



UC/FPCE\_2010

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Terapia de Esperança: uma intervenção grupal que visa  
promover a esperança de idosos institucionalizados**

João André Garrido de Oliveira (garridoliveira@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
sub-área de especialização em Psicogerontologia Clínica, sob  
orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima

*A esperança é a paixão do possível*  
Kierkegaard

### **Terapia de Esperança: uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados**

Neste estudo, pretende-se aumentar a esperança de idosos institucionalizados e, concomitantemente, a auto-estima, presença e procura de sentido da vida, bem como diminuir a sintomatologia ansiógena e depressiva desses sujeitos. Tendo em vista este intento, foram realizadas oito sessões grupais de Terapia de Esperança, numa instituição sediada no concelho de Coimbra.

Os resultados obtidos indicam-nos que a aplicação desta terapia é eficaz no aumento da esperança e motivação para atingir os objectivos, assim como, temporariamente, no aumento da capacidade de estabelecer meios para atingir objectivos, presença e procura de sentido da vida. A Terapia de Esperança revela ainda ser eficaz na diminuição da sintomatologia ansiógena, algum tempo após a sua aplicação.

Palavras-chave: Esperança, terapia, idosos, Psicologia Positiva, grupo, intervenção.

### **Hope Therapy: a group intervention that focuses on the promotion of hope in institutionalized elderly people**

In this study, our purpose is to increase the hope of institutionalized elderly people and, at the same time, the self-esteem, presence and search for the meaning in life, as well as to diminish the anxious and depressive symptomatology of these subjects. Mindfulness of this goal, we carried out eight Hope Therapy group sessions in an institution of the district of Coimbra, in Portugal.

The results obtained show that the application of this therapy is effective in increasing hope, agency and, temporarily, pathways, presence and search for the meaning in life. Hope Therapy also reveals to be effective in reducing anxious symptomatology, some time after its application.

Key Words: Hope, therapy, elderly people, Positive Psychology, group, intervention.

## Agradecimentos

Ao Universo e aos versos. À minha musa inspiradora e definição do meu belo transcendental, Ana Sofia Borges. À minha Mestre, Professora Margarida. Ao Nito, pelos sorrisos e boa disposição constante. Ao Keith e à Gloria, por me ensinarem a compreender-me melhor. A Karuna. À *Gestalt*. A todos os magníficos seres vivos com quem me cruzei ao longo da minha existência, em particular aos residentes da instituição em que efectuei este estudo. À Ana Rita pelo acompanhamento, empatia, apoio e ajuda. À Doutora Cristina, pela desenvoltura. Aos meus pais, irmãos e amigos, que também me proporcionaram esta possibilidade de ser quem sou. À Professora Manuela Vilar, pelas reflexões críticas. Ao Pedro Marques-Quinteiro, Professoras Filomena Gaspar e Albertina Oliveira e à nossa Família de Gerontologia, pela preciosa ajuda na procura incessante de linhas teóricas. Aos InterDito. À Faculdade, casa onde cresci e onde me tornei mais humano e a todas as pessoas que tive o privilégio de aí conhecer. Ao Puyo, que acompanha esta valsa cadente enérgica e visceral desde há tanto. A todos os seres não vivos e esquinas das catedrais onde parti a cabeça vociferando “up-lá-oh!”.

A tudo o que é e a tudo o que desconheço.

Obrigado.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>I – Enquadramento Conceptual.....</b>	<b>3</b>
Psicologia Positiva.....	3
Psicogerontologia Positiva e Esperança.....	4
Promoção de Esperança em Idosos Institucionalizados.....	6
<b>II – Metodologia.....</b>	<b>11</b>
Objectivos.....	11
Instrumentos.....	12
Amostra.....	13
Oficina de Esperança.....	15
<b>III – Resultados.....</b>	<b>18</b>
<b>IV – Discussão.....</b>	<b>22</b>
<b>Conclusões.....</b>	<b>26</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>27</b>
<b>Anexos</b>	

## Introdução

“Desejamos que o efeito heliotrópico, de atracção por aquilo que inspira, eleva e mobiliza à mudança positiva, seja cada vez mais o alvo da ciência psicológica” (Marujo et al., 2007, p. 132). Desejamo-lo à imagem de muitos investigadores (v.g., Cheavens & Gum, 2000; Lopez et al., 2000; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder, 2000; Peterson & Seligman, 2004; Seligman et al., 2005, *cit. in* Marujo et al., 2007; Cheavens et al., 2006a; Cheavens et al., 2006b; Marujo et al., 2007; Santos et al., 2009; Paúl, 2010) que, alicerçados em investigação empírica que tem vindo a demonstrar ser bem sucedida e prolífica, acreditam que as intervenções psicológicas baseadas na Psicologia Positiva têm muito futuro.

Permitam-nos desde já assumi-lo: é de mudança que trata esta dissertação. De mudança de paradigma, como preconizado por Kuhn (1996). De mudança de perspectiva. Observar a Psicologia através de outro olhar (Sternberg, 1998). Não obstante, as mudanças e as novas perspectivas, na ciência, não são nada de novo (Kuhn, 1996). De facto, como o realçam Seligman e Csikszentmihalyi (2000, p. 13), a Psicologia Positiva “não é uma ideia nova”. Baseia-se em teorias, tradições, princípios e investigações de diferentes épocas e origens (cf. Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Peterson & Seligman, 2004; Santos et al., 2009). Como diria Newton (1675, *cit. in* Today in Science History, 2009), enquanto cientistas, i.e., (nunca é demais sublinhá-lo) como seres humanos, apoiamo-nos “sobre os ombros de gigantes” nas nossas descobertas. Neste trabalho, é este o pressuposto de que partimos.

As investigações desenvolvidas até ao momento nesta área permitem-nos saber que a Psicologia Positiva intenta desenvolver práticas, designadamente de índole desenvolvimental, educacional e terapêutica, que possibilitem aumentar a satisfação com a vida e, por consequência, a qualidade de vida das pessoas (Simões et al., 2001; Cheavens et al., 2006b; Santos et al., 2009). Sendo recente o surgimento desta área, demanda de modo premente a elaboração de investigação sobre intervenções que optimizem o florescimento dos sistemas humanos, tornando-os empiricamente testáveis no que concerne aos seus processos e mecanismos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Marujo et al., 2007). É neste sentido que surgem intervenções como a Terapia de Esperança (Lopez et al., 2000), na qual fundamentamos a nossa investigação e através da qual pretendemos aumentar a esperança de um grupo de idosos e, concomitantemente, a sua auto-estima e sentido da vida, bem como a diminuir a sua sintomatologia ansiógena e depressiva.

No que respeita à estrutura da dissertação, no Enquadramento Conceptual desvelamos definições, conceitos, relações, consequências e estudos existentes sobre a Psicologia Positiva, Gerontologia, esperança, Terapia de Esperança e intervenção grupal com idosos, presentes na literatura. O capítulo concernente à Metodologia apresta-se a estabelecer o problema, hipóteses e objectivos da investigação, caracterizando-se

sumamente os instrumentos utilizados, amostra recolhida e grupos constituídos no decurso da mesma, encerrando-se com uma descrição dos procedimentos adoptados na aplicação do Projecto de Intervenção Oficina de Esperança<sup>1</sup>. Através do tratamento estatístico das provas completadas pelos sujeitos, foram possíveis coligir as informações apresentadas nos Resultados, cujo teor é analisado e relacionado, na Discussão, com os modelos teóricos preconizados no Enquadramento Conceptual. Seguem-se as Conclusões decorrentes das considerações tecidas quanto aos temas supramencionados, as Referências Bibliográficas, que constituíram a base conceptual de todo o trabalho e, enquanto epílogo, os Anexos, em que se descortinam as ferramentas indispensáveis para a edificação da dissertação, que aqui inauguramos.

---

<sup>1</sup> Para mais informações relativamente a esta temática, consultar o **Anexo II**.

## I – Enquadramento Conceptual

### Psicologia Positiva

Seligman (2005, *cit. in* Stirling, 2008, p. 19) define Psicologia Positiva como “o estudo e teoria dos factores e processos que contribuem para resultados e desenvolvimento pessoal positivos, apesar de circunstâncias de vida adversas”. As origens desta “área” (Marujo et al., 2007, p. 117; Santos et al., 2009, p. 7) remontam aos trabalhos elaborados nos domínios da Psicologia Humanista, Evolucionária, *Gestalt*, Fenomenologia, Existencialismo, aos estudos conduzidos por autores como Erikson; Maslow; Thorndike; Greenberger; Jahoda; Ryff; Costa e McCrae; Cawley, Martin e Johnson; Kohlberg; Vaillant; Gardner; Schwartz; Kumpfer, entre outros, bem como às influências das tradições taoísta, budista, judaico-cristã, confucianismo, hinduísmo, islamismo e filosofia grega (Peterson & Seligman, 2004; Santos et al., 2009).

Enquanto tópicos principais de estudo da Psicologia Positiva, Peterson e Seligman (2004) destacam os seguintes: 1 – experiências positivas subjectivas; 2 – traços individuais positivos; 3 – instituições que possibilitam o desenvolvimento de experiências e traços positivos. Estes tópicos são analisados principalmente através das teorias psicológicas acerca dos traços de personalidade, que consideram as diferenças individuais como estáveis e gerais, mas modificáveis e moldáveis pela interacção do indivíduo com o meio ambiente (Peterson & Seligman, 2004). O principal objectivo deste “movimento da psicologia positiva” (Seligman, 2005, p. 4; Marujo et al., 2007, p. 115) é o de “catalisar uma mudança na psicologia, de uma preocupação em corrigir as piores coisas da vida para a edificação das suas melhores qualidades” (Seligman, 2005, p. 3). De facto, além de investigar as “doenças, fraquezas e perdas”, a Psicologia também estuda as “forças e virtudes” dos seres humanos, sendo que o tratamento psicológico visa solucionar “o que está errado” e igualmente “edificar o que está certo”. Em sùmula, a Psicologia não trata apenas da “doença ou da saúde, mas também do trabalho, educação, diversão, crescimento, e amor” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 7; Seligman, 2005, p. 4).

