momento B, o indicador apresenta um valor médio substancialmente mais elevado de 4,39, ou seja um valor acima da média da escala e bastante distante do apresentado no momento A, reflectindo uma tendência positiva do valor.

O Sentido de Gestão é também importante como componente, dado que se o indivíduo não acreditar que os recursos estão disponíveis, a significância e os esforços para enfrentar os acontecimentos estarão enfraquecidos. Deste modo, e tendo em conta o Sentido de Gestão

apresentado no momento A, observamos uma média de 2,198, ou seja um valor nitidamente inferior à média da escala. Já no momento B, o mesmo indicador apresenta um valor ligeiramente mais reduzido de 2,085, o que reflecte uma evolução ligeiramente negativa do indicador do momento A para o momento B.

Em jeito de síntese desta análise estatística descritiva, podemos concluir que em ambos os momentos avaliados, o SIC apresenta valores globalmente positivos, embora seja visível uma diferença significativa entre o momento A e o momento B, que reflecte uma evolução bastante positiva deste indicador após o acompanhamento terapêutico. Em relação a cada um dos componentes do SIC, podemos afirmar que o componente mais bem posicionado em termos reais após o término das sessões, é o Sentido de Compreensibilidade, seguido do Sentido de Significância e finalmente do Sentido de Gestão. Do ponto de vista de evolução, o Sentido de Compreensibilidade apresentou a evolução mais significativa com 28,52% de crescimento, seguido do Sentido de Significância com 0,009%. O Sentido de Gestão apresentou um ligeiro decréscimo de 0,05%, após as sessões.

O Sentido de Gestão é visto como sendo a medida em que o indivíduo percebe que existem recursos adequados para fazer face às adversidades ou aos estímulos. O resultado positivo deste componente, indica uma razoável capacidade para mobilizar recursos na resolução dos problemas relacionados com a idade avançada, apesar da ligeira diminuição do valor, que revela que o acompanhamento psicológico não influenciou pela positiva a capacidade destes indivíduos para mobilizar recursos face aos desafios.

O Sentido de Significância é visto como o elemento motivacional e referindo-se à extensão em que a pessoa sente que a sua vida faz sentido, não apenas ao nível cognitivo, como ao nível emocional. Os valores relativamente reduzidos, embora positivos, referentes a este componente indicam dificuldade por parte da amostra em darem sentido à sua experiência vida de idoso. No entanto este indicador apresentou uma ligeira evolução positiva, o que indica uma influência positiva das sessões de acompanhamento na significância da vida para o idoso.

O Sentido de Compreensibilidade com valores nos momentos A e B bastante positivos indicam uma facilidade por parte dos indivíduos da amostra em entender os estímulos que derivam dos seus ambientes externo e interno como tendo sentido, com uma ordem, que é consistente, estruturada e clara, em oposição a algo percebido como desordenado, caótico, aleatório, acidental e inexplicável. Um indivíduo com um elevado grau deste indicador, espera que os estímulos futuros sejam previsíveis, ou pelo menos tenham ordem e sejam explicáveis. A tendência dos indivíduos que fazem parte desta amostra será então encarar a situação de idade avançada como algo ordenado e fácil de explicar. Verifica-se que após as sessões de acompanhamento psicológico este indicador teve um aumento bastante significativo e que em relação aos demais indicadores, apresentou o maior crescimento de todos.

Sentido Interno de Coerência				
Momento A	Média	Desvio-Padrão	Xmin	Xmáx
Sentido de Compreensibilidade	3,418	1,063	1,45	5,73
Sentido de Gestão	2,198	0,447	1,40	3,60
Sentido de Significância	1,981	0,532	1,13	3,63
Score SIC	3,584	1,030	1,41	6,17

Tabela 23: Estatísticas-resumo em relação ao SIC na amostra no momento A

Sentido Interno de Coerência				
Momento B	Média	Desvio-Padrão	Xmin	Xmáx
Sentido de Compreensibilidade	4,393	0,882	2,64	6,27
Sentido de Gestão	2,085	0,365	1,50	2,80
Sentido de Significância	2,000	0,282	1,50	2,63
Score SIC	5,162	0,648	4,14	6,52

Tabela 24: Estatísticas-resumo em relação ao SIC na amostra no momento B

	Diferença Média em valor entre o Momento A e B	Diferença Média em % entre o Momento A e B
Sentido de Compreensibilidade	0,975	28,52%
Sentido de Gestão	- 0,113	- 0,05%
Sentido de Significância	0,019	0,009%
Score SIC	1,578	44,03%

Tabela 25: Diferenças do SIC e dos seus componentes entre o momento A e B

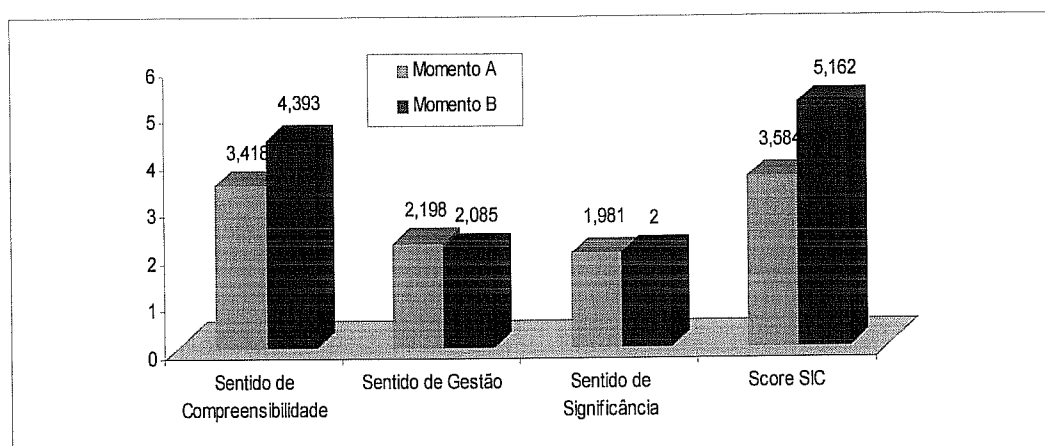


Figura 8: Médias do SIC e das suas componentes nos momentos A e B

Correlação do SIC com o Género

Os resultados indicam que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o SIC nos momentos A e B, e o Género. Esta inexistência de correlação entre estas duas variáveis indica que o Género não está relacionado com o SIC dos idosos desta amostra, sendo que o SIC não é influenciado pelo facto de o indivíduo ser feminino ou masculino.

Utilizámos o teste t de Student, dado que é um teste paramétrico, devido à amostra possuir mais de 30 indivíduos, para aferir a correlação entre o SIC e o Género. No entanto para obter uma maior confirmação e dada a não normalidade dos resultados em ambos os momentos, utilizámos também dois testes não paramétricos, o Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov. Para todos estes testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um Sig = 0,668 para o momento A e um Sig =

0,245 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,966$) e no momento B ($p = 0,888$). Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um Sig = 0,935 para o momento A e um Sig = 0,134 para o momento B, e no teste Kolmogorov-Smirnov foi observado um Sig = 1,000 para o momento A e um Sig = 0,163 para o momento B.

Destes resultados podemos aferir que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o SIC e o Género.

Teste t Student

SIC Género	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	Df	Sig
Momento A	,002	,966	-,432	38	,668
Momento B	,020	,888	1,182	38	,245

Tabela 26: Teste t-Student referente ao SIC e ao Género no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	192,500	140,000
Wilcoxon W	345,500	416,000
Z	-,082	-1,519
Asymp. Sig. (2-tailed)	,935	,129
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,935(a)	,134(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Sexo

Tabela 27: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e ao Género no momento A e B

Teste Kolmogorov-Smirnov^a

		Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,095	,358
	Positive	,095	,358
	Negative	-,092	-,043
Kolmogorov-Smirnov Z		,296	1,119
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	,163

a Grouping Variable: Sexo

Tabela 28: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e ao Género no momento A e B

Correlação do SIC com a Idade

Considerámos para testar esta hipótese estatística, comparando o SIC em relação à Idade, dois testes distintos: o teste Oneway Anova, teste paramétrico, considerando a dimensão da amostra, e o teste de Kruskal-Wallis, dada a não normalidade dos resultados em ambos os momentos e de forma a reforçar os resultados obtidos.

Foi também efectuado o teste de Levene ou de homogeneidade de variâncias. Verifica-se uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,185$) e no momento B ($p = 0,059$). Para ambos os momentos, os valores obtidos pelo teste Oneway Anova, (Sig = 0,942) no momento A e (Sig = 0,627) no momento B, revelam que não existem diferenças significativas, quanto ao SIC para as diferentes idades apresentadas, para um $\alpha = 0,05$. Com o teste de Kruskal-Wallis, confirmamos os mesmos resultados, sendo que se obteve Sig = 0,909 no momento A, e Sig = 0,356 no momento B, o que demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas, para idades diferentes.

Sendo assim, podemos afirmar que para esta amostra, os idosos não apresentam SIC diferente, em função da Idade apresentada, não havendo correlação entre a Idade e o SIC. Esta não existência de correlação revela que não existe uma influência da Idade no SIC, e o SIC não está relacionado com a Idade, ou por outras palavras, não existe diferença no grau de SIC pelo indivíduo em causa ser mais ou menos idoso.

ANOVA

<u>SIC</u> Idade	Df	F	Sig.	P
Momento A	39	,432	,942	,185
Momento B	39	,830	,627	,059

Tabela 29: Teste Anova a 1 factor, referente ao SIC e à Idade no momento A e B

Teste de Kruskal- Wallis^{a,b}

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Chi-Square	6,868	14,252
df	13	13
Asymp. Sig.	,909	,356

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: idade

Tabela 30: Teste de Kruskal-Wallis referente ao SIC e à Idade, no momento A e B

Correlação do SIC com o Estado Civil

Quanto ao Estado Civil, foram utilizados também dois testes, para uma maior aferição dos resultados. O teste Oneway Anova, teste paramétrico, considerando a dimensão da amostra, superior a 30 elementos e dada a não normalidade dos resultados em ambos os momentos, o teste de Kruskal-Wallis, para confirmar os resultados obtidos.

Foi também efectuado o teste de Levene ou de homogeneidade de variâncias. Verifica-se uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,356$) e no momento B ($p = 0,829$). Para ambos os momentos, os valores obtidos pelo teste Oneway Anova, (Sig = 0,847) no momento A e (Sig = 0,781) no momento B, revelam que não existem diferenças significativas, quanto ao SIC para diferentes estados-civis, para um $\alpha = 0,05$. Com o teste de Kruskal-Wallis, obtivemos mais uma vez, os mesmos resultados, sendo que se obteve Sig = 0,614 no momento A, e Sig = 0,444 no momento B, o que demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas, para estados civis diferentes.

Não se verifica uma correlação estatisticamente significativa entre o SIC e o Estado Civil dos idosos componentes da amostra, e portanto estes não alteram o SIC apresentado em função do seu actual Estado Civil.

ANOVA

SIC	Df	F	Sig.	P
Estado Civil				
Momento A	39	,269	,847	,356
Momento B	39	,362	,781	,829

Tabela 31: Teste Anova a 1 factor, referente ao SIC e ao Estado Civil no momento A e B

Teste de Kruskal-Wallis^{a,b}

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Chi-Square	1,806	2,675
Df	3	3
Asymp. Sig.	,614	,444

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estado Civil

Tabela 32: Teste de Kruskal-Wallis referente ao SIC e ao Estado Civil, no momento A e B

Correlação do SIC com a Ocupação/Actividade

Utilizámos o teste t de student, devido à dimensão da amostra, dado que é um teste paramétrico, para aferir a correlação entre o SIC e a Ocupação/Actividade. No entanto e devido à não normalidade dos resultados no momento A e B, utilizámos também dois testes não paramétricos, o Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov. Para todos estes testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um Sig = 0,876 para o momento A e um Sig = 0,785 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,430$) e no momento B ($p = 0,605$). Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um Sig = 0,946 para o momento A e um Sig = 0,989 para o momento B e no teste Kolmogorov-Smirnov foi observado um Sig = 0,998 para o momento A e um Sig = 0,952 para o momento B.

Destes resultados podemos aferir que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o SIC e a Ocupação/Actividade. Ou seja, os idosos ocupados com actividades não apresentam um SIC maior ou menor, o que contraria em parte as expectativas em relação a

este indicador socio-demográfico, e que se traduz no facto de o SIC não sofrer alterações ao nível de valor, consoante os indivíduos estão ou não dedicados a uma ocupação profissional, de lazer ou social.