As “virtudes” supramencionadas são definidas por Peterson e Seligman (2004, p. 13) como “as características basilares valorizadas por filósofos e pensadores religiosos” ao longo da história: sabedoria; coragem; humanidade; justiça; temperança; transcendência. A seu turno, as forças do carácter “são os ingredientes psicológicos – processos ou mecanismos – que definem as virtudes”, podendo ser consideradas como “percursos, distinguíveis entre si”, que permitem aceder às virtudes (Peterson & Seligman, 2004, p. 13). Relativamente a estas forças, Peterson e Seligman (2004, p. 4), advogam que actividades realizadas no sentido de as desenvolver “representam um contributo fulcral” para uma “boa vida psicológica”. Existem diversas forças do carácter, como a coragem, criatividade, amor, liderança, perdão, ou a esperança, funcionando como



potenciadoras da saúde mental e protegendo em relação à psicopatologia (Seligman, 2005). Investigadores como Seligman e Csikszentmihalyi (2000, p. 5) são apologistas de que, no século XXI, a grande tarefa em termos de prevenção psicológica será a de criar uma “ciência da psicologia positiva”, cuja missão consistirá em compreender, desenvolver e fomentar estas forças e virtudes na sociedade. Existem vários domínios de aplicação prática dos princípios da Psicologia Positiva, entre os quais o da Gerontologia (Peterson & Seligman, 2004), sendo sobre as relações entre este domínio, a Psicologia Positiva e uma das forças supramencionadas, a esperança, que versa a próxima rubrica.

### Psicogerontologia Positiva e Esperança

De acordo com Stirling (2008, p. 19) existem três conceitos principais que orientam a “Psicologia Positiva do Envelhecimento”: 1 – efeito da expectativa; 2 – resiliência; 3 – auto-eficácia. Relativamente ao efeito da expectativa, constata-se que crenças positivas acerca do envelhecimento resultam em “imagens de transcendência, papéis inclusivos valorizados, bem-estar social, comunidades focadas no futuro e círculos virtuosos de bem-estar psicológico”, que têm por base uma crença positiva que impele a pessoa de idade avançada a agir e a participar, o que consequentemente aumenta a sua rede social e a leva a sentir-se parte integrante da sociedade, enquanto “agente em actualização e regeneração social” (Stirling, 2008, p. 20). Quanto à resiliência, verifica-se que para esta se concretizar, é fulcral que o adulto possua: a) bases seguras que lhe possibilitem a continuidade dos seus padrões de vida, i.e., da maioria das rotinas que estabeleceu nas etapas anteriores do ciclo de vida; b) boa auto-estima, exponenciada através da manutenção das redes sociais e da capacidade de realizar tarefas relacionadas com interesses do sujeito; c) motivação e percepção de autonomia, nomeadamente em relação às decisões que são tomadas acerca da sua vida. No que respeita à auto-eficácia, para que esta seja concretizada é fundamental criar uma imagem mental de um futuro desejado, identificar as oportunidades disponíveis na sociedade, fortalecer as relações interpessoais e criar novas formas de apoio social (Stirling, 2008). Este autor salienta ainda que uma forma que parece ser indicada para aumentar a auto-eficácia são as intervenções relacionadas com a esperança, como a de Klausner e colaboradores (2000, *cit. in* Stirling, 2008). De facto, uma consulta da bibliografia relativa a esta força do carácter permite-nos constatar que a esperança se relaciona não apenas com a auto-eficácia, mas com os três conceitos supramencionados que orientam a Psicologia Positiva do Envelhecimento, indicando-nos que a esperança: está relacionada com a transcendência (Peterson & Seligman, 2004); permite aumentar o bem-estar e, por conseguinte, a qualidade de vida das pessoas (Simões et al., 2001; Cheavens et al., 2006b; Santos et al., 2009); possibilita aumentar a autonomia dos idosos (Cheavens & Gum, 2000; Cheavens et al., 2006a); permite criar imagens mentais de futuros desejados e novas formas de apoio social (Cheavens & Gum, 2000; Lopez et al., 2000; Snyder, 2000;

Cheavens et al., 2006a).

Relativamente à esperança, após efectuarmos uma incursão pela literatura concernente à Psicologia Positiva, constatámos a existência de diversas definições desta força (v.g., Ellsworth & Smith, 1988, *cit. in* Richman et al., 2005; Snyder et al., 1991; Smith et al., 1993, *cit. in* Richman et al., 2005; Snyder, 1994, *cit. in* Cheavens et al., 2006a; Snyder, 2000; Snyder, 2002, *cit. in* Feldman et al., 2009; Lopez et al., 2003; Oliveira, 2004; Peterson & Seligman, 2004; Snyder et al., 2005; Cheavens et al., 2006b). Assumindo este facto e tendo em consideração os conceitos principais que orientam a Psicologia Positiva do Envelhecimento, escolhemos a definição que, no nosso entendimento, melhor operacionaliza este conceito. Assim, de acordo com Snyder et al. (1995, *cit. in* Oliveira, 2004, p. 119), a esperança é “um processo de pensamento sobre os objectivos [*goals*] da pessoa, acompanhado com a motivação de actuar nesse sentido (*agency*) e de encontrar os meios (*pathways*) para atingir os respectivos objectivos”. Assumindo que estes três conceitos: *goals*, *agency* e *pathways*, constituem os três componentes principais da esperança (Cheavens et al., 2006a), podemos definir *goals* como “qualquer coisa que um sujeito deseja obter, fazer, ser, experienciar, ou criar” (Snyder et al., 2002, *cit. in* Cheavens et al., 2006a, p. 63). Já Snyder (2000, p. 9) define *pathways*, ou mais concretamente, *pathways thinking*, como a “capacidade entendida pelo sujeito de produzir meios verosímeis que lhe permitam alcançar os objectivos” que estabelece. Este mesmo investigador (2000, p. 10) define *agency*, ou mais especificamente, *agency thinking*, como o “componente motivacional que impele as pessoas através dos meios imaginados para obter os objectivos” que estabelecem.

Em termos das relações encontradas entre a esperança e outros conceitos da Psicologia Positiva, Peterson e Seligman (2004, p. 38) consideram que a esperança, juntamente com a apreciação da beleza e excelência; gratidão; humor; e espiritualidade, constituem o conjunto de forças que definem a virtude da transcendência: “conexão a algo superior – crença de que existe um significado ou sentido maior que nós próprios”. Estes autores (2004, p. 16) sublinham ainda que a esperança, ao constituir-se por si só enquanto força do carácter, representa um todo do qual fazem parte constructos como o “optimismo, pensamentos acerca do futuro e orientação em relação ao futuro”. Para Peterson e Seligman (2004), a esperança está também relacionada com a ansiedade, depressão, relações sociais, bem-estar físico, resolução activa de problemas e atenção a fontes relevantes de informação, ao passo que investigadores como Cheavens et al. (2006a) preferem realçar as relações que encontram entre a esperança, ansiedade, depressão, sentido da vida, êxitos académicos e desportivos, e sucesso em alcançar objectivos preestabelecidos. Já Feldman et al. (2009), a seu turno, destacam as relações que encontram entre a esperança, auto-eficácia, optimismo e *locus* de controlo. Peterson e Seligman (2004) realçam ainda que a esperança parece ser mais emocional e o optimismo mais relacionado com as expectativas, acrescentando Oliveira (2003, p. 87; 2004, pp. 116-117) que o optimismo pode mesmo ser considerado como uma “expressão ou manifestação da esperança”.

Pelo acima disposto, à semelhança do que foi preconizado por Klausner e cols. (1998), Cheavens et al. (2006a) e Paúl (2010), consideramos que intervenções baseadas na aplicação prática das forças do carácter, particularmente da esperança, poderão revelar-se de grande utilidade na idade adulta avançada. Neste sentido, na rubrica subsequente propomo-nos a apresentar as razões que nos levaram a elaborar uma intervenção grupal com idosos através da Terapia de Esperança.

### Promoção de Esperança em Idosos Institucionalizados

Na opinião de Chiu (1999, *cit. in* Lima, 2004a) e Verhaeghen (2000, *cit. in* Lima, 2004a) a intervenção psicológica em grupo com adultos de idade avançada revela vantagens emocionais e cognitivas superiores às intervenções individuais. Tendo em apreço esta temática, Lima (2004a, p. 26), enfatiza que os “idosos institucionalizados facilmente podem ser agrupados, tornando as intervenções mais económicas”, possibilitando a um maior número de pessoas usufruir dos benefícios resultantes da intervenção psicológica, de entre os quais destacamos: promoção de esperança, interacção social e planeamento realista de objectivos; diminuição do isolamento; aumento de aceitação, aprendizagem, treino de competências e auto-estima (Lima, 2004a), todos estes podendo ser desenvolvidos através da Terapia de Esperança, conforme verificaremos no parágrafo seguinte.

O principal propósito desta terapia, de acordo com Lopez e colaboradores (2000), é o de aumentar positivamente o pensamento dirigido para os objectivos, possuindo nove princípios: 1 – a Terapia de Esperança baseia-se nos princípios teóricos da conceptualização de Snyder (*s/d, cit. in* Lopez et al., 2000) acerca da esperança; 2 – esta é uma forma breve de terapia, focalizando a clarificação e prossecução de objectivos; 3 – as crenças auto-referenciais dos sujeitos são aumentadas através do foco nos objectivos, possibilidades e sucessos relativos a cada sujeito; 4 – uma aliança terapêutica sólida e confiável deve ser formada, de modo a facilitar a participação de cada pessoa; 5 – o terapeuta fornece, activamente, ajuda ao sujeito na criação de um esquema de mudança, assumindo que a própria pessoa é o melhor especialista de si mesmo; 6 – a terapia é um processo educativo, cujo principal intento é ensinar a pessoa a lidar, por si, com os obstáculos que surjam na prossecução dos seus objectivos; 7 – os objectivos definidos devem ser alcançáveis, sendo o sujeito auxiliado pelo terapeuta a criar e desenvolver meios para atingir os seus objectivos; 8 – a mudança inicia-se ao nível cognitivo, perspectivando-se uma melhoria dos *agency* e *pathways thinking* na prossecução dos objectivos, por parte do sujeito; 9 – a Terapia de Esperança, ao incorporar de forma unificadora diversos factores, narrativas terapêuticas, técnicas cognitivo-comportamentais e focadas na resolução de problemas, constitui-se como um novo sistema terapêutico de pleno direito. Após definirmos os princípios subjacentes a esta terapia, temos ainda a destacar as duas etapas principais que a constituem, segundo Lopez e cols. (2000, p. 124): “Instilar Esperança” e “Aumentar Esperança”. Neste sentido, para Instilar Esperança necessitamos de “encontrar esperança e criar

um vínculo com a esperança” (Lopez et al., 2000, p. 127). Por sua vez, para Aumentar a Esperança, precisamos de “exponenciar a esperança e manter a esperança activa” (Lopez et al., 2000, p. 127). Uma das estratégias sugeridas para manter a esperança activa é a realização de “sessões impulsionadoras” após o término da terapia, algo que permitirá reavivar e consolidar as aprendizagens efectuadas aquando da participação nas sessões de Terapia de Esperança (Lopez et al., 2000, pp. 144-145).