É de referir no entanto, uma ligeira diminuição do valor da significância no momento B, em relação ao momento A, verificada no teste t de Student e no teste Kolmogorov-Smirnov, o que indica uma maior proximidade de correlação entre estes dois indicadores no momento B, em relação ao momento A.

Teste t Student

SIC Actividade/Ocupação	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	Df	Sig
Momento A	,635	,430	-,157	38	,876
Momento B	,273	,605	-,275	38	,785

Tabela 33: Teste t-Student referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	189,000	191,000
Wilcoxon W	325,000	327,000
Z	-,083	-,028
Asymp. Sig. (2-tailed)	,934	,978
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,946(a)	,989(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Tabela 34: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Teste Kolmogorov-Smirnov^a

		Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,125	,167
	Positive	,125	,167
	Negative	-,125	-,146
Kolmogorov-Smirnov Z		,387	,516
Asymp. Sig. (2-tailed)		,998	,952

a Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Tabela 35: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e à Actividade/Ocupação no momento A e B

Correlação do SIC com o Agregado Familiar

Para realizar esta última correlação, entre o SIC e o Agregado Familiar, utilizámos o teste t de student, dada a dimensão da amostra. No entanto, devido à não normalidade dos resultados em ambos os momentos e para obter um maior reforço dos resultados, utilizámos também dois testes não paramétricos, o Mann-Whitney e o Kolmogorov-Smirnov. Para todos estes testes, observou-se uma significância superior a 0,05, nos dois momentos avaliados, sendo que para o teste t obtivemos um Sig = 0,692 para o momento A e um Sig = 0,895 para o momento B. O teste de Levene indicou uma homogeneidade de variâncias no momento A ($p = 0,336$) e no momento B ($p = 0,476$). Quanto ao teste Mann-Whitney, obtivemos um Sig = 0,356 para o momento A e um Sig = 0,892 para o momento B, e no teste Kolmogorov-Smirnov foi observado um Sig = 0,678 para o momento A e um Sig = 0,831 para o momento B.

Destes resultados podemos aferir que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre o SIC e Agregado Familiar. Ou seja os idosos que possuem suporte familiar ou social em casa não apresentam um SIC maior ou menor, o que confirma os resultados obtidos em relação ao Estado Civil, em que igualmente não foi verificada nenhuma correlação em qualquer momento de avaliação. Existe portanto independência entre o SIC e o Agregado Familiar.

Teste t Student

SIC Agregado Familiar	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig
Momento A	,950	,336	-,399	38	,692
Momento B	,518	,476	-,133	38	,895

Tabela 36: Teste t-Student referente ao SIC e ao Agregado Familiar no momento A e B

Teste Mann-Whitney^b

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	161,500	190,500
Wilcoxon W	314,500	466,500
Z	-,931	-,137
Asymp. Sig. (2-tailed)	,352	,891
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,356(a)	,892(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Agregado Familiar

Tabela 37: Teste Mann-Whitney referente ao SIC e ao Agregado Familiar no momento A e B

Teste Kolmogorov-Smirnov^a

		Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,230	,199
	Positive	,118	,199
	Negative	-,230	-,130
Kolmogorov-Smirnov Z		,720	,624
Asymp. Sig. (2-tailed)		,678	,831

a Grouping Variable: Agregado Familiar

Tabela 38: Teste Kolmogorov-Smirnov referente ao SIC e ao Agregado Familiar no momento A e B

Com os resultados apresentados, testámos as hipóteses estatísticas da investigação.

Hipótese 1: Existem diferenças significativas ao nível da auto-estima, no momento após o processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP, em relação ao momento antes do início deste mesmo processo.

Podemos afirmar após os resultados obtidos, que existem diferenças significativas ao nível do Grau de Auto-Estima após a realização de acompanhamento psicológico em relação ao momento inicial, podendo estas diferenças indicar o efeito da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima, e por conseguinte no nível de congruência interna dos indivíduos idosos, e este constituir um indicador da existência de um efeito da relação de ajuda decorrente das sessões realizadas no SIC dos idosos. Os resultados obtidos indicam que existem diferenças

significativas quanto ao Grau de Auto-Estima entre o momento antes das sessões e após estas. De facto o Grau de Auto-Estima aumentou 0,099 na amostra de idosos em causa entre os dois momentos, portanto houve uma alteração positiva do indicador ao longo do acompanhamento psicológico, facto este complementado com o facto de o indicador ter passado de um valor negativo, para um valor positivo. Ou seja, os idosos desta amostra aumentaram a sua auto-estima, aproximando a imagem real da imagem ideal que possuem de si, e inverteram a situação inicial em que a sua imagem real era mais elevada que a imagem ideal, para uma situação após as sessões, em que estas duas visões de si próprios estão mais aproximadas, e em que a imagem ideal apresenta valores mais elevados que a imagem real que possuem de si próprios. Portanto verificaram-se diferenças positivas a três níveis: i) ao nível do valor absoluto da diferença entre o self ideal e o self real, que diminuiu razoavelmente, o que indica o aumento do Grau de Auto-Estima e inerentemente de Congruência Interna; ii) ao nível do sentido do Grau de Auto-Estima, que passou de negativo para positivo e iii) ao nível da evolução individual do self real e do self ideal, tendo ambos diminuído mas sendo esta tendência mais forte no self real. Estes três níveis de mudança revelam no seu conjunto, alterações estatisticamente significativas ao nível da auto-estima entre os dois momentos. Se considerarmos o efeito da relação de ajuda no idoso, e tivermos em conta outras variáveis independentes que não foram medidas nestes estudo, podemos afirmar que os resultados alcançados denunciam um efeito positivo da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima dos idosos da amostra, e por conseguinte no seu nível de congruência, enquadrável com as expectativas desenvolvidas para este estudo.

Em detalhe, o self real e o self ideal apresentaram uma ligeira diminuição sendo que esta foi mais forte ao nível do self real, o que confirma uma aproximação da imagem real do indivíduo à imagem ideal, após a realização das sessões. Destes resultados podemos aferir que o acompanhamento psicológico teve um efeito positivo no do Grau de Auto-Estima e no nível de congruência dos idosos presentes na amostra. Estes apresentaram após as sessões um maior grau de congruência, ou seja uma maior correspondência entre o que sentem em relação a si na realidade e que desejariam para si, num plano ideal, e que resulta numa melhor associação entre

o self e a experiência, e que leva o indivíduo a confiar na sua avaliação e a acreditar no seu experienciar organísmico. Quando as experiências simbolizadas do self reflectem com fidelidade as experiências do organismo, o idoso está mais ajustado e maduro e vive em pleno funcionamento, permitindo um estado de congruência interno ao indivíduo. Como as percepções do idoso acerca de si se tornam mais realistas e objectivas, melhora o funcionamento psíquico, a congruência entre o self e a experiência e o self ideal torna-se mais realizável e portanto mais próxima da imagem real que a pessoa tem de si. Desta forma, o idoso revela uma perspectiva de futuro e de crença nas suas capacidades de realização e projecção futuras. Daqui resulta uma menor defensividade e ansiedade, maior autonomia, flexibilidade e criatividade, para lidar com a problemática da solidão, do ostracismo e desvalorização da idade mais avançada. Se considerarmos o idoso e o contexto do envelhecimento, uma presença de maior auto-estima andarà em paralelo com uma maior consistência do self, e portanto, tornarà possível uma convivência tranquila do indivíduo com a idade e com o envelhecimento.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas ao nível do SIC, no momento após o processo de acompanhamento psicológico segundo a ACP, em relação ao momento antes do início deste mesmo processo.

Com esta hipótese estatística pretendemos testar se existiram alterações significativas no Grau de Coerência Interna dos idosos, podendo constituir estas diferenças, um indicador da existência de um efeito da relação de ajuda decorrente das sessões realizadas no SIC dos idosos. Foi portanto efectuada uma análise do SIC através da Escala de SIC de Antonovsky, no momento antes de iniciar as sessões de acompanhamento e após o final das oito sessões. Os resultados obtidos indicam que existem diferenças significativas quanto ao SIC entre o momento antes das sessões e após estas. De facto o SIC aumentou 44,03% na amostra de idosos em causa,

portanto houve uma alteração bastante positiva do indicador ao longo do acompanhamento psicológico.

Em detalhe, o Sentido de Compreensibilidade aumentou significativamente, seguido de longe pelo Sentido de Significância. O Sentido de Gestão diminuiu ligeiramente ao longo das sessões. Daqui podemos inferir que o acompanhamento psicológico teve um efeito positivo no SIC dos idosos presentes na amostra. Estes apresentaram após as sessões um maior SIC, ou seja uma maior capacidade de entendimento dos factos que acontecem à sua volta, o que resulta numa maior facilidade de influenciar esses eventos através da utilização de recursos internos e externos. Esta maior coerência interna é proveniente de uma inter-relação dinâmica dos três componentes, sendo que contribuiu maioritariamente para o SIC, um aumento do Sentido de Compreensibilidade, e que resulta num melhor entendimento dos estímulos derivados dos ambientes interno e externo, que se tornam para o idoso estruturados, compreensíveis, previsíveis e explicados. O Sentido de Significância contribuiu também para o aumento do SIC, embora de forma mais modesta. As necessidades dos idosos apresentam significado para estes e constituem desafios que merecem investimento e envolvimento. Este é o mais importante componente do SIC, sendo que determina a significância e a valorização da visão conjunta do idoso perante o mundo. O Sentido de Gestão diminuiu ligeiramente ao longo das sessões, o que revela que estes indivíduos gerem menos bem os recursos disponíveis para satisfazer as suas necessidades, após o acompanhamento psicológico. De facto uma elevada Compreensibilidade não implica necessariamente a capacidade de gerir bem as situações. Assim a pressão para o aumento do SIC é determinado pelo nível de Significância, que neste caso se situa com tendência ascendente. Com um SIC apresentado elevado, os idosos, embora conscientes das dificuldades ou frustrações, não as ignoram, têm confiança que as dificuldades serão resolvidas e que estão mais aptos para lidar com as pressões da vida do dia-a-dia, com a alteração ou diminuição de papéis, com a redução de expectativas, com a solidão, com a ausência de suporte social, que podem potencialmente destabilizar o equilíbrio emocional, psicológico e físico do idoso e dificultar a sua integração com os outros, a sua qualidade de vida e o seu bem-estar.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas nos valores de auto-estima entre os diferentes grupos (definidos pelo seu género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar) dos indivíduos idosos.

Não se verificaram diferenças significativas nos valores de auto-estima entre os diferentes grupos de idosos. De facto os dados resultantes dos testes aplicados não denotam que exista qualquer correlação entre estas variáveis e o Grau de Auto-Estima.

Podemos no entanto afirmar que existem diferenças a apontar, entre o momento antes das sessões de acompanhamento e após estas.

Quanto ao Género, verifica-se no momento A, uma grande aproximação do valor ao limiar máximo do alfa de significância, o que significa que antes de se proceder à sessões, o Grau de Auto-Estima e o Género, estavam praticamente correlacionados. O mesmo não se verifica no momento após as sessões, em que o Grau de Auto-Estima é totalmente independente do Género, ou seja o acompanhamento terapêutico poderá ter contribuído para uma não influência do Género no Grau de Auto-Estima. Este portanto deixou de variar consoante o cliente idoso é feminino ou masculino.

Quanto à Idade e ao Estado Civil, os valores de autonomia entre os dois grupos são bastante fortes, pelo que não existe qualquer proximidade de correlação. Para estes dois indicadores socio-demográficos, são apresentados valores de independência de correlação mais elevados no momento antes de iniciar a relação de ajuda, pelo que estariam mais próximos de uma interdependência em relação à auto-estima após a relação de ajuda. Ou seja, o acompanhamento terapêutico parece ter influenciado esta tendência para a interdependência, levando estes indivíduos idosos a apresentarem um Grau de Auto-Estima mais directamente envolvido com o seu Estado Civil, com o facto de viverem ou não acompanhados em casa e com a sua própria Idade.

Em relação à correlação entre a Actividade/Ocupação, o Agregado Familiar, e o Grau de Auto-Estima, verifica-se a tendência oposta, ou seja, é no momento após a relação de ajuda que o valor de independência se encontra mais elevado, sendo a diferença em relação ao momento inicial, bastante significativa. Este resultado indica que a o counselling efectuado poderá ter influenciado este aumento de autonomia, levando estes indivíduos idosos a apresentarem um Grau de Auto-Estima mais isento e neutro de qualquer ocupação ou actividade que possam desenvolver e da presença de uma rede de suporte social, normalmente estabelecida pela presença do agregado familiar.