Em termos da aplicação prática desta terapia, temos a destacar alguns estudos, como o realizado por Cheavens e cols. (2001, *cit. in* Keyes & Lopez, 2005, p. 54), no qual se analisou a efectividade de uma intervenção grupal baseada na esperança, com a duração de cinco semanas, constatando-se que esta permitia “diminuir a ansiedade e melhorar o funcionamento geral” dos sujeitos. Noutro estudo, Cheavens e colaboradores (2006a), verificaram que os adultos que haviam frequentado oito sessões de um grupo de Terapia de Esperança, por comparação com um grupo controlo, aumentaram os seus pensamentos de esperança, sentido da vida, e auto-estima, havendo diminuído os seus sintomas depressivos e ansiógenos. Por sua vez, Irving et al. (no prelo, *cit. in* Keyes & Lopez, 2005, p. 54) “demonstraram que um pré-tratamento grupal de cinco semanas focado na esperança” permitia obter “resultados mais satisfatórios no final do tratamento convencional psicoterapêutico por meio de vários tipos de terapias: psicodinâmica, cognitivo-comportamental, e sistemas familiares” (Irving et al., no prelo, *cit. in* Peterson & Seligman, 2004, p. 580). Klausner et al. (1998) relatam que a presença de idosos deprimidos em grupos terapêuticos focados na obtenção de objectivos possibilita uma diminuição bastante assinalável dos níveis de desesperança, ansiedade e sintomatologia depressiva. Já Klausner e colaboradores, em 2000 (*cit. in* Keyes & Lopez, 2005, pp. 53-54), “demonstraram que adultos de idade avançada” com sintomatologia depressiva clinicamente significativa “beneficiaram de terapia grupal focalizada no estabelecimento de objectivos e produção de meios e motivação”, por meio da definição de “objectivos realizáveis, discussão do processo e trabalhos de casa designados semanalmente”, apurando-se que “a desesperança e ansiedade diminuíram significativamente, havendo aumentado a esperança” e ainda que “em comparação com os membros de um grupo de terapia de reminiscência, os membros do grupo focado na esperança diminuíram substancialmente a sua sintomatologia depressiva”.

Considerando os principais conceitos que orientam a Psicologia Positiva do Envelhecimento, os benefícios relatados quanto à intervenção grupal com idosos institucionalizados, e os ganhos terapêuticos acima descritos, obtidos nomeadamente com adultos, através da Terapia de Esperança, decidimos aplicar esta terapia a dois grupos de adultos de idade avançada residentes num mesmo Centro Geriátrico, seguindo estes grupos a “Estrutura dum grupo de desenvolvimento pessoal” descrita por Lima (2004a, p. 29). Deste modo, o Projecto de Intervenção Oficina de Esperança (cf. **Anexo II**), que norteou a investigação aqui descrita, consiste num “plano experimental” (Lima & Vieira, 1999, p. 14), com Grupos Controlo e Experimental, pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*. Este último

momento de avaliação, além de permitir aprofundar o conhecimento dos participantes acerca da investigação (Lima & Vieira, 1999), serviu ainda para aquilatar as alterações nos resultados dos sujeitos algum tempo após o final da intervenção (Timulak, 2008), possibilitando que se colmatasse uma falha comumente presente nos estudos de intervenção baseados em Psicologia Positiva (Branco Vasco, 2009). Neste sentido, no que respeita à investigação em Psicologia, Timulak (2008, p. 31) menciona que as investigações que recorrem a grupos controlo, como é o caso desta, baseiam-se em “investigações farmacológicas”. Estas recorrem habitualmente a placebos como substâncias controlo, possuindo “o mesmo aspecto e paladar” que as substâncias a testar, porém, não contendo o princípio activo das substâncias ditas terapêuticas. Deste modo, no decurso da experiência, o paciente não sabe se lhe foi administrada a substância terapêutica. Não obstante, na investigação psicoterapêutica é “muito difícil utilizar um placebo psicológico”, visto que se torna “complicado determinar que actividade psicológica será suficientemente semelhante à psicoterapia, sem no entanto conter uma componente psicoterapêutica activa” (Timulak, 2008, p. 31). Na verdade, é “lógica e pragmaticamente impossível criar placebos psicoterapêuticos que contenham, em termos de qualidade e quantidade, os mesmos ingredientes inespecíficos contidos no tratamento psicoterapêutico” (Wampold, 2001, *cit. in* Timulak, 2008, p. 31). Foi tendo estes dados em consideração que se definiu a tarefa a realizar pelo Grupo Controlo, descrita em maior detalhe na rubrica Oficina de Esperança.

Quanto ao Grupo Experimental, baseámo-nos principalmente nas investigações, anteriormente referidas, de Klausner e colaboradores (1998) e Cheavens et al. (2006a) para determinar os temas gerais de intervenção. Assim, nas sessões em que se pretendam alcançar objectivos, estes devem ser estabelecidos através da sua formulação explícita, devendo igualmente haver lugar para a psicoeducação e treino de competências que facilitem a cada sujeito a obtenção do seu objectivo. Este treino de competências deve englobar técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, e resolução de problemas, reservando-se algum tempo no início de cada sessão para rever o trabalho de casa individualizado, que potencie a prossecução dos objectivos, designado no final da sessão anterior (Klausner et al., 1998). Na opinião de Cheavens e colaboradores (2006a), os membros de grupos de Terapia de Esperança devem ser introduzidos a alguns princípios desta temática e, subsequentemente, devem-lhes ser fornecidas sugestões acerca de como aplicar estes princípios às suas próprias vidas. Desta forma, os participantes aprendem a: 1 – estabelecer objectivos alcançáveis e mensuráveis; 2 – desenvolver múltiplos meios para atingir os seus objectivos; 3 – identificar fontes de motivação e aumentá-la; 4 – monitorizar os meios desenvolvidos para alcançar os objectivos; 5 – modificar objectivos e meios conforme necessário. Quanto ao funcionamento dos grupos de Terapia de Esperança, estabelece-se ainda como fulcral: 1 – definir trabalho de casa no final de cada sessão e revê-lo no início da sessão seguinte; 2 – em cada sessão, ensinar competências relacionadas com os objectivos, meios de os alcançar e motivação dos sujeitos na prossecução dos mesmos; 3 – fortalecer a dinâmica grupal, tentando relacionar os temas emergentes no grupo com os

princípios teóricos da esperança; 4 – cada participante definir um objectivo que queira trabalhar ao longo das sessões do grupo, aplicando os princípios sobre a esperança que for aprendendo ao longo das sessões (Cheavens et al., 2006a). Relativamente ao formato, duração e periodicidade das sessões, Klausner et al. (1998) efectuaram um total de onze sessões grupais, sendo cada sessão realizada semanalmente, com a duração de aproximadamente uma hora. A seu turno, Cheavens e colaboradores (2006a) realizaram uma sessão grupal por semana, com a duração de sensivelmente duas horas, sendo que no total se cumpriram oito sessões.

No sentido de cumprir o pressuposto, supramencionado, de Klausner e colaboradores (1998) e Cheavens et al. (2006a), em relação ao estabelecimento e realização de trabalhos de casa entre sessões, determinámos o primeiro tema geral de intervenção, Definição e obtenção de objectivos, havendo elaborado igualmente uma ferramenta que consideramos auxiliar da intervenção, que denominámos Caderno de Sonhos (cf. **Anexo III**). Para construir esta ferramenta, baseámo-nos em Lopez e cols. (2000), Ramos (2005) e, principalmente, no Modelo SMART de Parks e cols. (1999, p. 28), significando esta sigla que um objectivo que a cumpra é: “*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, e Timely*”. Segundo este Modelo, a definição de objectivos é um processo que guia a aprendizagem, focando-a em assuntos relevantes para a pessoa, assumindo-se que o estabelecimento de objectivos de acordo com este processo “aumenta a probabilidade de ser bem sucedido” em alcançá-los (Parks et al., 1999, p. 27). No que respeita à segunda temática de intervenção definida, Relaxamento e meditação guiada, baseámo-nos em Kabat-Zinn (1990), Centre for Mindfulness Research and Practice (2008) e, essencialmente, em Lima (2006) para a elaboração dos exercícios de relaxamento e meditação com que se iniciavam as sessões do Grupo Experimental. No que concerne ao terceiro tópico de intervenção, Resolução de problemas, fundamentámo-nos no Processo de Estabelecimento de Objectivos (Parks et al., 1999), na Folha de Objectivos de Lopez e cols. (2000) e no Modelo de Resolução de Problemas (Ramos, 2005), para definir, no final do Caderno de Sonhos, algumas questões que visavam adjuvar os sujeitos na clarificação, definição, escolha, criação, e prossecução de objectivos. Por fim, de modo a cumprir os intentos inerentes ao quarto tema geral de intervenção, Reestruturação cognitiva, propusemos exercícios que visavam aprovisionar os sujeitos de competências que lhes permitissem aumentar a motivação e catalisar o processo de obtenção de objectivos, apoiando-nos em Cheavens e Gum (2000), Lopez e colaboradores (2000) e Lima (2006).

Relativamente ao Enquadramento Conceptual, até aqui falámos acerca do movimento da Psicologia Positiva, origens, tópicos principais, objectivo, foco, virtudes e forças do carácter, bem como sobre a Psicologia Positiva do Envelhecimento, elencando os seus conceitos principais e delineando a sua relação com a esperança, enquanto força do carácter, havendo definido, diferenciado e relacionado esta força com outros conceitos pertencentes à área da Psicologia Positiva. Por fim, apresentámos as vantagens, descritas na literatura, de intervenções grupais com idosos institucionalizados, descrevemos em que consiste a Terapia de Esperança e

alguns estudos em que os seus princípios foram aplicados, havendo ainda fundamentado a opção por esta terapia num contexto grupal com idosos institucionalizados e exposto as principais referências bibliográficas em que nos alicerçámos para erigir a intervenção que hoje aqui se apresenta. Seguidamente, descreveremos os objectivos, instrumentos e amostra experimental deste estudo, assim como os procedimentos inerentes à aplicação do Projecto de Intervenção Oficina de Esperança.

## II – Metodologia

### Objectivos

Alicerçando-nos nos princípios de definição de problemas científicos apologizados por investigadores como Kerlinger (1979, *cit. in* Lima & Vieira, 1999), Drew e Hardman (1986, *cit. in* Lima & Vieira, 1999), ou Ary (1990, *cit. in* Lima & Vieira, 1999), iniciamos este capítulo com a declaração do problema que dirigiu esta investigação: “Será que a participação em mais de metade das sessões de um grupo de Terapia de Esperança permite aumentar a esperança em idosos institucionalizados?”. Em sequência, considerando os pressupostos de estabelecimento de hipóteses preconizados por Lima e Vieira (1999), determinamos enquanto hipótese principal de estudo que: “A Terapia de Esperança aumenta os resultados na Escala de Esperança-disposição”, sendo esta hipótese designada pelas investigadoras acima referidas (1999, p. 45) como uma “hipótese direccional alternativa”<sup>2</sup>. Partindo da revisão da literatura apresentada na rubrica Enquadramento Conceptual, formulamos ainda como outras hipóteses direccionais alternativas que: 1 – “A Terapia de Esperança diminui os resultados na Escala de Depressão Geriátrica”; 2 – “A Terapia de Esperança diminui os resultados no Inventário de Ansiedade Geriátrica”; 3 – “A Terapia de Esperança aumenta os resultados na Escala de Auto-Estima”; 4 – “A Terapia de Esperança aumenta os resultados no *Meaning in Life Questionnaire*”. Pelo acima disposto, podemos inferir que o objectivo principal deste estudo foi aumentar a esperança de um grupo de idosos institucionalizados através da Terapia de Esperança, constituindo-se ainda como outros objectivos a diminuição da sintomatologia depressiva e ansiógena, e o aumento da auto-estima, presença e procura de sentido da vida dos sujeitos pertencentes ao Grupo Experimental. Neste sentido, de modo a cumprir o “objectivo prioritário” da investigação, o de “demonstrar a [sua] validade interna” (Alferes, 1997, p. 61), foi estabelecido um Grupo Controlo, que serviu de “grupo de comparação” e permitiu “considerar a influência de potenciais variáveis interferentes na variável dependente” (Timulak, 2008, p. 30). Antecipou-se, desta forma, que “qualquer diferença encontrada entre os resultados do grupo experimental e controlo, após a terapia, [poderia] por conseguinte ser atribuída ao ingrediente activo providenciado no [grupo] experimental” (Timulak, 2008, pp. 30-31).

Posto isto, havendo sido definido o problema científico, indicadas as principais hipóteses e questões teóricas que direccionaram a investigação e estabelecidos os objectivos do presente estudo, propomo-nos agora a analisar em maior pormenor os instrumentos administrados ao longo da investigação.

---

<sup>2</sup> Hipótese que, segundo Lima e Vieira (1999, p. 46), “afirma uma relação específica entre as variáveis ou grupos: por exemplo, de aumento, decréscimo, mais alto, mais baixo, mais ou menos adaptado”.



## Instrumentos

Neste estudo, foram administradas seis provas de avaliação psicológica: Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (Hodge & Mioshi, 2005, versão experimental portuguesa de Firmino et al., 2009); Escala de Esperança-disposição (Snyder et al., 1991, versão experimental portuguesa de Oliveira, 2003); Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1983, versão experimental portuguesa de Barreto et al., 2008); Inventário de Ansiedade Geriátrica (Pachana et al., 2006, versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2008); Escala de Auto-Estima (Rosenberg, 1965, versão experimental portuguesa de Lima, 1991); *Meaning in Life Questionnaire* (Steger et al., 2006, versão experimental portuguesa de Simões et al., no prelo). Foram ainda consideradas as respostas ao Questionário de Informação Psicológica, aplicado no momento de admissão pela psicóloga da instituição, havendo-se deste modo acedido aos dados sociodemográficos dos sujeitos. A este questionário adicionaram-se ainda três perguntas relacionadas com a religião, a saber: 1 – “Tem alguma religião? Se sim, qual?”; 2 – “Considera-se pouco, assim-assim ou muito crente?”; 3 – “Considera-se pouco, assim-assim ou muito praticante?”. As questões e provas supramencionadas pretenderam fornecer um perfil geral das características sociodemográficas, cognitivas e, principalmente, socio-afectivas dos sujeitos. De forma a providenciar uma resenha geral dos instrumentos utilizados, descrevemo-los individualmente nos parágrafos subsequentes.

Segundo Firmino e colaboradores (2009, p. 2), a Avaliação Cognitiva de Addenbrooke “é um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia 5 domínios neurocognitivos: Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Visuo-Espacial”, no qual pontuações mais elevadas são indicativas de um melhor funcionamento cognitivo, atingindo um resultado máximo de 100 pontos e demorando cerca de uma hora a administrar. Este instrumento inclui como sub-escala o teste *Mini-Mental State Examination*, cuja pontuação máxima atinge os 30 pontos (Firmino et al., 2009).

No que concerne à Escala de Esperança-disposição, esta pretende “diagnosticar e promover a esperança” (Oliveira, 2003, p. 92) possuindo, para tal intento, oito itens divididos em dois factores: motivação de actuar no sentido de determinado objectivo, isto é, *agency*; e meios gizados pelo sujeito no sentido de atingir um dado objectivo, ou seja, *pathways* (Snyder et al., 1991, *cit. in* Oliveira, 2003). A sua pontuação cifra-se num mínimo de 8 pontos e máximo de 40 pontos.

Relativamente à Escala de Depressão Geriátrica, oferece-nos dizer que esta serve enquanto método avaliativo da sintomatologia depressiva na terceira idade, ao nível emocional. Nesta escala de trinta itens, a amplitude de resultados possíveis varia entre 0 e 30 pontos (Barreto et al., 2008).

Na necessidade de criar um instrumento amplamente aceite pela comunidade científica, que permitisse medir a ansiedade em pessoas idosas, foi desenvolvido e validado o Inventário de Ansiedade Geriátrica, que se

encontra em fase de estudo na população portuguesa através de uma versão experimental concebida por Ribeiro e colaboradores (2008). Para efeitos desta investigação, consideramos a versão reduzida de vinte itens, cuja amplitude de resultados abarca os 0 e 20 pontos.

A Escala de Auto-Estima, por sua vez, possui uma amplitude que varia entre os 10 e os 40 pontos, num total de dez itens, havendo sido inicialmente criada por Rosenberg (1965, *cit. in* Simões & Lima, 1992) como uma medida unidimensional do conceito de si geral, para ser utilizada com estudantes do Ensino Secundário. Tendo este instrumento grande precisão na medição do conceito de si geral, elevada fidelidade e boa validade de constructo, é por conseguinte amplamente aconselhada a sua aplicação, segundo investigadores como Simões e Lima (1992).

Já o *Meaning in Life Questionnaire*, de acordo com Simões e colaboradores (no prelo), possui validade e fidelidade adequadas para medir o sentido da vida, através de um total de dez itens e resultados que podem variar entre 10 e 50 pontos, permitindo avaliar independentemente duas dimensões básicas: Presença e Procura, enquanto subescalas que o constituem.

Ao longo desta rubrica dedicámo-nos a caracterizar sumamente as provas administradas aos sujeitos que participaram neste estudo, sendo exactamente sobre as características emergentes desta amostra experimental que versa o próximo tema.

### Amostra

A amostra recolhida para este estudo foi uma “amostra pensada” (Lima & Vieira, 1999, p. 69), havendo sido determinada previamente, pelos investigadores, tendo em consideração o subgrupo da população a que se dirigia esta intervenção: idosos institucionalizados no concelho de Coimbra. Devido maioritariamente a restrições de ordem económica e logística, deliberou-se que esta investigação seria efectuada apenas num estabelecimento deste concelho. Os critérios empregues no recrutamento e selecção dos sujeitos foram a participação voluntária e a presença de competências de relacionamento interpessoal e capacidades cognitivas que lhes permitissem interagir e colaborar, conforme aferido pela psicóloga da instituição, nomeadamente através da administração de provas psicológicas. Neste contexto, foram seleccionados para a investigação dezassete sujeitos, sendo um do género masculino e os restantes do género feminino. Estes sujeitos foram distribuídos aleatoriamente por duas “condições experimentais” (Alferes, 1997, p. 74), havendo tido “probabilidade idêntica de vir a pertencer a qualquer uma das condições” que integravam o plano experimental, isto é, Controlo e Experimental (Alferes, 1997, p. 75). A única restrição a esta aleatorização foi o facto de um dos grupos ter de possuir nove sujeitos e o outro, oito, pelo que este plano experimental é denominado “plano completamente aleatório” (Alferes, 1997, p. 75). Deste modo, precavemos que ambos os grupos, “em média, [fossem] equivalentes em todas as dimensões consideradas, à excepção do tratamento experimental”,

havendo-se conseguido, “assim, controlar experimentalmente a incidência dos factores classificatórios<sup>3</sup> na variável dependente” (Alferes, 1997, p. 65). Como já referimos, para o Grupo Experimental foram aleatoriamente designados nove sujeitos, ficando o Grupo Controlo conseqüentemente com oito indivíduos, sendo que de entre estes dezassete sujeitos, dezasseis cumpriram na íntegra os três momentos de avaliação previstos: pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*, ao passo que um sujeito, pertencente ao Grupo Experimental, não pôde concluir as provas nos momentos de pós-intervenção nem de *follow-up*, dado ter falecido. Além deste sujeito, temos ainda a destacar outros quatro sujeitos que não chegaram a frequentar as sessões dos seus grupos, pertencendo três ao Grupo Controlo e um ao Grupo Experimental. Havendo-lhes sido aplicados, nos três momentos de avaliação, os mesmos instrumentos que foram administrados aos restantes sujeitos, que cumpriram pelo menos metade das sessões definidas em cada uma das condições experimentais, determinámos, à semelhança do estabelecido noutras investigações com idosos (v.g., Ingemarsson et al., 2003), que estes sujeitos constituíam um novo grupo, que segue no presente estudo a nomenclatura adoptada pelos autores supraditos (2003, p. 78), isto é, “grupo dropout”. Deste modo, consideram-se três grupos distintos nas análises subsequentes: 1 – Grupo *Dropout*, constituído por quatro sujeitos; 2 – Grupo Controlo, com cinco sujeitos; 3 – Grupo Experimental, ao qual pertenceram sete sujeitos.

Relativamente às características gerais dos sujeitos participantes na presente investigação, a média total de idades foi 86.31 anos (d.p. = 5.57; amplitude = 72–94 anos), possuindo estas pessoas uma média de 27.56 meses de permanência na instituição (d.p. = 23.27; amplitude = 2–74 meses), um resultado médio de 23.63 no *Mini-Mental State Examination* (d.p. = 4.29; amplitude = 15–29) e de 72.44 na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (d.p. = 14; amplitude = 34–94). Todos os sujeitos da amostra afirmaram ser católicos e consideraram-se, em termos de mediana, “muito crentes” e praticantes “assim-assim” da sua religião. Constatou-se que a maioria dos sujeitos (75%) eram viúvos, metade havia exercido a ocupação de doméstica e 37.5% havia completado a quarta classe. Quanto aos grupos, aferiu-se que o Grupo *Dropout* era o único que possuía um representante do género masculino, metade dos sujeitos era casada e outra metade era viúva, a maioria (75%) havia concluído com sucesso a quarta classe e exercido a ocupação de doméstica. No Grupo Controlo, verificou-se que todos os sujeitos pertenciam ao género feminino, a maioria (60%) era viúva e, em termos de escolaridade, esta distribuía-se de modo totalmente heterogéneo, havendo desde um sujeito que não havia frequentado a escola até outro que havia cursado o Magistério Primário. No que respeita à ocupação predominante neste grupo, 40% dos sujeitos haviam desempenhado a ocupação de doméstica. No que se refere ao Grupo Experimental, a totalidade dos sujeitos pertencia ao sexo feminino e era viúva, alguns haviam

---

<sup>3</sup> Alferes (1997, p. 64) define factores classificatórios como “atributos individuais – variáveis orgânicas, factores de personalidade e características sócio-demográficas dos sujeitos”.

frequentado a quarta classe (28.6%), outros o ensino secundário (28.6%), superior (28.6%) e ainda o ensino preparatório (14.3%), sendo a ocupação predominante a de doméstica (42.9%).