Especificamente em relação à Actividade/Ocupação, uma das variáveis mais facilmente controladas pelo idoso, esta revelou apresentar uma autonomia maior após as sessões de acompanhamento terapêutico, o que revela uma maior capacidade por parte do idoso de se manter com o bom nível de Auto-Estima, independentemente de se encontrar ocupado profissionalmente ou em outras actividades, ou não. Possivelmente este resultado deriva do facto dos idosos que estão ocupados, considerarem essa ocupação, como actividades correntes do dia-a-dia, daí a sua existência ser natural para estes, e não influenciar o seu Grau de Auto-Estima, após a realização da relação de ajuda.

De notar que apesar de normalmente o Estado Civil, estar associado indirectamente à presença do Agregado Familiar, neste caso específico, o efeito do acompanhamento terapêutico parece ter sido distinto, em relação ao Grau de Auto-Estima. De facto, enquanto que para o Estado Civil, se verificou um aumento da correlação com o Grau de Auto-Estima, após as sessões, para o Agregado Familiar, verificou-se um ligeiro aumento da autonomia. Assim sendo o acompanhamento terapêutico poderá ter influenciado o aumento da proximidade entre o facto de estar solteiro, casado, separado ou viúvo, em relação à Auto-Estima, mas o mesmo não se verificou com a presença de um agregado familiar em casa. Provavelmente este resultado indica-nos a importância da presença de familiares, amigos ou vizinhos em casa, não sendo necessariamente o respectivo cônjuge, e o facto de não ter esse cônjuge em casa, não implica a

não existência de uma rede de suporte social alternativa, constituída por família descendente em grau imediato ou de segunda geração, amigos ou vizinhança.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas nos valores de SIC entre os diferentes grupos (definidos pelo seu género, idade, estado civil, actividade/ocupação e agregado familiar) dos indivíduos idosos.

Não se observam diferenças estatísticas significativas, nos valores de SIC entre os diferentes grupos gerados pelas variáveis socio-demográficas dependentes, dado que os resultados obtidos, revelam sem excepção, e com recurso aos vários testes, a não existência de correlação entre as variáveis em causa.

Daqui infere-se que o SIC não é influenciado pelo Género, pela Idade, pelo Estado Civil, pela Ocupação/Actividade ou pelo Agregado Familiar. É portanto independente, não se verificando diferenças na amostra que justifiquem uma correlação entre o SIC e os dados socio-demográficos.

Os resultados indicaram no entanto diferenças em relação à não correlação, para os momentos A e B. Assim sendo podemos afirmar que, com excepção do Agregado Familiar, todas as outras variáveis socio-demográficas apresentaram valores mais elevados de significância no momento A. Este facto indica, que no momento B, existiu maior proximidade de correlação entre o SIC e as variáveis socio-demográficas, contudo, estes valores apresentaram-se sempre muito elevados e bastante distantes do limiar máximo de significância.

Sendo assim, não foi possível para esta amostra, identificar grupos diferentes, com SIC diferente, ou seja o SIC não foi mais elevado ou mais reduzido por idosos ou idosas, por indivíduos mais jovens ou mais idosos, por pessoas casadas, solteiras, viúvas ou divorciadas, por idosos, ocupados ou não, ou por idosos sós em casa ou com companhia de familiares ou outros entes queridos.

Inversamente ao verificado com o Grau de Auto-Estima, a variável Actividade/Ocupação, revelou uma maior correlação após as sessões de acompanhamento terapêutico, o que revela que o SIC está mais influenciado pelo facto do idoso se encontrar com uma Ocupação/Actividade, após a relação de ajuda. Ou seja, a existência de uma actividade profissional ou outra, seja esta jardinagem, ir às compras, ocupação na Universidade Sénior, entre outras, pode ter mais influência no SIC, após as sessões de acompanhamento psicológico.

À semelhança do observado, em relação ao Grau de Auto-Estima, também em relação ao SIC, se verifica uma influência inversa da relação de ajuda, para as variáveis Estado Civil e Agregado Familiar. Ou seja, enquanto que o acompanhamento terapêutico aproximou o nível de correlação, no caso do Estado Civil, o resultado contrário verificou-se para o Agregado Familiar, em que a relação entre as duas variáveis se tornou mais autónoma. Estas duas variáveis, indicam a existência de uma rede de suporte social e efectivo em casa do idoso e os resultados opostos, confirmam mais uma vez que a presença do cônjuge em casa, não implica necessariamente a presença desse suporte social, fornecido alternativamente também pela presença de outros elementos da família próxima e alargada, e amigos, pelo que a relação de ajuda provavelmente influenciou positivamente o idoso a lidar mais facilmente com a ausência desse agregado familiar, daí a diminuição da correlação, após as sessões, do que em relação à presença do cônjuge em casa, factor esse mais assente e definido até então na vida do idoso.

DISCUSSÃO

1. Discussão e Considerações Finais

Nesta etapa, já realizada a contextualização teórica existente, a metodologia adoptada neste estudo, e apresentados os dados obtidos, pretendemos efectuar uma reflexão que se pretende crítica, sobre a metodologia utilizada e a discussão dos resultados. Esta reflexão visa igualmente a elaboração de algumas considerações sobre as implicações que os resultados obtidos neste estudo poderão ter na abordagem da problemática do idoso, sobre o prisma da relação de ajuda, bem como a sua relação com os níveis de congruência e de coerência presentes em indivíduos idosos, indicados pelo Grau de Auto-Estima e de SIC, respectivamente.

Face ao exposto, o estudo teve como objectivos principais, identificar um efeito entre a relação de ajuda e o Grau de Auto-Estima e de SIC em indivíduos idosos, bem como determinar em segundo plano se as características socio-demográficas se associam a estes dois indicadores. Desta forma pretendemos contribuir para a compreensão da problemática do idoso, chamando a atenção para a importância de se compreender o idoso, não só como uma estatística social, mas fundamentalmente como uma pessoa sujeita a adversidades, limitações e dificuldades que condicionam o seu equilíbrio salutogénico, o seu bem-estar, e em última análise a sua felicidade.

Limitações do Estudo

A complexidade do tema, a extensa e muito específica bibliografia existente, essencialmente centrada na gerontologia e nos problemas resultantes da progressiva deterioração física, mental e psicológica do indivíduo, tais como as doenças demenciais e outras consequências do envelhecimento, a dificuldade de encontrar referências que fossem sobretudo em relação ao envelhecimento e à idade como conceitos presentes e transversais a todo o ser

humano, ao longo da vida e não apenas na terceira-idade, conduziram a uma necessidade de maior capacidade de síntese e de sistematização, a partir de uma bibliografia exaustiva e nem sempre centrada.

Outras análises e conclusões poderiam ser retiradas do cruzamento com novos dados e de uma caracterização mais exaustiva do grupo em análise, de forma a compreender de uma forma mais ampla as implicações deste triângulo Auto-Estima, SIC e Idoso.

A constituição da mostra merece-nos alguns comentários. Se por um lado foi bastante positiva a taxa de resposta obtida nos dois momentos, não podemos deixar de frisar que os indivíduos em questão devido sobretudo à idade avançada, apresentavam em alguns casos, dificuldades de visão, o que implicou em alguns casos um apoio verbal oral por parte do técnico que efectuou a recolha dos questionários para explicar o contexto e o conteúdo das escalas. É de referir também que a dimensão da amostra (40 indivíduos) e a selecção por conveniência, levam-nos a encarar os resultados obtidos como exploratórios, de acordo com o carácter do estudo. No entanto, seria interessante expandir esta amostra para uma maior dimensão, apesar de estatisticamente falando, não ter havido dificuldade no tratamento e análise dos dados.

Fica-nos a impressão, apesar do esforço para realizar um estudo exploratório e compreensivo, de termos observado apenas alguns pormenores, que julgamos importantes, numa envolvente muito mais vasta e complexa, que inclui um conjunto de factores a montante e a jusante, relacionados com a idade avançada. Essencialmente, limitações de recursos disponíveis foram os factores que nos impediram de concretizar estes objectivos por agora, os quais permanecerão para possíveis investigações.

Metodologia e Investigação

Relativamente à recolha e avaliação dos dados, deveremos referir alguns aspectos que consideramos importantes.

A preocupação tida na obtenção dos dados, que se traduz no facto de mesma ter sido efectuada em colaboração com os técnicos da clínica em questão, recorrendo a várias reuniões

de trabalho, no sentido de permitir um acesso fidedigno aos dados, foi um aspecto que consideramos ter contribuído para a fiabilidade dos resultados.

Foram utilizados instrumentos de medida de reconhecida fiabilidade e anteriormente validados, inclusivamente na população portuguesa (Escala de Estima de Si de Rogers e Escala de SIC de Antonovsky).

Reforçando a anterior reflexão, salientamos que os valores das pontuações obtidas, pela população em estudo, nos instrumentos de avaliação utilizados são comparáveis aos valores das pontuações obtidas na população utilizada nos estudos que serviram de base à sua construção e aferição, sugerindo assim que a avaliação da globalidade das variáveis da nossa amostra é válida.

É de salientar ainda, que a preocupação com o controlo estatístico dos resultados fez com que a análise de dados fosse sequencial, procurando uma primeira fase, descrever as características da amostra em relação às variáveis em estudo, recorrendo a medidas de estatística descritiva e posterior avaliação de resultados através dos métodos estatísticos. Foi nosso intuito reduzir ao mínimo a abstracção entre a realidade empírica dos dados, o enquadramento teórico, o modelo estatístico e a posterior interpretação dos dados.

Resultados

Os dados resultantes da amostra utilizada apontam para valores do SIC e da auto-estima satisfatórios, sobretudo após a concretização do acompanhamento psicológico.

Quanto ao Grau de Auto-Estima, verificou-se a presença de um valor negativo, no primeiro momento, e bastante próximo de zero, o que revela uma auto-estima negativa por parte do idoso, mas com um elevado nível de congruência, dado o seu valor absoluto reduzido. O seu cariz negativo é consequência de uma avaliação de self ideal inferior ao self real, o que revela que estes idosos detinham uma imagem de si desejada pouco idealizada mas sim com reduzidas esperanças em relação ao futuro e com poucas perspectivas de melhoria, em conjugação com uma perspectiva real de si exigente e sem alternativa futura de melhoria, na direcção de um self ideal

imaginado. Após as sessões, estes idosos continuaram a apresentar um elevado nível de congruência, que inclusivamente aumentou ligeiramente, devido ao reduzido valor absoluto do indicador, e com a alteração do sinal para positivo, ou seja, o Grau de Auto-Estima é positivo, o que indica que o self ideal passou a ser mais elevado que o self real, passando para uma situação normal e expectável, através desta escala. Ou seja, os idosos após o acompanhamento psicológico, ajustaram o seu self ideal reduzindo-o ligeiramente, em paralelo com o self real, reduzindo este mais fortemente, de forma a que o seu nível de congruência melhorasse, implicando com isto uma maior correspondência entre o que sentem em relação a si na realidade e que desejariam para si, num plano ideal. Daqui resulta numa melhor associação entre o self e o seu experienciar orgânico, e que conduz a um maior ajustamento e a um maior amadurecimento, de forma a permitir ao idoso um pleno funcionamento, e um estado de congruência interno ao indivíduo, com reduzidos níveis de defensividade. Se o idoso possuir esta visão de si mais realista e objectiva, o seu funcionamento psíquico melhora, e concretiza-se a congruência entre o self e a experiência, e o self ideal. Desta forma, o idoso revela uma perspectiva de futuro e de acreditação nas suas capacidades de realização e projecção futuras. Com isto resulta uma menor ansiedade, e maior autonomia, flexibilidade e criatividade, de forma a melhor lidar com as vicissitudes características desta fase da vida, nomeadamente a solidão, a desintegração social e a marginalização como pessoa capaz e válida aos olhos dos restantes indivíduos.