Considerando estes dados, que nos permitem descrever a amostra experimental e os grupos de estudo que se constituíram, propomo-nos a descrever, agora, os procedimentos que foram aplicados ao longo da investigação.

### Oficina de Esperança

O Projecto de Intervenção Oficina de Esperança (cf. **Anexo II**), conduzido ao longo do ano lectivo 2009/2010 numa instituição da terceira idade no concelho de Coimbra, consistiu num plano experimental com Grupos Controlo e Experimental, no qual se efectuaram três momentos distintos de avaliação: pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*. Em cada momento, foram administradas as seguintes provas: Escala de Esperança-disposição, Escala de Depressão Geriátrica, Inventário de Ansiedade Geriátrica, Escala de Auto-Estima, e *Meaning in Life Questionnaire*, pretendendo-se através da aplicação destes instrumentos “delimitar a influência [dos pseudofactores<sup>4</sup>]” na variável dependente (Alferes, 1997, p. 75) e, por conseguinte, balizar possíveis alterações socio-afectivas decorrentes da participação em cada grupo. Retomando a temática das provas utilizadas nesta investigação, como é o caso do Questionário de Informação Psicológica, ressaltamos que este já havia sido aplicado aquando da entrada dos sujeitos na instituição, ao passo que as perguntas relacionadas com a religião (cf. Instrumentos), à imagem da Avaliação Cognitiva de Addenbrooke, foram administradas apenas no momento de pré-intervenção, servindo como enquadramento inicial dos participantes na investigação, aos níveis sociodemográfico e cognitivo.

No que se refere à periodicidade e duração das sessões dos Grupos Controlo e Experimental, definimo-las tomando por base os estudos referidos na rubrica Promoção de Esperança em Idosos Institucionalizados, havendo ocorrido uma vez por semana entre os meses de Janeiro e Março de 2010, tido a duração de cerca de duas horas e constituído um total de 8 sessões. Quanto às actividades desenvolvidas, no Grupo Controlo estas foram circunscritas à leitura de um capítulo da Bíblia por sessão, sendo que cada participante lia pelo menos um versículo, exceptuando-se um sujeito que era analfabeto. O papel dos investigadores consistiu em manter a actividade do grupo adstrita à leitura da Bíblia, evitando-se a interpretação ou discussão das leituras efectuadas. Se o procedimento adoptado fosse questionado pelos participantes, enfatizar-se-ia a multiplicidade de formas de estudar a esperança, havendo-se escolhido “este método em particular para estudá-la, entre muitos outros que poderiam ter sido seleccionados” (cf. Projecto de Intervenção Oficina de Esperança, p. 19, no **Anexo II**).

<sup>4</sup> Definidos por Alferes (1997, p. 64) como “todos os aspectos físicos, psicossociais e coordenadas temporais da situação experimental”.

Relativamente ao formato da primeira sessão, foi idêntico nos Grupos Controlo e Experimental, iniciando-se com uma breve apresentação dos investigadores, informando-se os sujeitos acerca do propósito da investigação: estudar a esperança em adultos, seguindo-se a apresentação dos elementos do grupo através do seu nome e expectativas em relação à sua participação, estabelecendo-se o nome e regras de funcionamento e, por fim, terminando-se a sessão com todos os membros a darem as mãos, como “[símbolo do] grupo em construção” (Lima, 2006, p. 4). Todas as sessões seguintes do Grupo Experimental iniciaram-se com exercícios de movimento, relaxamento, e relações interpessoais, intentando preparar-se o grupo física e psicologicamente, bem como criar rotina e conexão entre as sessões (Lima, 2006). Neste grupo, conforme aludido anteriormente (cf. *Promoção de Esperança em Idosos Institucionalizados*), foram estabelecidos quatro temas gerais de intervenção que serviram como suporte para aplicação da Terapia de Esperança: 1 – Definição e obtenção de objectivos; 2 – Relaxamento e meditação guiada; 3 – Resolução de problemas; 4 – Reestruturação cognitiva. No sentido de facilitar a definição e obtenção de objectivos bem como a resolução de possíveis problemas que pudessem surgir na prossecução destes, tendo por base o preconizado na literatura consultada, elaborámos uma ferramenta que consideramos ter sido auxiliar da intervenção, o Caderno de Sonhos (cf. **Anexo III**), que distribuímos por todos os sujeitos do Grupo Experimental. A segunda e terceira sessões deste grupo incidiram particularmente na forma de utilizar esta ferramenta, sendo que os sujeitos foram encorajados a estabelecer objectivos que pudessem trabalhar ao longo das sessões e que seguissem os princípios apologistados pela sigla anglófona SMART<sup>5</sup> (Parks et al., 1999), que, devido à tradução para português, nesta investigação foi convertida em FEIRA: Fácil de medir; Específico; Importante para si; Realizável até uma data definida por si; Alcançável. Os exercícios realizados nas sessões<sup>6</sup> visaram facilitar o aumento da esperança dos sujeitos, mormente, através da: sinalização de acontecimentos quotidianos positivos, visualização de objectivos, narração de situações pessoais bem sucedidas na obtenção de objectivos, verbalização da capacidade de alcançar os objectivos (Lopez, 2000); transformação de pensamentos negativos em positivos (Lima, 2006); capacidade de relaxar o corpo e aceder a locais seguros através da mente (Kabat-Zinn, 1990; Centre for Mindfulness Research and Practice, 2008). Na oitava sessão, ambos os grupos fizeram uma breve avaliação das sessões anteriores, expressando as suas opiniões relativamente à intervenção, assinalando o que haviam aprendido e o que sentiam naquele momento, no concernente ao que tinham experienciado no decurso da investigação.

Ao longo deste capítulo acercámo-nos do problema, hipóteses e objectivos estabelecidos para esta investigação, a partir dos quais descrevemos as provas psicológicas aplicadas e caracterizámos a amostra

---

<sup>5</sup> Consultar, a propósito desta temática, a rubrica Terapia de Esperança com Idosos Institucionalizados.

<sup>6</sup> Para uma descrição mais detalhada quanto a este assunto, consultar o Projecto de Intervenção Oficina de Esperança, no **Anexo II**.

experimental, bem como os grupos de estudo que se constituíram. Finalizamos este capítulo com a explanação dos principais procedimentos adoptados no decurso do estudo, os quais nos permitiram granjear os resultados que se apresentam seguidamente.

### III - Resultados

Neste capítulo, pretendemos apresentar a informação, considerada mais relevante, que obtivemos a partir do tratamento estatístico dos dados recolhidos. Para tal, analisamos as correlações estatisticamente significativas encontradas entre a Escala de Esperança-disposição e as restantes variáveis, a partir das quais incidimos sobre cada um dos instrumentos aplicados nos três momentos de avaliação, individualmente. Salientamos, para o leitor interessado, ser possível consultar em maior detalhe as correlações entre os dados do presente estudo na Tabela 1 (cf. **Anexo I**). Visto a amostra experimental não seguir a distribuição normal, as técnicas estatísticas utilizadas foram essencialmente não-paramétricas, como são os casos dos testes de Mann-Whitney, Wilcoxon, Kruskal-Wallis e Friedman. Realizaram-se ainda algumas análises de estatística descritiva e de comparação de médias e frequências, que nos permitiram caracterizar a amostra assim como os grupos de estudo que se constituíram (cf. Amostra). Sublinhamos que, através do teste de Kruskal-Wallis, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os Grupos *Dropout*, Controlo e Experimental no momento de pré-intervenção, no que respeita a: idade, meses de permanência na instituição, crença e prática religiosa, *Mini-Mental State Examination* (MMSE), Avaliação Cognitiva de Addenbrooke (ACE-R), ou no que concerne a qualquer uma das variáveis dependentes do estudo: esperança, sintomatologia depressiva e ansiógena, auto-estima, presença e procura de sentido da vida, pelo que podemos considerar os três grupos como equivalentes e, conseqüentemente, a aleatorização como bem sucedida.

No respeitante aos resultados derivados da análise correlacional através do teste de Pearson (cf. Tabela 1, no **Anexo I**), temos a realçar as correlações positivas fortes entre os resultados na Escala de Esperança-disposição (Esperança) e os seus dois factores, *Agency* ( $r = 0.888$ , com  $p < 0.01$ ) e *Pathways* ( $r = 0.898$ ;  $p < 0.01$ ), bem como os resultados nesta escala e os que foram obtidos pelos sujeitos na Escala de Auto-Estima (EAE;  $r = 0.568$ ;  $p < 0.05$ ) e na subescala Presença do *Meaning in Life Questionnaire* (Presença SV;  $r = 0.544$  e  $p < 0.05$ ). Destacamos, igualmente, a correlação negativa forte encontrada entre a Escala de Esperança-disposição e os resultados alcançados na Escala de Depressão Geriátrica (GDS;  $r = -0.7$ ;  $p < 0.01$ ). Verifica-se, ainda, uma correlação negativa forte entre a idade dos sujeitos que participaram no estudo, os resultados obtidos na Escala de Esperança-disposição ( $r = -0.568$  e  $p < 0.05$ ) e no factor *Agency* ( $r = -0.713$  e  $p < 0.01$ ) desta Escala. Todas estas correlações eram esperadas, de acordo com a literatura consultada (cf. **Enquadramento Conceptual**), exceptuando-se as correlações negativas entre a idade dos participantes do estudo, os resultados na Escala de Esperança-disposição e no factor *Agency*, que serão debatidas na rubrica Discussão. Depois de uma análise geral das relações encontradas entre a esperança e as restantes variáveis, apresentamos seguidamente um exame mais detalhado daquelas que se constituem

enquanto hipóteses do presente estudo (cf. Objectivos).

### Escala de Esperança-disposição (Esperança)

No que se refere ao Grupo *Dropout*, os resultados médios obtidos nesta escala foram decrescendo ao longo do tempo, conforme se pode verificar no Gráfico 1 (cf. **Anexo I**). Por sua vez, no Grupo Controlo, verificou-se um decréscimo dos resultados do momento de pré-intervenção para o pós-intervenção, existindo todavia um aumento, no momento de *follow-up*. Quanto ao Grupo Experimental, os seus resultados médios aumentaram do pré para o pós-intervenção, verificando-se um decréscimo no momento de *follow-up*, todavia, estes resultados continuavam a ser superiores aos evidenciados anteriormente à intervenção. Relativamente aos resultados médios alcançados pelos sujeitos nos factores *Agency* e *Pathways*, podem ser consultados em pormenor na Tabela 2 (cf. **Anexo I**).