De notar que a existência de itens negativos e positivos nesta escala poderá ter afectado em parte, a obtenção dos resultados para o self real e self ideal, se considerarmos dois aspectos, i) os itens positivos, quando encarados no self ideal tornar-se-ão potencialmente mais positivos ao serem desejados pelo idoso, e os itens negativos tornar-se-ão potencialmente menos negativos quando desejados e ii) os dois tipos de itens foram tratados em conjunto, não tendo sido constituídos dois grupos distintos de itens negativos e positivos para a escala, tendo sido realizado o tratamento dos itens integralmente, com a correspondente inversão estatística. Segundo o estudo de Tap, Hipólito, Nunes e Santos (2004), que permitiu igualmente a recente

validação da escala para uma amostra de indivíduos portugueses, os itens podem ser classificados em factores positivos e factores negativos, a partir das afirmações que os compõem, constituindo itens positivos, os relativos à Auto-qualificação, Atractividade sexual e Inteligência e Competências Sociais e Relacionais, e itens negativos, os relativos à Auto-Negação, Dúvida, Dependência e Dificuldade no Coping, e Problemas Socio-Emocionais, tendo estes autores efectuado o agrupamento dos itens em factores positivos e factores negativos e o seu tratamento e análise em separado, para ultrapassar os efeitos potencialmente perniciosos, resultantes da existência dos itens negativos na análise dos resultados. Neste sentido, poderíamos considerar que as diferenças obtidas em relação ao self real e ao self ideal trazem consigo imiscuídas, esta influência pelo que potencialmente, se considerados em separado, os resultados poderiam ter indicado análises ainda mais detalhadas e incisivas em relação aos diversos factores negativos e positivos que compõem a escala, e conseqüentemente em relação ao Grau de Auto-Estima, podendo clarificar ainda mais as conclusões a retirar do estudo, em relação à visão que os idosos possuem de si próprios no plano real e no plano ideal, estando estes eventualmente mais sensíveis a itens negativos, nesta etapa da vida e portanto valorizando-os diferentemente dos itens positivos. Consideramos desde já que seria interessante para estudos posteriores, esta análise em detalhe.

Quanto à influência das características socio-demográficas no Grau de Auto-Estima, não se constatou nenhuma correlação antes ou depois do acompanhamento terapêutico realizado, tendo se verificado no entanto uma maior proximidade de correlação com o Grau de Auto-Estima para o Género, Ocupação/Actividade e Agregado Familiar. Quanto à Idade e ao Estado Civil, constatou-se uma maior interdependência após o término das sessões.

Ao nível do SIC, quer os valores globais, quer as suas componentes observadas individualmente, no caso do SIC, mostram-nos resultados positivos. Significa isto que os idosos apresentam um nível de congruência e de coerência relativamente elevado, sobretudo depois da relação de ajuda. O aumento dos valores destes indicadores após a concretização do apoio psicológico revela um aumento da capacidade para o idoso dar sentido, ou uma ordem à sua

experiência ou existência, e à sua fé e convicção que tem capacidades e recursos para fazer frente aos desafios da vida, ou em conseguir aproximar a sua realidade do que desejariam que ela se tornasse, o que consequentemente afecta positivamente a qualidade de vida do idoso e a sua saúde psicológica, física e mental.

Em detalhe e em relação às três componentes do SIC, verifica-se que é o atributo da Gestão que apresenta valores mais reduzidos, sendo o sentido de Significância e de Compreensibilidade, os que apresentam valores mais elevados, com destaque para este último. Estes resultados indicam que estes indivíduos apresentam um entendimento adequado do envolvimento interno e externo da sua vida, atribuem significado aos acontecimentos que ocorrem mas têm um pouco de dificuldade em gerir os recursos para fazer face às dificuldades e estímulos que os rodeiam.

Interessantes foram também as conclusões obtidas a partir da identificação de correlação entre as variáveis socio-demográficas e os indicadores de SIC. À semelhança do Grau de Auto-Estima, não se constatou nenhuma correlação antes ou depois do acompanhamento terapêutico realizado. Com excepção do Agregado Familiar em que se verificou uma maior proximidade de correlação antes do início da relação de ajuda, todos os outros indicadores: Género, Idade, Estado Civil e Ocupação/Actividade, apresentaram uma maior proximidade de interdependência no momento após o término das sessões.

A nossa opinião inicial de haver um efeito entre estas variáveis e os indicadores não é confirmada com estes resultados, existindo no entanto, uma proximidade de correlação mais manifesta após o acompanhamento psicológico, ao nível do Grau de Auto-Estima, no que diz respeito à Idade e ao Estado Civil e sobretudo ao nível do SIC, para todos os indicadores, com excepção do Agregado Familiar, o que também é indicativo do efeito terapêutico da relação de ajuda.

Estes resultados vão de encontro a alguns estudos citados, em que está presente a conclusão de que o SIC aumenta com o avançar da idade do indivíduo, embora não tenham sido

mencionadas alterações de SIC, entre diferentes níveis de agregado familiar, estado civil, género ou ocupação/actividade (Bengel et al., 1999).

Pesquisas futuras deverão ter em conta a articulação do indivíduo com o seu meio envolvente e com as características da própria problemática. Assim, sugere-se que em estudos futuros se considere outros instrumentos, tais como a utilização da Escala Toulousiana de Coping e eventualmente outros instrumentos complementares de avaliação do sentido de coerência interna do indivíduo. Sugere-se também a utilização da Escala de Estima de Si, com o tratamento dos itens positivos e negativos componentes da escala em separado, em lugar da inversão estatística dos itens, e se o estudo o permitir, o agrupamento dos mesmos itens em factores (Tap et al., 2004). Recomenda-se também um estudo sobre a aplicação dos princípios da ACP na problemática do envelhecimento, nomeadamente sobre a influência das atitudes terapêuticas do terapeuta como facilitadoras, e sobre as seis condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica, no idoso.

Podemos afirmar que os objectivos do estudo foram alcançados, na medida em que foi possível responder com precisão às questões colocadas, efectuar comparações no grupo entre os dois momentos, e confirmar determinadas perspectivas teóricas sobre a problemática da idade e do envelhecimento.

Desta forma, espera-se que este estudo permita uma maior reflexão sobre a problemática do envelhecimento e sobre a importância da relação de ajuda como um catalizador importante para o indivíduo enfrentar situações de incongruência e incoerência interna daí derivadas.

Subjacente está também a abertura de caminhos para uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, ou a desenvolver e para a formulação de novas hipóteses que se destinam a pesquisas no futuro.

2. Síntese e Recomendações

O presente trabalho avança com um contributo, ainda que exploratório, mas fundamentado, para a clarificação da importância da auto-estima e do self, através do inerente nível de congruência interno, e do SIC, no contexto do idoso, e na potencial optimização das condições para apoiar o idoso a desenvolver as suas dimensões afectiva, emocional, social, intelectual, e por conseguinte, a sua qualidade de vida, na fase mais avançada da vida.

De facto a qualidade de vida do idoso encontra-se dependente de um self percebido positivamente e de elevados índices de auto-estima, daí que seja necessário investir em condições propiciadoras das possibilidades de amadurecimento do self e da auto-estima, porque a motivação, o interesse e o empenho decorrem de uma imagem de si consistente e fortalecida.

A vitalidade dos processos psicológicos relacionados com o self facilita a actualização de potencialidades, o incremento da autonomia e a abertura à mudança, condições imprescindíveis a uma boa integração numa rede de suporte social e a um ajustamento psicológico que beneficiam directamente a qualidade de vida do idoso. Actuar ao nível da incongruência do self e do sentido de incoerência interno do indivíduo, deve ser um objectivo do técnico que acompanha o idoso, para proporcionar condições para desenvolver o seu bem-estar psicológico e fomentar a sua integração social.

Estar consciente desta inter-relação implica a não exclusão do idoso do meio social, implica a substituição de mecanismos de diagnóstico de dificuldades, pré-requisitos e mecanismos formativos variados, que podem conduzir a sentimentos de culpa, ansiedade e depressão, por uma forma de acompanhamento centrada no self do idoso, que lhe poderá ser útil num momento da vida de dúvida e inconstância sobre a imagem de si e das suas expectativas futuras. Este clima de acompanhamento deverá ser pautado pela preocupação do ser humano integral, procurando desenvolver de uma forma harmoniosa todas as suas vertentes no sentido de uma ordem e de uma maturidade biológica, cognitiva e psicossocial. As condições necessárias e suficientes que definem a Relação de Ajuda melhoram a qualidade relacional e

proporcionam a articulação da afectividade com a cognição, essenciais ao desenvolvimento harmoniosos da personalidade e à actualização das potencialidades fornecidas por uma tendência actualizante plena e não comprometida.

Em jeito de conclusão final desta investigação sobre o efeito da relação de ajuda no Grau de Auto-Estima e de SIC do indivíduo idoso, podemos afirmar que na amostra obtida se verifica que existiu um efeito positivo da relação de ajuda nos dois indicadores, pelo que o idoso de facto pode ser ajudado através do aconselhamento psicológico em relação à sua auto-estima e ao seu SIC, ou seja em relação ao seu grau de congruência e de coerência interna. A auto-estima do idoso apresentava-se negativa, com um self ideal mais reduzido que o self real, e o SIC do idoso demonstrou valores reduzidos ao nível das três componentes, antes do início das sessões de acompanhamento psicológico, pondo em causa as capacidades necessárias do idosos para a uma actuação salutogénica perante a problemática da idade, e a qualidade de vida decorrente. Esta situação evoluiu para a presença de ambos os indicadores positivos. Outra conclusão importante é que em indivíduos idosos, tanto o SIC como a auto-estima não estão relacionados com a idade, o estado civil, a presença do agregado familiar ou de ocupação/actividade do idoso, sendo no entanto notório que é sobretudo após do início das sessões de acompanhamento psicológico que uma proximidade de correlação mais se verifica.

Do exposto, somos encaminhados a realçar sucintamente alguns aspectos que elegemos como recomendações finais:

- Deve a problemática da idade ser uma preocupação do sistema de saúde, perante uma população portuguesa cada vez mais envelhecida;
- Devem o SIC e a auto-estima ser considerados como construtos extremamente úteis na expressão do bem-estar, qualidade vida e saúde psicológica e mental da comunidade idosa;
- Devem privilegiar-se programas de acompanhamento psicológico para a promoção da saúde dos idosos, numa intervenção atenta, que procure uma atitude mais

centrada na comunidade idosa (salutogénica) como complemento imprescindível de uma atitude presentemente patogénica;

- Deve dar-se prioridade a intervenções compreensivas que envolvam várias estruturas ligadas à terceira-idade, consolidando e expandindo as parcerias para a saúde e garantindo uma infra-estrutura para a promoção da saúde;
- Por último deverá esta investigação ser continuada e estendida, num estudo de maior dimensão.

Gostaria de concluir, referindo o reconhecimento pelo impacto do trabalho de Carl Rogers e da ACP, e mais especificamente nesta investigação, o interessante e assertivo trabalho de Aaron Antonovsky, no desenvolvimento pessoal e profissional nestes últimos quatro anos, e que como tal, representa para mim um processo, no qual este trabalho é simbolicamente, o culminar de uma etapa.

*“No tempo em que festejavam o dia dos meus anos,
Eu tinha a grande saúde de não perceber coisa nenhuma,
E de não ter as esperanças que os outros tinham por mim.
O que fui de suposto a mim-mesmo.
Hoje já não faço anos.
Duro.
Somam-se-me dias.
Serei velho quando for.
Mais nada.”*

Álvaro de Campos

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G. & Spiro III, A. (1996). Age differences in stress, coping and appraisal: findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology*, 51B, 179-188.
- Allport, G. (1962). *Desenvolvimento da personalidade. Considerações básicas para uma psicologia da personalidade*. S. Paulo: Editora Herder.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A., & Sourani, T. (1988). Family sense of coherence and family adaptation. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 79-92.
- Antonovsky, A. & Sagy, S. (1992). Family sense of coherence and the retirement transition. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 983-993.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- Antunes, S. (2000). *Self-concept and client-centered therapy. Client-centered and experimental psychotherapy*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

- Baltes, P. B., Staudinger U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology, 50*, 471-507.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The modelo of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Banaji, M. R. (1999). Unconscious isms: Examples from racism, sexism and ageism. *Way Women Lean Conference*. New Haven, CT.
- Barak, B. & Schiffman, L. G. (1981). Cognitive age: A nonchronological age variable. *Advances in Consumer Research, 8*.
- Barak, B. & Stern, B. (1986). Subjective age correlates: A research note. *The Gerontologist, 26*, 571-578.
- Barrett, A. E. (2003). Socioeconomic status and age identity. The role of dimensions of health in the subjective construction of age. *The Journals of Gerontology, 58 B*, 101-109.
- Bearon, L. B. (1989). No great expectations: The underpinnings of life satisfaction for older women. *The Gerontologist, 29*, 772-778.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann. H. (1999). *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*. Research and Practice of Health Promotion, 4, Cologne: Federal Centre for Health Education.
- Betz, N. E., Wohlgemuth, E; Serling, D., Harshbarger, J. & Klein, K. (1995). Evaluation of a measure of self-esteem based on the concept of unconditional self-regard. *Journal of Counseling and Development, 74*, 76-88.
- Biggs, S. (2005). Beyond appearances: Perspectives on identity in later life and some implications for method. *The Journals of Gerontology, 60B*, 118-128.

- Bigler, M, Neimeyer, G. & Brown, E. (2001). *The divided self revisited: Effects of self-concept clarity and self- concept differentiation on psychological adjustment. Journal of Social and Clinical Psychologist, 20*, 396-415.
- Birren, J. E. & Cunningham, W. R. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts, and theory. *Handbook of Aging and Psychology*, 3-34.
- Blanchard-Fields, F. (1994). Age differences in causal attributions from an adult development perspective. *Journal of Gerontology, 49*, 43-50.
- Blanchard-Fields, F. & Chen, Y. (1996). Adaptive cognition and aging. *The American Behavioural Scientist, 39*, 231-248.
- Botelho, I., Almeida, J., Geada, M. & Justo, J. (1990). *A Psicologia nos serviços de saúde*. Coleção Termos de Psicologia Editores: Lisboa.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário*. Lisboa: Edual.
- Brodley, B. (1998). O conceito de tendência actualizante na teoria centrada no cliente. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos, 2*, 37-49.
- Bühler, C. (1933). *The human life course as a psychological problem*. Leipzig, Germany: Hirzel.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist, 9*, 243-246.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*, 165-181.
- Caspi, A. & Roberts, B. W. (1999). Personality development across the life course. In L.A. Pervin e O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (2^a Ed., pp. 300-326). New York: Guilford Press.
- Caspi, A. & Roberts, B. W. (2001). Personality development across the life course. The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry, 12*, 49-66.
- Clarke, L. H. (2001). Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 38*, 441-464.

- Cloutier, R., Gosselin, P. & Tap, P. (2005). *Psychologie de l'enfant*. (2^a ed). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1994). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can Personality Change* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T. Jr., Herbst, J. H., McCrae, R. R. & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: Stability, intrinsic motivation, and responses to life events. *Assessment*, 7, 365-378.
- Cross, S. & Markus, H. (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 34, 230-255.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic Books.
- Cutler, N. E. (2004). Managing transitions in an aging society: The multiple modern meanings of middle age. *Journal of Financial Service Professionals*, 58, 40-47.
- Daniels, D. (1998). Age differences in concepts of self-esteem. *Merril-Palmer Quarterly*, 44, 234-251.
- Deater-Deckard, K. & Mayr, V. (2005). Cognitive change in aging: Identifying gene-environment correlation and nonshared environment mechanisms. *The Journals of Gerontology*, 60 B, 24-31.
- Dewey, J. (1896). The Reflex Arc Concept in Psychology. *Psychological Review*, 3, 357-370.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Horton.
- Erikson, E. (1968). Generativity and ego integrity. In Neugarten, B., *Middle age and Aging* (pp. 75-87). Chicago: University of Chicago Press.
- Featherstone, M. & Hepworth, M. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. In M. Featherstone, M. Hepworth e B. S. Turner (Eds.), *The Body: Social Process and Cultural Theory* (pp. 371-389). Newbury Park, CA.: Sage.

- Feldt, T., Kivimäki, M., Rantala, A. & Tolvanen, A. (2004). Sense of coherence and work characteristics: A cross-lagged structural equation model away managers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 323-342.
- Feltham, C. & Horton, I. (2000). *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Fitts, W. H. (1972). *The self-concept and behaviour: Overview and supplement*. Nashville, TN: Counselor Recording and Testing.
- Fonseca, J. S. & Martins, G. A. (1996). *Curso de estatística*. S. Paulo: Editora Atlas.
- Fredrickson, B. L. & Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make us more selective. *Psychology Aging*, 5, 335-347.
- Freedman, R. (1986). *Beauty bound*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Frey, D. & Carlock, C. (1989). *Enhancing self-esteem*. Muncie, IN: Accelerated Development, Inc.
- Gecas, V. (1982). The self-concept. *Annual Review of Sociology*, 8, 1-33.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self*. New York: Basic Books.
- Geyer, S. (2000). Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestantigtes konzept? In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abele (Eds.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen konzepts* (pp. 71-83). Weinheim und München: Juventa.
- George, L. K. (1990). Social structure, social processes, and social-psychological states. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (3^a Ed, pp. 186-204). San Diego: Academic.
- Goldsmith, R. E. & Heiens, R. A. (1992). Subjective age: A test of five hypotheses. *The Gerontologist*, 32, 312-317.
- Goldstein, K. (1939). *The organism*. New York: American Book Co.
- Gordon, T. (1998). *Eficácia na educação dos filhos*. Lisboa: Encontro Editora.

- Gove, W. R., Ortega, S. T. & Style, C. B. (1989). The maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: An empirical evaluation. *The American Journal of Sociology, 94*, 1117-1145.
- Guindon, M. H. (2002). Toward Accountability in the use of the self-esteem construct. *Journal of Counseling and Development, 80*, 204-214.
- Habrat, E. & Mroziak, B. (1999). Sense of coherence in patients after an endogenous depression episode. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin, 30*, 349-353.
- Hall, G. S. (1922). *Senescence: The last half of life*. New York: Appleton and Company.
- Hamarat, E., Thompson, D. Steele, D., Matheny, K. & Simons, C. (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old and oldest-old adults. *The Journal of Genetic Psychology, 163*, 360-367.
- Haour-Knipe, M. (1999). Family sense of coherence (SOC) and adapting to a new culture. A case study. *Polish Psychological Bulletin, 30*, 311-321.
- Heiman, T. (2004). Examination of the salutogenic model, support resources, coping style and stressors among Israeli university students. *The Journal of Psychology, 138*, 505-520.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hintermair, M. (2004). Sense of coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 9*, 15-22.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.
- Hooker, K. L. & McAdams, D. P. (2003). Personality and adult development: Looking beyond the OCEAN. *The Journals of Gerontology, 58 B*, 311-312.
- Horn, J. L. & Cattell, R. B. (1966). Age differences in primary mental ability factors. *Journal of Gerontology, 21*, 210-220.
- Hoskins, M. & Leseho, J. (1996). Changing metaphors of the self: Implications for counselling. *Journal of Counseling and Development, 74*, 243-252.

- Hummert, M. (2003). Commentaries on “mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes” and author’s reply. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 B, 212-216.
- Igier, V. & Mullet, E. (2003). Application of the five-factor model of personality to intergenerational perception. *The Journals of Gerontology*, 58 B, 177-186.
- INE (2002). *O envelhecimento em Portugal – Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística – DECP/ Serviço de Estudos sobre a população.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence. The role of “active” self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, 9, 419-432.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Jung, C. G. (1958). *Psyche and symbol*. New York: Anchor.
- Kaplan, H. B. (1975). *Self-attitudes and deviant behaviour*. Pacific Palisades, CA: Goodyear Publications.
- Karp, D. (1988). A decade of reminders: Changing age consciousness between fifty and sixty years old. *The Gerontologist*, 28, 727-738.
- Kastenbaum, R., Derbin, V., Sabatini, P. & Artt, S. (1972). The ages of me: Toward personal and interpersonal definitions of functional aging. *Aging and Human Development*, 3, 197-211.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Krueger, J. & Heckhausen, J. (1993). Personality development across the adult span: Subjective conceptions vs cross-sectional contrasts. *Journal of Gerontology*, 48, 100-108.
- Lachman, M. E. (2001). *Handbook of midlife development*. New York: Wiley.
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331.
- Lang, F. R., Rieckmann, N. & Baltes, M. M. (2002). Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning. *The Journals of Gerontology*, 57 B, 501-509.

- Lang, F. R., Staudinger, U. M. & Carstensen, L. L. (1998). Perspectives on socioemotional selectivity in late life: How personality and social context do (and do not) make a difference. *The Journals of Gerontology*, 53 B, 21-30.
- Lansford, J. E., Autonucci, T. C., Akiyama, H. & Takahashi, K. (2005). A quantitative and qualitative approach to social relationships and well-being in the United States and Japan. *Journal of Comparative Family Studies*, 3C, 1-22.
- Larsson, G., Kallenberg, K. O. (1996). Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationship in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6, 175-180.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leal, I (1999). Freud, Rogers e eu. *Revista A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 4, 85-91.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Levy, B. R. & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotypes and Prejudice against Older Persons* (pp. 49-75). Cambridge, MA: MIT Press.
- Levy, B. R., Hummert, M. L., & Zebrowitz, L. A. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *The Journals of Gerontology*, 58 B, 203-211.
- Lima, M., Teixeira, J. & Sequeira, A. (1996). Notas de investigação. O projecto de vida no idoso. Idosos em centro de dia e na Universidade Internacional para a terceira idade. *Análise Psicológica*, 14, 2/3, 387-394.
- Linley, P., Joseph, S. & Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 185-188.
- Logan, J. R., Ward, R. & Spitze, G. (1992). As old as you feel age identity in middle and later life. *Social Forces*, 71, 451-467.
- Lustig, D. & Strauser, D. (2002). The relationship between sense of coherence and career thoughts. *The Career Development Quarterly*, 51, 2-11.

- Mahoney, M. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Markides, K. S. & Boldt, J. S. (1983). Change in subjective age among the elderly: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 23, 422-427.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). *Possible selves*. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Matos, P. & Costa, M. (2004). Significações de perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica*, 35, 11-14.
- Mayer, K. U., & Tuma, N. B. (1990). Life course research and event history analysis: An overview. In K. U. Mayer & N. B. Tuma (Eds.), *Event history analysis in life course studies* (pp. 1–20). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- McConatha, J. T. & Huba, H. H. (1999). Primary, secondary and emotional control across adulthood. *Current Psychology*, 18, 164-170.
- Miles, W. R. (1933). Age and human ability. *Psychological Review* 40, 114–115.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (2000). Socioeconomic status and subjective life expectancy. *Social Psychology Quarterly*, 63, 133-151.
- Mlonzi, E. & Strümpfer, D. (1998). Antonovsky's sense of coherence scale and 16PF second-order factors. *Social Behaviour and Personality*, 26, 39-50.
- Moreno, C., Borod, J. C., Welkowitz, J. & Alpert, M. (1993). The perception of facial emotion across the adult life span. *Developmental Neuropsychology*, 9, 305-314.
- Moustakas, C. E. (1966). *The authentic teacher*. Cambridge, MA: H.A. Doyle.
- Mroczek, D. K. & Spiro III, A. (2003). Modeling Intraindividual change in personality traits: Findings from the normative aging study. *The Journals of Gerontology*, 58 B, 153-165.
- Mruk, C. (1999). *Self-esteem: Research, theory and practice* (2^a Ed.). New York: Springer.
- Nasermoaddeli, A., Sekine, M., Hamanishi, S. & Kagamimori, S. (2003). Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in japanese civil servants: A 1-year follow-up Study. *Industrial Health*, 41, 236-241.

- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and later life*. New York: Atherton Press.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1977). Personality and aging. In J. E. Birron e K. W. Schaie. (Ed.), *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 629-649). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Newson, R. & Kemps, E. (2005). General lifestyle activities as a predictor of current and cognitive change in older adults: A cross-sectional and longitudinal examination. *The Journals of Gerontology*, 60 B, 113-120.
- Nogueira, S. (2002). Aconselhamento psicológico como experiência de crescimento em direcção à maturidade: O desafio de Carl Rogers. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 9/10, 13-24.
- Nunes, M. O. (1997). *Valores e reorganização do self. Estudo exploratório realizado numa comunidade terapêutica carismática de toxico-dependentes*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Overall, C. (2004). Optimism, pessimism and the desire for longer life. *The Gerontologist*, 44, 847-851.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
- Pasikowski, T., Sek, H. & Scigala, I. (1994). “Sense of Coherence” and subjective health concepts. *Polish Psychological Bulletin*, 21, 15-23.
- Patterson, L. E. & Eisenberg, S. (1983/1988). *O processo de aconselhamento*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Pearlman, S. F. (1993). Late mid-life astonishment: Disruptions to identity and self-esteem. *Women and Therapy*, 14, 1-12.
- Pestana, E. & Páscoa, A. (2002). *Dicionário breve de psicologia*. Lisboa: Editorial Presença.
- Philips, L. H., MacLean, R. D. & Allen, R. (2002). Age and the understanding of emotions: Neuropsychological and sociocognitive perspectives. *The Journals of Gerontology*, 57B, 526-530.

- Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *Journal of Orthopsychiatry*, 52, 20-30.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology*, 56 B, 195-213.
- Plaks, J., Shafer, J. & Shoda, Y. (2003). Perceiving individuals and groups as coherent: How do perceivers make sense of variable behaviour? *Social Cognition*, 21, 26-60.
- Pope, A., McHale, S., & Craighead, E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Prouty, G. (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial centrada na pessoa*. Lisboa: Encontro Editora.
- Rahav, G., Teichman, M., Gil, R., Rosenblom, I. & Bar-Hamburger, R. (1998). *Psychoactive substance use in Israel: The fourth epidemiological study* [Hebrew]. Jerusalem: Israel National Anti-Drug Authority.
- Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates*. Lisboa: Vega.
- Rice, V. H. (2000). *Handbook of stress, coping and health-implications for nursing, research, theory and practice*. Twelve Oaks: Sage Publications.
- Rimm, H. (1999). Sense of coherence and other personality dimensions. A preliminary report. *Polish Psychological Bulletin*, 30, 333-341.
- Roberts, B. W. & Del Vecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Rodriguez-Tomé, H. (1972). *Le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescence*. Neuchâtel. Delachaux et Niestlé.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of Science* (pp. 184-256). New York.: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (1974). *Terapia centrada no paciente*. São Paulo: Moraes Editores. (obra original publicada em 1951).
- Rogers, C. R. (1977). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Rogers, C. R. (1979). *Poder pessoal*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (1980). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU. (obra original publicada em 1980).
- Rogers, Carl R. (1986). Reflections of feelings. *Person-Centered Review*, 1, 375-377.
- Rogers, C. R. (2000). *Manual de counselling*. Lisboa: Encontro Editora.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rogers, C., R. & Kinget, G. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas* (Vol. I e II). Belo Horizonte: Interlivros.
- Rogers, C. R. & Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU; EDUSP.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosow, I. (1967). *Social integration of the aged*. New York: Free Press.
- Rosow, I. (1974). *Socialization to old age*. Berkeley: University of California Press.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (2002a). Age and the gender gap in the sense of personal control. *Social Psychology Quaterly*, 65, 125-145.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (2002b). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal of Health and Social Behaviour*, 43, 469-489.
- Rossi, A. (1980). Life span theories and women's lives. *Signs: Journal of Women, Culture and Society*, 6, 4-32.

- Rupp, D. E., Vodanovich, S. J. & Credé, M. (2005). The multidimensional nature of ageism: Construct validity and group differences. *The Journal of Social Psychology, 145*, 335-362.
- Salthouse, T. A. (1985). *A theory of cognitive aging*. Amsterdam: North Holland.
- Salthouse, T. A. (1988). *Resource-reduction interpretations of cognitive aging. Developmental Review, 8*, 238-272.
- Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sarkisian, C. A., Steers, W. N., Hays, R. D. & Mangione, C. M. (2005). Development of the 12-item expectations regarding aging survey. *The Gerontologist, 45*, 240-248.
- Saucier, M. (2004). Midlife and beyond: Issues for aging women. *Journal of Counseling and Development, 82*, 420-425.
- Schaie, K. W. (1983). The Seattle longitudinal study: A 21-year exploration of psychometric intelligence in adulthood. In K. W. Schaie (Ed.), *Longitudinal Studies of Adult Psychological Development*. (pp. 64-135). New York: Guilford.
- Schmidt-Rathjens, C., Benz, D., van Damme, D., Feldt, K. & Amelang, M. (1997). Über zwiespaltige erfahrung mit fragebogen zum kohärenzsinn sensu Antonovsky. *Diagnostica, 43*, 327-346.
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T. & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, 296-302.
- Schroots, J. J. F. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist, 36*, 742-748.
- Schulz, R. & Heckhausen, J. (1999). Aging, culture and control: Setting a new research agenda. *The Journals of Gerontology, 54 B*, 139-145.
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H-J. & John, U. (2003). Measuring sense of coherence with only three items: A useful tool for population surveys. *British Journal of Health, 8*, 409-418.
- Secombe, K. & Ishii-Kuntz, M. (1991). Perceptions of problems associated with aging: Comparisons among four older age cohorts. *The Gerontologist, 31*, 527-533.

- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology, 20*, 243-255.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir*. Paris: Éditions Robert Laffont.
- Settersten Jr., R. A. & Mayer, K. U. (1997). The measurement of age, age structuring and the life course. *Journal Review of Sociology, 23*, 233-261.
- Shifra, S. & Antonovsky, A. (1999). The family sense of coherence and the retirement transition. *Journal of Marriage and the Family, 54*, 983-993.
- Small, B. J., Hertzog, C., Hultsch, D. F. & Dixon, R. A. (2003). Stability and change in adult personality over 6 years: Findings from the Victoria longitudinal study. *The Journals of Gerontology, 58 B*, 166-176.
- Smith, J. & Freund, A. M. (2002). The dynamics of possible selves in old age. *The Journals of Gerontology, 57 B*, 492-500.
- Sneed, J. R. & Whitbourne, S. K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *The Journals of Gerontology, 58 B*, 313-319.
- Snyder, M. & Miene, P. (1994). On the functions of stereotypes and prejudice. In M. P. Zanna & J. M. Olson (Eds.), *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium* (pp. 33-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spector S. (2001). Mulheres sós aos 50 anos: Autónomas, agentes, afiliativas e felizes. *A Pessoa como Centro-Revista de Estudos Rogerianos, 7*, 33-52.
- Spiro, A., III, Butcher, J. N., Levenson, M. R., Aldwin, C. M., & Bossé, R. (2000). Change and stability in personality: A 5-year study of the MMPI-2 in older men. In J. N. Butcher (Ed.), *Basic Sources on the MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Stets, J. E. & Harrod, M. M. (2004). Verification across multiple identities: The role of status. *Social Psychology Quarterly, 67*, 155-171.

- Staudinger, U. M., Maciel, A. G., Smith, J. & Baltes, P. B. (1998). What predicts wisdom-related performance? A first look at personality, intelligence, and facilitative experiential contexts. *European Journal of Personality*, 12,1-17.
- Steunenbergh, B., Twisk, J. W. R. , Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2005). Stability and change of neuroticism in aging. *The Journals of Gerontology*, 60 B, 27-33.
- Stone, H. & Winkelman, S. (1989). *Embracing our selves*. San Rafael, CA: New World Library.
- Strauser, D. & Lustig, D. (2003). The moderating effect of sense of coherence on work adjustment. *Journal of Employment Counselling*, 40, 129-140.
- Strauss, A. L. (1959). *Mirrors and masks: The search for identity*. Glencoe, III.: The Free Press.
- Suominen, S., Blomberg, H., Helenius, H., & Koskenvuo, M. (1999). Sense of coherence and health – does the association depend on resistance resources ? A study of 3115 adults in Finland. *Psychology and Health*, 14, 937-948.
- Tap, P., Hipólito, J., Nunes, O., & Santos, R. (2004). Portuguese validation of the Rogers scale of self-esteem (UAL) and the Toulouse new scale of self-esteem – NETES. *9º Conference of the European Association for Research on adolescence*. Porto.
- Tap, P. & Oubrayrie-Roussel, N. (1999). Personalização e dinâmica relacional. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 4, 41-83.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, 13, 1-16.
- Thompson, E. H. Jr. (2004). Expressions of manhood: Reconciling sexualities, masculinities and aging. *The Gerontologist*, 44, 714-718.
- Vieira, I. (2000). O Self no Centro do Processo de Tornar-se Pessoa. *A Pessoa como Centro – Revista de Estudos Rogerianos*, 6, 78-89.
- Volanen, S., Lahelma E., Silventoinen, K., & Suominen, S. (2004). Factors contributing to sense of coherence among men and woman. *European Journal of Public Health*, 14, 322-330.

- Webster, J. & Tiggemann, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology, 164*, 241-252.
- Wells, L. E. & Marwell, G. (1976). *Self-esteem: Its conceptualization and measurement*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Whitbourne, S. K. & Sneed, J. (2002). The paradox of well-being, identity processes and stereotype threat: Ageism and its potential relationship to the self in later life. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons* (pp. 247-273). Cambridge, MA: MIT Press.
- Wood, J., Doxsey, J., Assumpção, L., Tassinari, M., Japur, M., Serra, M., Rosenthal, R., Loureiro, S., & Cury, V. (Orgs). (1994). *A Abordagem Centrada na Pessoa*. Fundação Ceciliano Abel de Almeida, Universidade Espírito Santo: Vitória Editora.
- Wylie, R. C. (1974). *A review of methodological considerations and measuring instruments: Vol 1. The self-concept* (Rev. Ed.). Lincoln: The University of Nebraska Press.
- Ying, Y., Akutsu, P., Zhang, L. & Huang, L. (1997). Psychological dysfunction in Southeast Asian refugees as mediated by sense of coherence. *American Journal of Community Psychology, 25*, 839-859.
- Yoon, C. (1997). Age differences in consumers's processing strategies: An investigation of moderating influences. *Journal of Consumer Research, 24*, 329-342.

Anexos

Anexo I

Pedido de Colaboração à Instituição Envolvida no Estudo

Exmos. Srs.,

Direcção Clínica,

Venho por meio desta solicitar a vossa colaboração do trabalho final do curso Mestrado em Relação de Ajuda e Perspectivas da Psicoterapia Existencial do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), autorizando o acesso aos utentes da Clínica Blumenberg e o preenchimento dos questionários utilizados. A confidencialidade da informação recolhida será inteiramente respeitada.

O objectivo deste trabalho é analisar o efeito da relação de ajuda através da Abordagem Centrada na Pessoa no grau de auto-estima e no sentido de coerência interna do indivíduo idoso.

Sem mais nenhum assunto e agradecendo desde já a vossa colaboração.

(Sofia von Humboldt)

Anexo II

Questionário de Dados Pessoais

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

Este questionário tem como objectivo a elaboração de um trabalho sobre o efeito da relação de ajuda no grau de auto-estima e no sentido de coerência interna do indivíduo com mais de 65 anos. É muito importante obter a sua opinião sobre os seguintes aspectos:

- **Qual a percepção que tem actualmente de si;**
- **Qual a percepção que gostaria de ter de si;**
- **Como se sente no momento actual.**

A investigação é orientada pela Instituto Superior de Psicologia Aplicada e todos os dados são confidenciais. Agradecendo desde já a sua colaboração, sem a qual este estudo não pode ser realizado, pedimos-lhe que responda a todas as questões de forma honesta e espontânea, seguindo as instruções. Agradecemos que no final faça o favor de devolver o questionário preenchido.

O questionário é anónimo e confidencial. Não há respostas certas ou erradas. A melhor resposta é a sua opinião honesta e pessoal. Desde já muito obrigado pela sua valiosa colaboração.

Sofia von Humboldt

1º Questionário. Código N°: _____

Data de preenchimento do questionário: __/__/__

Dados Pessoais

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: _____

3. Estado Civil: Solteiro Casado/ União de Facto

Divorciado/ Separado de Facto Viúvo

4. Actividade/ Ocupação: Sem Ocupação Com Ocupação Profissional ou de Lazer

5. Área de Residência: _____

6. Agregado Familiar: Vive sozinho Com agregado familiar

Anexo III

Escala de Estima de Si – EES Rogers

Escala de Estima de Si – EES

Segue-se uma série de afirmações acerca da imagem que tem de si próprio.

Por favor, marque o número que expresse o seu sentimento actual, sendo o 1 e o 5, as respostas extremas.

Se estiver totalmente em acordo com a afirmação, faça uma cruz em 1, se estiver em total desacordo faça uma cruz em 5. Se nenhuma destas opções for a sua, faça uma cruz no número que melhor expresse a sua maneira de pensar e de sentir em relação à afirmação.

Dê **apenas e só uma** única opção em cada afirmação.