Utilizando o teste de Friedman, foi-nos possível constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=7.692$ ;  $p=0.021$ ) entre os três momentos de avaliação do Grupo Experimental, no que concerne aos resultados da escala supramencionada (cf. Tabela 3, no **Anexo I**). Efectuámos uma análise *post-hoc* com o teste de Wilcoxon para verificar se existiriam diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação, as quais não foram encontradas (cf. Tabela 4, no **Anexo I**)<sup>7</sup>. Apurámos também, através do teste de Friedman (cf. Tabela 3), que os resultados granjeados pelos sujeitos do Grupo Experimental no factor *Agency* se diferenciavam significativamente entre si ao longo da intervenção ( $\chi^2=11.083$ ;  $p=0.004$ ). Uma análise *a posteriori* providenciada pelo teste de Wilcoxon (cf. Tabela 5, no **Anexo I**) revela-nos que os resultados obtidos nesse factor, nos momentos pós e pré-intervenção, se podem considerar estatisticamente significativos ( $Z= -2.388$ ;  $p=0.017$ )<sup>8</sup>. Sendo que os resultados no *follow-up* e pré-intervenção também se aproximam da significância ( $Z= -2.226$ ;  $p=0.026$ ), afere-se por conseguinte que o factor *Agency* aumentou neste grupo, desde o momento anterior à intervenção até ao *follow-up*, passando pelo momento pós-intervenção (cf. Gráfico 2, no **Anexo I**).

A seu turno, através do teste Kruskal-Wallis (cf. Tabela 6, no **Anexo I**), descortinámos que a participação dos sujeitos em grupos distintos se traduzia em diferenças estatisticamente significativas, no que concerne aos resultados alcançados pelos sujeitos no factor *Agency*, no momento de

<sup>7</sup> Assumindo-se que o valor do erro que se aceita numa análise *a posteriori* com três condições experimentais é  $\alpha = 0.05 / 3 = 0.017$ , por consequência, a significância estatística é obtida com valores inferiores a 0.017, que não se verificam na situação supramencionada.

<sup>8</sup> Neste caso em particular, visto que o valor da significância estatística obtida ( $p=0.017$ ) coincide exactamente com o do erro que se aceita ( $\alpha = 0.017$ ), decidimos considerar as diferenças encontradas entre os resultados como sendo estatisticamente significativas.



*follow-up* ( $\chi^2=6.07$ ;  $p=0.048$ ). De modo a distinguir os grupos que se diferenciariam significativamente entre si, efectuámos uma análise *a posteriori* através do teste de Mann-Whitney (cf. Tabela 7, no **Anexo I**), apurando-se que, apesar do Grupo Experimental alcançar uma média mais alta comparativamente aos Grupos Controlo e *Dropout* (cf. Tabela 2, no **Anexo I**) e das diferenças entre os Grupos Experimental e *Dropout* se aproximarem da significância estatística ( $U=3$ ;  $Z = -2.103$ ;  $p=0.035$ ), esta não foi alcançada<sup>9</sup>.

Havendo exposto os dados mais relevantes no respeitante à esperança, predispomo-nos agora a destacar os resultados com maior impacto para o estudo relativamente à sintomatologia depressiva dos sujeitos que participaram na investigação.

#### Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Relativamente aos valores médios alcançados nesta prova, no Grupo Experimental estes aumentaram do momento anterior à intervenção para o momento imediatamente ulterior a esta, havendo diminuído no *follow-up*. Algo semelhante sucedeu nos restantes grupos, em que se constata exactamente a mesma variação de resultados, conforme se pode aferir na Tabela 2 (cf. **Anexo I**).

Não havendo, quanto a esta escala, mais dados considerados pertinentes para a análise em exercício, passamos a apresentar os dados coligidos acerca da ansiedade dos sujeitos.

#### Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)

No concernente aos resultados médios obtidos neste inventário (cf. Tabela 2, no **Anexo I**), relativamente ao Grupo Experimental, verificou-se um aumento dos valores médios do momento pré para o pós-intervenção, havendo estes resultados diminuído seguidamente, no *follow-up*, atingindo valores mais baixos que os alcançados inicialmente. Sucedeu algo similar nos Grupos *Dropout* e Controlo, exceptuando-se o resultado alcançado no *follow-up* deste último grupo, que foi superior ao obtido inicialmente.

Referidos os resultados médios granjeados e não havendo sido encontrados dados estatisticamente significativos através das técnicas estatísticas utilizadas, analisaremos seguidamente os resultados da Escala de Auto-Estima.

---

<sup>9</sup> Mais uma vez, sendo esta uma análise *a posteriori* com três condições experimentais, a significância estatística seria obtida apenas com valores inferiores ou iguais a 0.017.

### Escala de Auto-Estima (EAE)

Neste instrumento, novamente, cingimo-nos a elencar os resultados médios obtidos pelos Grupos *Dropout*, Controlo, e Experimental, nos quais o momento de pré-intervenção se cifrou num valor médio que foi diminuído no pós-intervenção e aumentado no *follow-up* (cf. Tabela 2, no **Anexo I**).

Posto isto, não havendo sido encontradas diferenças significativas no que respeita a esta escala e considerados os dados médios concernentes à auto-estima dos sujeitos, iremos seguidamente analisar os resultados que obtiveram no que se refere ao sentido da vida.

### *Meaning in Life Questionnaire*

Quanto aos valores médios alcançados na subescala Presença (Presença SV) deste questionário, consultando a Tabela 2 averiguamos que os valores do Grupo *Dropout* diminuíram do pré para o pós-intervenção, aumentando no *follow-up*. Por sua vez, os resultados granjeados pelo Grupo Controlo diminuíram consecutivamente ao longo da investigação. Já os resultados obtidos pelo Grupo Experimental aumentaram do pré para o pós-intervenção, diminuindo cerca de um mês após o final da intervenção. No que respeita à subescala Procura (Procura SV), os valores do Grupo *Dropout* diminuíram reiteradamente, ao passo que os restantes grupos aumentaram os seus resultados médios iniciais, no pós-intervenção, havendo-os diminuído seguidamente, no *follow-up*.

Utilizando o teste Kruskal-Wallis (cf. Tabela 6, no **Anexo I**), foi possível constatar que a participação dos sujeitos em grupos distintos se traduziu em diferenças estatisticamente significativas no momento de pós-intervenção, no que se refere aos resultados obtidos na subescala Presença ( $\chi^2=7.489$ ;  $p=0.024$ ). De modo a destrinçar os grupos que se diferenciariam significativamente entre si, realizámos uma análise *a posteriori* através do teste de Mann-Whitney (cf. Tabela 7, no **Anexo I**), havendo-se apurado que o Grupo Experimental se diferenciava de forma estatisticamente significativa do Grupo *Dropout* ( $U=1$ ;  $Z = -2.457$ ;  $p=0.014$ ).

Ao analisar e descrever os dados mais importantes relativamente a este instrumento, tal como efectuado ao longo do capítulo no que concerne às restantes provas, o nosso principal intento foi o de providenciar linhas directrizes para a Discussão, de que nos iremos ocupar seguidamente.

#### IV - Discussão

Os resultados apresentados no capítulo precedente permitem-nos afirmar que não existiram diferenças significativas ao longo da investigação entre os sujeitos dos Grupos *Dropout* e Controlo, no que aos instrumentos aplicados diz respeito. Por conseguinte, podemos advogar que se controlou a incidência dos pseudofactores na investigação. Considerando-se, adicionalmente, garantido o controlo dos factores classificatórios (cf. **Resultados**), inferimos que se conseguiu assegurar a validade interna da investigação. No decurso desta, mais especificamente no momento de pós-intervenção, apurou-se que todos os grupos apresentavam maior sintomatologia depressiva, ansiógena e menor auto-estima, por comparação com o momento de pré-intervenção. Estes dados podem ser explicados pelo facto de que, no momento imediatamente posterior ao término da intervenção, i.e., no final do mês de Março, a instituição se encontrava em processo de reestruturação interna que, entre outros acontecimentos, implicou: 1 – mudança de quarto de alguns residentes, que acarretava pontualmente alteração de companheiro de quarto; 2 – despedimento de funcionários e, por consequência, diminuição do número de auxiliares, levando a alterações nos horários de limpeza dos quartos e ao surgimento de queixas, por parte dos residentes que participaram nas sessões dos grupos, relativamente à menor higiene dos quartos e instalações sanitárias, bem como de pior qualidade das refeições fornecidas. Os sujeitos participantes neste estudo, enquanto residentes na instituição, não terão portanto ficado indiferentes a todas estas mudanças, verificando-se nos resultados obtidos pelos Grupos *Dropout* e Controlo, no momento de pós-intervenção, adicionalmente, uma diminuição da esperança e da presença de sentido da vida. Por sua vez, os resultados alcançados pelos sujeitos que participaram nas sessões do Grupo Experimental indicam-nos que, apesar dos acontecimentos acima mencionados, a Terapia de Esperança permitiu aumentar a esperança, assim como a presença e procura de sentido da vida. No que respeita aos sujeitos deste grupo, cerca de um mês após o final da intervenção, constatou-se que possuíam maior motivação para atingir objectivos que os sujeitos dos Grupos *Dropout* e Controlo, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos. Averiguou-se ainda, no momento imediatamente a seguir ao final da intervenção, que os sujeitos do Grupo Experimental tinham aumentado significativamente a sua presença de sentido da vida, por comparação com os sujeitos do Grupo *Dropout*. Através destes dados, é-nos possível assegurar a eficácia da Terapia de Esperança, porém, com resultados que por vezes não se mantiveram ao longo do tempo. As razões encontradas para este facto são destacadas ao longo do parágrafo subsequente.

Pelo acima disposto, é-nos possível deduzir que os sujeitos do Grupo Experimental encontraram, criaram um vínculo com a esperança e exponenciaram-na, no entanto, não conseguiram mantê-la (cf. **Resultados**). Na nossa perspectiva, para que tal fosse conseguido, seria necessário

realizarem-se sessões impulsionadoras de esperança (cf. *Promoção de Esperança em Idosos Institucionalizados*), que permitissem reavivar e consolidar as aprendizagens efectuadas no grupo, bem como enfatizar-se a utilidade do Caderno de Sonhos, enquanto ferramenta facilitadora do estabelecimento, prossecução e obtenção de novos objectivos, independentemente da presença do terapeuta. Pensamos, portanto, ser fundamental criarem-se estratégias que possibilitem o aumento da autonomia dos sujeitos, de modo a que sejam eles próprios a instilar e a aumentar a sua esperança.

A partir dos dados obtidos nesta investigação, comprovamos que os resultados dos sujeitos pertencentes ao Grupo Experimental na Escala de Esperança-disposição, Inventário de Ansiedade Geriátrica e *Meaning in Life Questionnaire*, vão de encontro à literatura consultada (cf. **Enquadramento Conceptual**) e às hipóteses estabelecidas (cf. **Objectivos**), o que nos possibilita confirmar a hipótese principal de estudo e consequentemente infirmar a hipótese nula, permitindo-nos ainda confirmar as hipóteses de estudo 2 e 4. Assim, a Terapia de Esperança aumentou de modo significativo a esperança e a motivação para atingir objectivos, aumentando também, temporariamente, os meios que se estabelecem para atingir objectivos, a presença e procura de sentido da vida. Esta terapia diminuiu ainda, algum tempo depois da sua aplicação, a sintomatologia ansiógena dos sujeitos. No entanto, não se conseguiu diminuir a sintomatologia depressiva nem aumentar a auto-estima dos sujeitos do Grupo Experimental, pelo que não se confirmaram as hipóteses de estudo 1 e 3. Relativamente à não confirmação destas duas hipóteses, devem ser tidos em consideração os acontecimentos decorrentes da reestruturação vivida na instituição e, adicionalmente, outros dois factores, um classificatório e outro situacional. No que concerne ao factor classificatório, assumindo-se que os sujeitos do Grupo Experimental possuíam uma capacidade cognitiva abaixo da média<sup>10</sup> e considerando-se que as actividades realizadas neste grupo (cf. *Oficina de Esperança*), como a definição de objectivos FEIRA, resolução de problemas decorrentes da prossecução dos objectivos e a compreensão dos exercícios realizados nas sessões, careciam de que os sujeitos possuíssem um nível cognitivo médio, hipotetizamos que tal desvantagem poderá ter dificultado a realização das actividades propostas no Grupo Experimental, algo que se constatou designadamente quanto ao Caderno de Sonhos, pouco utilizado pelos sujeitos no decurso das sessões. Quanto ao factor situacional, refere-se ao falecimento de um sujeito do Grupo Experimental cerca de duas semanas antes do término da intervenção. Na nossa opinião, estes dois factores, juntamente com as mudanças resultantes da reestruturação interna da instituição, poderão ter contribuído para a não obtenção dos resultados esperados pelos sujeitos deste grupo nas Escalas de Depressão Geriátrica e

---

<sup>10</sup> Acercando-nos dos resultados deste grupo, cuja média na Avaliação Cognitiva de Addenbrooke foi de 72 pontos (d.p.=11.284), sabendo que a média deste instrumento é 84.56 e o desvio-padrão, 7.023 (Firmino et al., 2009), verificamos que os resultados se encontram mais de um desvio-padrão abaixo da média.

de Auto-Estima, bem como no Inventário de Ansiedade Geriátrica, este no que respeita especificamente ao momento de pós-intervenção. Contudo, queremos realçar que, na nossa perspectiva, a realização das actividades mencionadas no parágrafo anterior poderão contribuir, em estudos futuros, para um aumento mais significativo da esperança e, por consequência, para um aumento da motivação para atingir objectivos, estabelecimento de meios para os alcançar, auto-estima, presença e procura de sentido da vida, podendo ainda contribuir para a diminuição da sintomatologia depressiva e ansiógena dos sujeitos.

É precisamente no que respeita aos sujeitos que participaram no nossa investigação, mais concretamente, ao que conhecíamos e ao que nos é dado a conhecer através dos seus resultados, que gostaríamos de nos ocupar agora. Assim, verificamos que as pessoas que usualmente evitam participar nas actividades dinamizadas na instituição e que se isolam frequentemente nos seus quartos, i.e., os sujeitos do Grupo *Dropout*, diminuem a sua esperança, presença e procura de sentido da vida e aumentam a sua sintomatologia depressiva, ao longo do tempo. Adicionalmente, os seus valores de presença e procura de sentido da vida<sup>11</sup> e sintomatologia depressiva encontram-se, respectivamente, abaixo e acima da média, indicando que, nos momentos de pós intervenção e *follow-up*, estes sujeitos possuíam sintomatologia depressiva clinicamente significativa<sup>12</sup>. O isolamento a que estas pessoas se prestam é antagonista da auto-estima e auto-eficácia, minando os recursos e interações sociais consideradas cruciais para um envelhecimento bem sucedido (Lima, 2004b). Não obstante, estamos em crer que a perseverança, bem como as manifestações de receptividade e abertura por parte dos restantes residentes e, especificamente, do psicólogo, por exemplo através de uma proposta de acompanhamento individualizado, serão passos importantes no sentido de possibilitar uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, quanto mais velhos são os sujeitos, menor é a sua esperança e motivação para atingir objectivos. Tendo em consideração as características particulares da amostra experimental, constituída unicamente por idosos institucionalizados, muitos deles dependentes de terceiros para se locomoverem bem como para realizarem muitas das suas actividades de vida diárias, conjecturamos que esse resultado se poderá dever a menores autonomia e percepção de auto-eficácia por parte dos sujeitos e consequentes diminuições da auto-estima e resiliência. Atendendo às inúmeras relações referidas entre a esperança e outros conceitos potenciadores da qualidade de vida (cf. **Enquadramento**

---

<sup>11</sup> As médias dos resultados do Grupo *Dropout* nas subescalas de presença e procura de sentido da vida no pós-intervenção e *follow-up* (cf. **Resultados**) encontram-se mais de um desvio-padrão abaixo das médias, respectivamente, de 18.51 (d.p.=4.24) e 13.66 (d.p.=5.2), estabelecidas por Simões e colaboradores (no prelo).

<sup>12</sup> De acordo com Barreto et al. (2008), os resultados médios alcançados pelo Grupo *Dropout* no pós-intervenção e *follow-up* (cf. **Resultados**) encontram-se no intervalo definido para sintomatologia depressiva ligeira.

**Conceptual**), na nossa perspectiva, estes dados vêm reforçar a utilidade e premência de intervenções que permitam promover a esperança de idosos institucionalizados.

## Conclusões

Hoje, afirmámos o efeito heliotrópico como uma realidade. À imagem de tantos outros investigadores, podemos acreditar e, fundamentados em dados científicos, exclamar a mudança. É de facto possível fazer florescer as nossas instituições. É possível mudar, em todas as fases do nosso ciclo de vida. Nesta investigação experimental, cuja validade interna foi assegurada, a aplicação da Terapia de Esperança em contexto grupal a idosos institucionalizados permitiu, de facto, promover a esperança e motivação para atingir os objectivos, assim como, temporariamente, aumentar a capacidade de estabelecer meios para atingir objectivos, presença e procura de sentido da vida, revelando ainda ser eficaz na diminuição da sintomatologia ansiógena, algum tempo depois da sua aplicação.

Para os investigadores que desejem enveredar pelo estudo das intervenções baseadas na Psicologia Positiva, dirigimos duas palavras: tenham esperança, pois “esperança gera esperança” (Lopez et al., 2000, p. 127). Relativamente à esperança, mais concretamente, à Terapia com esse nome, gostaríamos de ressaltar que, para se aumentar a sua eficácia noutros estudos, consideramos necessário serem efectuados: 1 – um acompanhamento diário dos sujeitos quanto às actividades propostas nas sessões; 2 – mais sessões semanais; 3 – sessões impulsionadoras. Na nossa opinião, estes três factores poderão assumir impacto significativo nos resultados dos sujeitos. Temos ainda a assinalar, enquanto principal limitação do presente estudo, o facto da amostra experimental recolhida ser pequena, com um número total de sujeitos inferior a trinta, o que inviabiliza a utilização de técnicas estatísticas paramétricas e impossibilita a generalização dos resultados deste grupo de idosos institucionalizados a outros grupos similares. Consequentemente, aconselhamos a realização de estudos que possuam amostras experimentais maiores, para que seja possível obter dados com maior grau de generalização e, eventualmente, mais resultados estatisticamente significativos.

Queremos ainda instigar todos os psicólogos a realizarem estudos baseados na aplicação prática dos princípios inerentes à Psicologia Positiva. De modo a confirmar ou infirmar os dados do presente e doutros estudos realizados nesta área e, fundamentalmente, para que se criem novas perspectivas teóricas e práticas que permitam à Psicologia galvanizar-se para uma verdadeira mudança de paradigma. É mais uma utopia, nós admitimo-lo, caro leitor. Não obstante, pedimo-lhe a gentileza de nos aceitar esta última veleidade. Afinal, “a esperança é a paixão do possível” (Kierkegaard, s/d, *cit. in* Oliveira, 2003).

### Referências Bibliográficas

Alferes, V. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Livraria Almedina.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica: Geriatric Depression Scale (GDS). In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 70-72). Lisboa: Novartis.

Branco Vasco, A. (2009, Julho). Regulation of Needs Satisfaction as the Touchstone of Happiness. Comunicação apresentada na 16th Conference: European Association for Psychotherapy, Lisboa, Portugal.

Centre for Mindfulness Research and Practice (2008). *Mindfulness Course Workbook*. Bangor: Prifysgol Bangor University.

Cheavens, J., & Gum, A. (2000). Gray Power: Hope for the Ages. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications* (pp. 201-219). San Diego: Academic Press.

Cheavens, J., Feldman, D., Gum, A., Michael, S., & Snyder, C. (2006a). Hope Therapy in a Community Sample: A Pilot Investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.

Cheavens, J., Feldman, D., Woodward, J., & Snyder, C. (2006b). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 135-145.

Feldman, D., Rand, K., & Kahle-Wroblewski, K. (2009). Hope and Goal Attainment: Testing a Basic Prediction of Hope Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 479-497.

Firmino, H., Simões, M., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2009). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Ingemarsson, A., Frändin, K., Mellström, D., & Möller, M. (2003). Walking Ability and Activity Level After Hip Fracture in the Elderly – A Follow-Up. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35, 76-83.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delta Trade Paperbacks.



Keyes, C., & Lopez, S. (2005). Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In C. R. Snyder e S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.

Klausner, E., Clarkin, J., Spielman, L., Pupo, C., Abrams, R., & Alexopoulos, G. (1998). Late-life Depression and Functional Disability: The Role of Goal-Focused Group Psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 707-716.

Kuhn, T. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions* (3<sup>rd</sup> ed.). Chicago: Chicago University Press.

Lima, M. (1991). *Estudo Longitudinal do Conceito de Si Escolar em Adultos*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Lima, M. (2004a). *Posso participar?: Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.

Lima, M. (2004b). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.

Lima, M. (2006). *Promoção do bem-estar subjectivo de idosos: Projecto de intervenção*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Lima, M., & Vieira, C. (1999). *Metodologia de Investigação Científica: Caderno de textos de apoio às aulas práticas*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Lopez, S., Floyd, R., Ulven, J., & Snyder, C. (2000). Hope Therapy: Helping Clients Build a House of Hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications* (pp. 123-150). San Diego: Academic Press.