A imagem que tenho de mim próprio – A percepção que tenho de mim próprio

Afirmações	Totalmente em acordo				Totalmente em desacordo
	1	2	3	4	
1. Uso uma máscara no meu relacionamento com os outros	1	2	3	4	5
2. Sou muito exigente comigo próprio	1	2	3	4	5
3. Aborreço-me, muitas vezes, comigo próprio pelas coisas que faço.	1	2	3	4	5
4. Por vezes, sinto-me humilhado.	1	2	3	4	5
5. Duvido das minhas capacidades sexuais.	1	2	3	4	5
6. Tenho uma relação calorosa com as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Sou culpado pelos meus problemas.	1	2	3	4	5
8. Sou uma pessoa responsável.	1	2	3	4	5
9. Tenho o sentimento de que não há esperança para mim.	1	2	3	4	5
10. Aceito os valores e padrões sociais da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
11. Tenho poucos valores e padrões próprios.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldade em controlar a	1	2	3	4	5

minha agressividade.					
13. Não tenho problemas com o auto-controlo.	1	2	3	4	5
14. Gosto, geralmente, das pessoas.	1	2	3	4	5
15. Expresso as minhas emoções com franqueza.	1	2	3	4	5
16. Quero desistir de enfrentar o mundo.	1	2	3	4	5
17. Sinto-me, habitualmente, confortável com pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
18. Sinto que as batalhas mais árduas são comigo próprio.	1	2	3	4	5
19. Tenho tendência para ficar de pé atrás com pessoas que são um pouco mais amáveis do que eu estava à espera.	1	2	3	4	5
20. Sou optimista.	1	2	3	4	5
21. Sinto-me, normalmente, levado pelos outros.	1	2	3	4	5
22. A maioria das pessoas que me conhece gosta de mim.	1	2	3	4	5
23. Sou sexualmente atraente.	1	2	3	4	5
24. Sinto que não há ajuda possível para mim.	1	2	3	4	5
25. Consigo, normalmente, tomar as minhas decisões e manter-me fiel a elas.	1	2	3	4	5
26. Sinto que as minhas decisões não são tomadas por mim próprio.	1	2	3	4	5
27. Sou uma pessoa hostil.	1	2	3	4	5
28. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
29. Sou desorganizado.	1	2	3	4	5
30. Sinto-me apático.	1	2	3	4	5
31. Sou ponderado.	1	2	3	4	5
32. Sou impulsivo.	1	2	3	4	5
33. Não partilho as minhas emoções.	1	2	3	4	5
34. É difícil sentir-me na minha pele.	1	2	3	4	5
35. Sou uma pessoa racional.	1	2	3	4	5
36. Sou incapaz de enfrentar as situações.	1	2	3	4	5
37. Sou tolerante.	1	2	3	4	5
38. Tento esquecer os meus problemas.	1	2	3	4	5
39. Tenho uma personalidade atraente.	1	2	3	4	5
40. Sou tímido.	1	2	3	4	5

41. Não sou nada.	1	2	3	4	5
42. Sou ambicioso.	1	2	3	4	5
43. Menosprezo-me.	1	2	3	4	5
44. Tenho iniciativa.	1	2	3	4	5
45. Evito enfrentar crises ou dificuldades.	1	2	3	4	5
46. Não me respeito a mim próprio.	1	2	3	4	5
47. Tenho uma atitude positiva para comigo.	1	2	3	4	5
48. Tenho necessidade de me afirmar.	1	2	3	4	5
49. Tenho medo de entrar frontalmente em desacordo com outra pessoa.	1	2	3	4	5
50. Tenho dificuldades em tomar decisões.	1	2	3	4	5
51. Sou confuso.	1	2	3	4	5
52. Estou satisfeito comigo próprio.	1	2	3	4	5
53. Sou um falhado.	1	2	3	4	5
54. Sou amável.	1	2	3	4	5
55. A minha personalidade é atractiva para o sexo oposto.	1	2	3	4	5
56. Tenho medo de sexo.	1	2	3	4	5
57. Tenho medo de falhar naquilo que quero muito.	1	2	3	4	5
58. Sou descontraído e nada me aborrece realmente.	1	2	3	4	5
59. Sou um bom trabalhador.	1	2	3	4	5
60. Sinto-me emocionalmente maduro.	1	2	3	4	5
61. Estou realmente perturbado.	1	2	3	4	5
62. Submeto-me facilmente quando insistem comigo.	1	2	3	4	5
63. Sinto-me inseguro comigo próprio.	1	2	3	4	5
64. Defendo-me com desculpas e racionalizações.	1	2	3	4	5
65. Sou inteligente.	1	2	3	4	5
66. Sinto-me sem esperança.	1	2	3	4	5
67. Tenho confiança em mim.	1	2	3	4	5
68. Sou diferente dos outros.	1	2	3	4	5
69. Sou uma pessoa na qual não se pode confiar.	1	2	3	4	5
70. Compreendo-me a mim próprio.	1	2	3	4	5
71. Sou bastante sociável.	1	2	3	4	5
72. Sinto-me integrado na sociedade.	1	2	3	4	5
73. Não gosto da minha própria	1	2	3	4	5

sexualidade.					
74. Tenho o sentimento de não valer nada.	1	2	3	4	5

A imagem que gostaria de ter de mim – A percepção que gostaria de ter de mim próprio

Afirmações	Totalmente em acordo				Totalmente em desacordo
	1	2	3	4	
1. Uso uma máscara no meu relacionamento com os outros	1	2	3	4	5
2. Sou muito exigente comigo próprio	1	2	3	4	5
3. Aborreço-me, muitas vezes, comigo próprio pelas coisas que faço.	1	2	3	4	5
4. Por vezes, sinto-me humilhado.	1	2	3	4	5
5. Duvido das minhas capacidades sexuais.	1	2	3	4	5
6. Tenho uma relação calorosa com as outras pessoas.	1	2	3	4	5
7. Sou culpado pelos meus problemas.	1	2	3	4	5
8. Sou uma pessoa responsável.	1	2	3	4	5
9. Tenho o sentimento de que não há esperança para mim.	1	2	3	4	5
10. Aceito os valores e padrões sociais da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
11. Tenho poucos valores e padrões próprios.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldade em controlar a minha agressividade.	1	2	3	4	5
13. Não tenho problemas com o auto-controlo.	1	2	3	4	5
14. Gosto, geralmente, das pessoas.	1	2	3	4	5
15. Expresso as minhas emoções com franqueza.	1	2	3	4	5
16. Quero desistir de enfrentar o mundo.	1	2	3	4	5
17. Sinto-me, habitualmente, confortável com pessoas à minha volta.	1	2	3	4	5
18. Sinto que as batalhas mais árduas são comigo próprio.	1	2	3	4	5
19. Tenho tendência para ficar de pé atrás com pessoas que são um pouco	1	2	3	4	5

mais amáveis do que eu estava à espera.					
20. Sou otimista.	1	2	3	4	5
21. Sinto-me, normalmente, levado pelos outros.	1	2	3	4	5
22. A maioria das pessoas que me conhece gosta de mim.	1	2	3	4	5
23. Sou sexualmente atraente.	1	2	3	4	5
24. Sinto que não há ajuda possível para mim.	1	2	3	4	5
25. Consigo, normalmente, tomar as minhas decisões e manter-me fiel a elas.	1	2	3	4	5
26. Sinto que as minhas decisões não são tomadas por mim próprio.	1	2	3	4	5
27. Sou uma pessoa hostil.	1	2	3	4	5
28. Estou satisfeito com a minha vida.	1	2	3	4	5
29. Sou desorganizado.	1	2	3	4	5
30. Sinto-me apático.	1	2	3	4	5
31. Sou ponderado.	1	2	3	4	5
32. Sou impulsivo.	1	2	3	4	5
33. Não partilho as minhas emoções.	1	2	3	4	5
34. É difícil sentir-me na minha pele.	1	2	3	4	5
35. Sou uma pessoa racional.	1	2	3	4	5
36. Sou incapaz de enfrentar as situações.	1	2	3	4	5
37. Sou tolerante.	1	2	3	4	5
38. Tento esquecer os meus problemas.	1	2	3	4	5
39. Tenho uma personalidade atraente.	1	2	3	4	5
40. Sou tímido.	1	2	3	4	5
41. Não sou nada.	1	2	3	4	5
42. Sou ambicioso.	1	2	3	4	5
43. Menosprezo-me.	1	2	3	4	5
44. Tenho iniciativa.	1	2	3	4	5
45. Evito enfrentar crises ou dificuldades.	1	2	3	4	5
46. Não me respeito a mim próprio.	1	2	3	4	5
47. Tenho uma atitude positiva para comigo.	1	2	3	4	5
48. Tenho necessidade de me afirmar.	1	2	3	4	5
49. Tenho medo de entrar frontalmente em desacordo com outra pessoa.	1	2	3	4	5
50. Tenho dificuldades em tomar	1	2	3	4	5

decisões.					
51. Sou confuso.	1	2	3	4	5
52. Estou satisfeito comigo próprio.	1	2	3	4	5
53. Sou um falhado.	1	2	3	4	5
54. Sou amável.	1	2	3	4	5
55. A minha personalidade é atractiva para o sexo oposto.	1	2	3	4	5
56. Tenho medo de sexo.	1	2	3	4	5
57. Tenho medo de falhar naquilo que quero muito.	1	2	3	4	5
58. Sou descontraído e nada me aborrece realmente.	1	2	3	4	5
59. Sou um bom trabalhador.	1	2	3	4	5
60. Sinto-me emocionalmente maduro.	1	2	3	4	5
61. Estou realmente perturbado.	1	2	3	4	5
62. Submeto-me facilmente quando insistem comigo.	1	2	3	4	5
63. Sinto-me inseguro comigo próprio.	1	2	3	4	5
64. Defendo-me com desculpas e racionalizações.	1	2	3	4	5
65. Sou inteligente.	1	2	3	4	5
66. Sinto-me sem esperança.	1	2	3	4	5
67. Tenho confiança em mim.	1	2	3	4	5
68. Sou diferente dos outros.	1	2	3	4	5
69. Sou uma pessoa na qual não se pode confiar.	1	2	3	4	5
70. Compreendo-me a mim próprio.	1	2	3	4	5
71. Sou bastante sociável.	1	2	3	4	5
72. Sinto-me integrado na sociedade.	1	2	3	4	5
73. Não gosto da minha própria sexualidade.	1	2	3	4	5
74. Tenho o sentimento de não valer nada.	1	2	3	4	5

Anexo IV

Escala de Sentido de Coerência Interna – SIC Antonovsky

Escala de Sentido de Coerência Interna – SIC

Segue-se uma série de perguntas acerca de vários aspectos da sua vida.

Cada pergunta tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expresse o seu sentimento actual, sendo o 1 e o 7, as respostas extremas.

Se para si a resposta correcta for a 1, faça uma cruz em 1, se for a 7 faça uma cruz em 7. Se nenhuma destas respostas for a sua, faça uma cruz no número que melhor expresse a sua maneira de pensar e de sentir em relação à pergunta.

Dê **apenas e só** uma única resposta em cada pergunta.

1. Quando fala com outras pessoas, temo sentimento de que elas não o compreendem?

Nunca tenho esse sentimento	1	2	3	4	5	6	7	Tenho sempre esse sentimento
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

2. No passado, quando tevede fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas tinha o sentimento de que...

As coisas não iriam ser feitas	1	2	3	4	5	6	7	As coisas iriam ser feitas
--------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mis chegadas). Até que ponto é que as sente...

Como pessoas estranhas	1	2	3	4	5	6	7	Conhece-as muito bem
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

4. Tem o sentimento de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito raramente	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente não me interesso
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

5. Já lhe aconteceu no passado ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem contava?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Aconteceu sempre
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------

7. A vida é:

Cheia de interesse	1	2	3	4	5	6	7	Absolutamente rotineira
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------------

8. Até hoje na vida...

Não consegui um projecto e um rumo próprio	1	2	3	4	5	6	7	Consegui um projecto e um rumo certo
--	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------------

9. Tem o sentimento de que não é tratado/a com justiça?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

10. Nos últimos 10 anos a sua vida tem sido...

Cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Completamente consistente e previsível
---	---	---	---	---	---	---	---	--

11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente...

Completamente fascinantes	1	2	3	4	5	6	7	Tremendamente aborrecidas
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------

12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual sem saber o que fazer?

Aconteceu sempre	1	2	3	4	5	6	7	Nunca aconteceu
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.

Consegue-se sempre encontrar uma solução para as coisas dolorosas da vida	1	2	3	4	5	6	7	Nunca há solução para as coisas dolorosas da vida
---	---	---	---	---	---	---	---	---

14. Quando reflecte sobre a vida, frequentemente...

Sente como é bom viver	1	2	3	4	5	6	7	Pergunta-se a si próprio por que razão veio ao mundo
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é...

Sempre confusa e difícil de encontrar	1	2	3	4	5	6	7	Sempre perfeitamente clara
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------------

16. Aquilo que você faz diariamente é...

Uma fonte de profunda satisfação e prazer	1	2	3	4	5	6	7	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
---	---	---	---	---	---	---	---	---

17. A sua vida futura será provavelmente cheia de mudanças sem você...

Prever o que vem a seguir	1	2	3	4	5	6	7	Perfeitamente consistente e previsível
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

Afundar-se no problema	1	2	3	4	5	6	7	Dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há de resolver e seguir em frente"
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:

Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar	1	2	3	4	5	6	7	Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
---	---	---	---	---	---	---	---	---

21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

22. Tem a expectativa que sua vida pessoal, no futuro:

Não terá qualquer sentido, ou projecto próprio	1	2	3	4	5	6	7	Terá pleno sentido e projecto próprio
--	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------------

23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você possa contar no futuro?

Estou certo que haverá	1	2	3	4	5	6	7	Duvido que haja
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

24. Acontece-lhe de sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

25. Muitas pessoas (mesmo as que tem forte carácter) muitas vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?

Nunca aconteceu	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequentemente
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

26. Quando alguma coisa acontece, você geralmente acaba por verificar que:

Avaliou mal a dimensão do problema	1	2	3	4	5	6	7	Avaliou correctamente a dimensão do problema
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	--

27. Quando pensa nas dificuldades que vai ter de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem o sentimento de que:

Conseguirá ultrapassar as dificuldades	1	2	3	4	5	6	7	Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
--	---	---	---	---	---	---	---	--

28. Com que frequência sente que têm pouco sentido as coisas que você faz na sua vida diária?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?

Muito frequentemente	1	2	3	4	5	6	7	Muito raramente ou nunca
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo V

Outputs Referentes às Análises Realizadas para a Caracterização da Amostra

Statistics

	GENERO	ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD- OCUPACAO	AGREG. FAMILIAR
	Sexo	Estado Civil	Grau Escolarid.	Sit. Prof.
N Valid	40	40	40	40
Missing	0	0	0	0

Género

GENERO

Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	23	57,5	57,5	57,5
2	17	42,5	42,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Idade

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	40	66	81	71,73	4,630
Valid N listwise)	40				

Estado Civil

EST.CIVI Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	10,0	10,0	10,0
2	15	37,5	37,5	47,5
3	7	17,5	17,5	65,0
4	14	35,0	35,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Actividade/Ocupação**ACT OCUP****Actividade/Ocupação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	24	60,0	60,0	60,0
	2	16	40,0	40,0	100,0
Total		40	100,0	100,0	

Agregado Familiar**AGREG FAM****Agregado Familiar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	23	57,5	57,5	57,5
	2	17	42,5	42,5	100,0
Total		15	100,0	100,0	

Anexo VI

Outputs Referentes à Apresentação dos Resultados

Teste Consistência Alpha de Cronbach

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,797	,897	376

Teste de Normalidade para o Grau de Auto-Estima e o SIC, nos momentos A e B

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statisti	df	Sig	Statisti	d	Sig
Diferença entre o Real o Ideal (A)	,118	40	,170	,967	40	,283
Diferença entre o Real o Ideal (B)	,153	40	,020	,965	40	,240
Sentido Coerência (A)	,198	40	,000	,905	40	,003
Sentido Coerência (B)	,149	40	,026	,913	40	,005

*. This is a lower bound of the true

a. Lilliefors Significance

Grau de Correlação entre os totais de Self Real e Ideal para os momentos A e B

Correlations

			Imagem Real (A)	Imagem Desejada (A)
Spearman's rho	Imagem Real (A)	Correlation Coefficient	1,000	,693**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	40	40
	Imagem Desejada (A)	Correlation Coefficient	,693**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Imagem Real (B)	Imagem Desejada (B)
Spearman's rho	Imagem Real (B)	Correlation Coefficient	1,000	,755**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	40	40
	Imagem Desejada (B)	Correlation Coefficient	,755**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Estatísticas-Resumo para o Grau de Auto-Estima e para o SIC, nos momentos A e B

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
S. Compreensão (A)	40	1,45	5,73	3,4177	1,06300
S. Compreensão (B)	40	2,64	6,27	4,3932	,88173
Sentido de Gestão (A)	40	1,40	3,60	2,1975	,44749
Sentido de Gestão (B)	40	1,50	2,80	2,0850	,36553
Sentido de Significância (A)	40	1,13	3,63	1,9813	,53150
Sentido de Significância (B)	40	1,50	2,63	2,0000	,28165
Imagem Real (A)	40	2,49	3,61	3,1338	,25800
Imagem Real (B)	40	2,62	3,34	3,0172	,17574
Imagem Desejada (B)	40	2,64	3,50	3,0588	,21776
Imagem Desejada (A)	40	2,81	3,43	3,0767	,16107
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	40	-,50	,35	-,0571	,17247
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	40	-,24	,34	,0416	,15192
Sentido Coerência (A)	40	1,41	6,17	3,5835	1,03033
Sentido Coerência (B)	40	4,14	6,52	5,1621	,64823
Valid N (listwise)	40				

Teste t de Student e Teste de Levene para o Género, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Independent Samples

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Equal variances assume	,376	,543	1,998	38	,053	,10621	,05316	-,00142	,21383
	Equal variances not assumed			2,011	35,420	,052	,10621	,05282	-,00098	,21339
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Equal variances assume	1,005	,322	,302	38	,765	,01483	,04917	-,08471	,11436
	Equal variances not assumed			,293	30,532	,772	,01483	,05063	-,08849	,11814
Sentido Coerência (A)	Equal variances assume	,002	,966	-,432	38	,668	-,14395	,33304	-,81816	,53025
	Equal variances not assumed			-,437	35,965	,665	-,14395	,32928	-,81178	,52387
Sentido Coerência (B)	Equal variances assume	,020	,888	1,182	38	,245	,24376	,20629	-,17385	,66137
	Equal variances not assumed			1,188	35,289	,243	,24376	,20519	-,17267	,66019

Teste Mann-Whitney para o Gênero, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics^b

	Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	132,500	187,500	192,500	140,000
Wilcoxon W	408,500	463,500	345,500	416,000
Z	-1,726	-,219	-,082	-1,519
Asymp. Sig. (2-tailed)	,084	,826	,935	,129
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,085 ^a	,829 ^a	,935 ^a	,134 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Sexo

Teste Kolmogorov-Smirnov, para o Gênero e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics^a

		Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Most Extreme Difference	Absolute	,095	,358
	Positive	,095	,358
	Negative	-,092	-,043
Kolmogorov-Smirnov Z		,296	1,119
Asymp. Sig. (2-tailed)		1,000	,163

a. Grouping Variable: Sexo

Teste de Homogeneidade de Variâncias e ANOVA para a Idade, e Grau de Auto-Estima, nos momentos A e B

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	1,020(a)	9	26	,450
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	1,321(b)	9	26	,274

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Diferença entre o Real e o Ideal (A).

b Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Diferença entre o Real e o Ideal (B).

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Between Groups	,446	13	,034	1,247	,304
	Within Groups	,715	26	,027		
	Total	1,160	39			
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Between Groups	,368	13	,028	1,384	,232
	Within Groups	,532	26	,020		
	Total	,900	39			

Teste de Homogeneidade de Variâncias e ANOVA para a Idade, e SIC, nos

momentos A e B

Test of Homogeneity of Variances

	Leven Statisti	df	df	Sig
Sentido Coerência	1,544 ^a	9	26	,185
Sentido Coerência	2,177 ^b	9	26	,059

a. Groups with only one case are ignored in computing the test homogeneity of variance for Sentido Coerência

b. Groups with only one case are ignored in computing the test homogeneity of variance for Sentido Coerência

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sentido Coerência (A)	Between Groups	7,353	13	,566	,432	,942
	Within Groups	34,049	26	1,310		
	Total	41,402	39			
Sentido Coerência (B)	Between Groups	4,806	13	,370	,830	,627
	Within Groups	11,582	26	,445		
	Total	16,388	39			

Teste de Kruskal Wallis para a Idade, e Grau de Auto-Estima, nos momentos A e B

Test Statistics(a,b)

	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Diferença entre o Real e o Ideal (A)
Chi-Square	15,765	20,445
df	13	13
Asymp. Sig.	,262	,085

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: idade

Teste de Kruskal Wallis para a Idade, e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics ^{a,b}

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Chi-	6,868	14,252
d	13	13
Asymp.	,909	,356

a. Kruskal Wallis

b. Grouping Variable:

Teste de Homogeneidade de Variâncias e ANOVA para o Estado Civil, e Grau de Auto-Estima, nos momentos A e B

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	,550	3	36	,651
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	1,345	3	36	,275

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Between Groups	,021	3	,007	,221	,881
	Within Groups	1,139	36	,032		
	Total	1,160	39			
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Between Groups	,041	3	,014	,576	,634
	Within Groups	,859	36	,024		
	Total	,900	39			

Teste de Homogeneidade de Variâncias e ANOVA para o Estado Civil, e SIC, nos momentos A e B

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df	df	Sig
Sentido Coerência	1,114	3	36	,356
Sentido Coerência	,294	3	36	,829

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Sentido Coerência (A)	Between Groups	,909	3	,303	,269	,847
	Within Groups	40,493	36	1,125		
	Total	41,402	39			
Sentido Coerência (B)	Between Groups	,479	3	,160	,362	,781
	Within Groups	15,909	36	,442		
	Total	16,388	39			

Teste de Kruskal Wallis para o Estado Civil, e Grau de Auto-Estima, nos momentos

A e B

Test Statistics^{a,b}

	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Diferença entre o Real e o Ideal (A)
Chi-Square	1,558	,300
df	3	3
Asymp. Sig.	,669	,960

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estado civil

Teste de Kruskal Wallis para o Estado Civil, e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics^{a,b}

	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Chi-Square	1,806	2,675
df	3	3
Asymp. Sig.	,614	,444

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado civil

Teste t de Student e Teste de Levene para a Actividade/Ocupação, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Equal variances assumed	,003	,956	-1,392	38	,172	-,07658	,0550	-,18794	,0347
	Equal variances not assumed			-1,373	30,787	,180	-,07658	,05576	-,19033	,0371
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Equal variances assumed	1,811	,186	,250	38	,804	,01239	,04963	-,08809	,1128
	Equal variances not assumed			,238	26,815	,814	,01239	,05216	-,09466	,1194
Sentido Coerência (A)	Equal variances assumed	,635	,430	-,157	38	,876	-,05296	,33678	-,73472	,6288
	Equal variances not assumed			-,164	36,183	,871	-,05296	,32378	-,70950	,6035
Sentido Coerência (B)	Equal variances assumed	,273	,605	-,275	38	,785	-,05819	,21174	-,48684	,3704
	Equal variances not assumed			-,275	32,194	,785	-,05819	,21195	-,48982	,3734

Teste Mann-Whitney para a Actividade/Ocupação, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics ^b				
	Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	158,500	175,000	189,000	191,000
Wilcoxon W	294,500	475,000	325,000	327,000
Z	-,926	-,471	-,083	-,028
Asymp. Sig. (2-tailed)	,354	,638	,934	,978
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,359 ^a	,652 ^a	,946 ^a	,989 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Teste de Kolmogorov-Smirnov para a Actividade/Ocupação, e Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics ^a					
		Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,188	,188	,125	,167
	Positive	,042	,188	,125	,167
	Negative	-,188	-,104	-,125	-,146
Kolmogorov-Smirnov Z		,581	,581	,387	,516
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,888	,888	,998	,952

a. Grouping Variable: Actividade/Ocupação

Teste t de Student e Teste de Levene para o Agregado Familiar, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

		Independent Samples									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Equal variances assumed	,005	,945	-,626	38	,535	-,03480	,05560	-,14736	,07775	
	Equal variances not assumed			-,625	34,532	,536	-,03480	,05564	-,14782	,07822	
Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Equal variances assumed	5,321	,057	,613	38	,543	,03003	,04898	-,06913	,12920	
	Equal variances not assumed			,637	37,900	,528	,03003	,04711	-,06535	,12542	
Sentido Coerência (A)	Equal variances assumed	,950	,336	-,399	38	,692	-,13287	,33316	-,80731	,54158	
	Equal variances not assumed			-,381	28,225	,706	-,13287	,34849	-,84647	,58073	
Sentido Coerência (B)	Equal variances assumed	,518	,476	-,133	38	,895	-,02787	,21000	-,45299	,39725	
	Equal variances not assumed			-,136	36,964	,893	-,02787	,20544	-,44413	,38840	

Teste Mann-Whitney para o Agregado Familiar, e o Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics^b

	Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Sentido Coerência (A)	Sentido Coerência (B)
Mann-Whitney U	157,000	181,500	161,500	190,500
Wilcoxon W	310,000	457,500	314,500	466,500
Z	-1,055	-,384	-,931	-,137
Asymp. Sig. (2-tailed)	,291	,701	,352	,891
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,302 ^a	,705 ^a	,356 ^a	,892 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Agregado familiar

Teste de Kolmogorov-Smirnov para o Agregado Familiar, e Grau de Auto-Estima e SIC, nos momentos A e B

Test Statistics^a

		Diferença entre o Real e o Ideal (A)	Diferença entre o Real e o Ideal (B)	Sentido de Coerência (A)	Sentido de Coerência (B)
Most Extreme Differences	Absolute	,284	,317	,230	,199
	Positive	,059	,317	,118	,199
	Negative	-,284	-,202	-,230	-,130
Kolmogorov-Smirnov Z		,888	,992	,720	,624
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,410	,279	,678	,831

a. Grouping Variable: Agregado familiar