Lopez, S., Snyder, C., & Pedrotti, J. (2003). Hope: Many Definitions, Many Measures. In S. J. Lopez e C. R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 91-107). Washington, DC: American Psychological Association.

Marujo, H., Neto, L., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13, 115-136.

Oliveira, J. (2003). Esperança: Natureza e Avaliação (Proposta de Uma Nova Escala). *Psicologia Educação e Cultura*, VII, 83-106.

Oliveira, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: Edições ASA.

Parks, J., King, S., & Donahue, W. (1999). Structured Goal Setting as a Self-Directed Activity. In W. J. Rothwell e K. J. Sensenig (Eds.), *The Sourcebook for Self-Directed Learning* (pp. 27-34). Massachusetts: HRD Press.

Paúl, C. (2010, Fevereiro). As pessoas muito idosas: Envelhecimento em Portugal e na Europa Comunitária. Comunicação apresentada no VII *Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Braga, Portugal.

Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. Washington, DC: American Psychological Association.

Ramos, M. (2005). *Crescer em Stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.

Ribeiro, J., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2008). *Inventário de Ansiedade Geriátrica*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Richman, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*, 24, 422-429.

Santos, E., Ferreira, J., Figueiredo, C., Almeida, J., & Silva, C. (2009). *Organizações positivas*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Seligman, M. (2005). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In C. R. Snyder e S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Simões, A., & Lima, M. (1992). Desenvolvimento do Conceito de Si Escolar, em Adultos Analfabetos: Um Estudo Longitudinal. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 28, 227-247.

Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2001, Março). O bem-estar subjectivo dos idosos: Factores sociodemográficos e de personalidade. Comunicação apresentada nas II *Jornadas de Modelos e Práticas em Educação de Adultos*, Coimbra, Portugal.

Simões, A., Oliveira, A., Lima, M. Vieira, C., & Nogueira, S. (no prelo). O MLQ: Um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia Educação e Cultura*, 2.

Snyder, C. (2000). Hypothesis: There Is Hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications* (pp. 3-21). San Diego: Academic Press.

Snyder, C., Harris, C. Anderson, J., Holleran, S., Irving, L., Sigmon, S., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.

Snyder, C., Rand, K., & Sigmon, D. (2005). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In C. R. Snyder e S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University Press.

Sternberg, R. (1998). *Cupid's Arrow: The Course of Love through Time*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stirling, E. (2008). Valuing older people: Positive Psychology of later life. *PSIGE Newsletter*, 105, 19-23.

Timulak, L. (2008). *Research in Psychotherapy and Counselling*. New Delhi: SAGE Publications.

Today in Science History (2009). *Science Quotes by Sir Isaac Newton*. Consultado em Agosto 2010, [http://www.todayinsci.com/N/Newton\\_Isaac/NewtonIsaac-Quotations.htm](http://www.todayinsci.com/N/Newton_Isaac/NewtonIsaac-Quotations.htm)

Gráfico 1. Resultados médios dos grupos, ao longo da investigação, na Escala de Esperança-disposição.

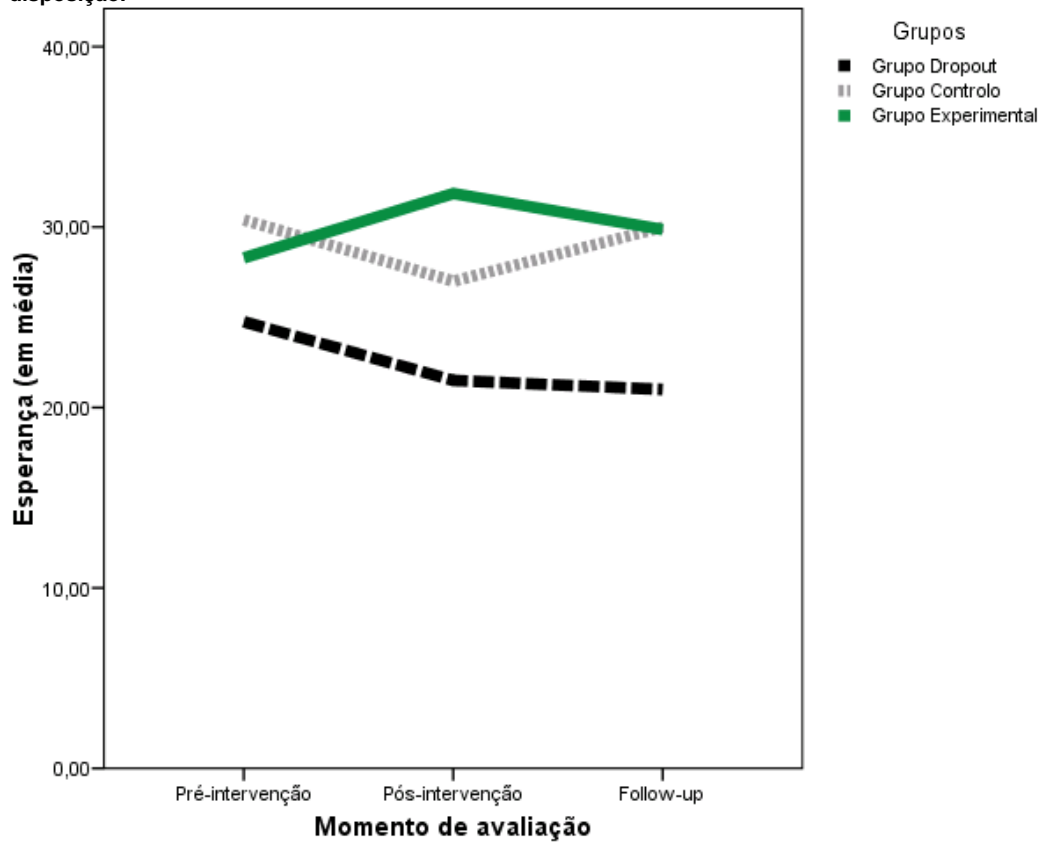
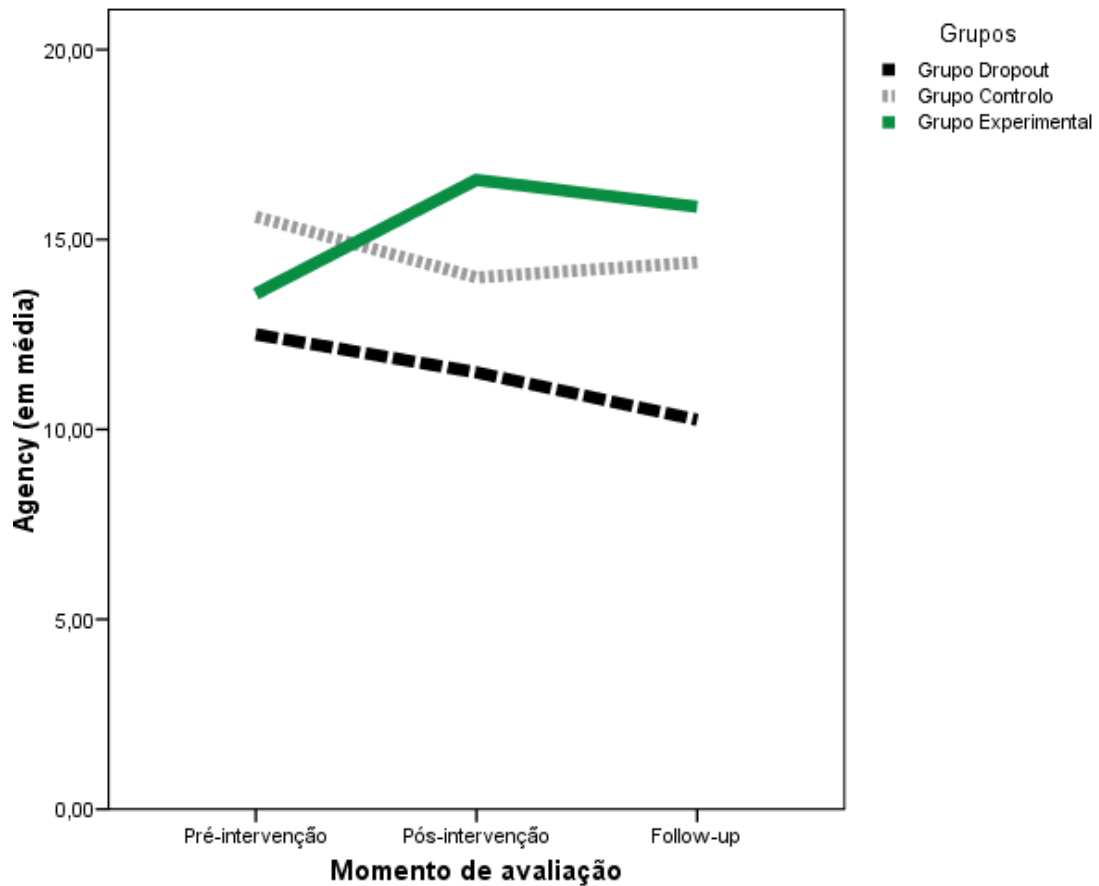


Gráfico 2. Resultados médios dos grupos, ao longo da investigação, no factor Agency.



**Tabela 1. Correlações entre as variáveis do estudo, nos três grupos, anteriormente à intervenção.**

		Idade	Meses instituição	Crença religiosa	Prática religiosa	MMSE	ACE-R	Esperança	Agency	Pathways	GDS	GAI	EAE	Presença SV	Procura SV
Idade	Corr. Pearson	1	-,221	-,142	-,076	-,159	-,212	-,568(*)	-,713(**)	-,311	,336	,234	-,451	-,406	,218
	Sig. (bicaudada)		,412	,600	,780	,555	,430	,022	,002	,241	,203	,382	,079	,118	,417
Meses instituição	Corr. Pearson	-,221	1	,174	-,082	-,011	,139	,029	-,153	,198	-,172	-,028	,012	-,105	,019
	Sig. (bicaudada)		,412	,518	,762	,967	,609	,914	,571	,462	,525	,918	,964	,698	,943
Crença religiosa	Corr. Pearson	-,142	,174	1	,232	,098	-,064	,144	,264	,000	,013	,049	,227	,208	-,202
	Sig. (bicaudada)		,600	,518	,386	,717	,814	,594	,324	1,000	,963	,858	,399	,439	,453
Prática religiosa	Corr. Pearson	-,076	-,082	,232	1	,146	,025	,267	,329	,152	-,004	-,028	-,118	,150	,286
	Sig. (bicaudada)		,780	,762	,386	,590	,927	,317	,214	,573	,987	,917	,663	,579	,282
MMSE	Corr. Pearson	-,159	-,011	,098	,146	1	,790(**)	,120	,288	-,066	-,274	-,821(**)	,635(**)	,344	-,130
	Sig. (bicaudada)		,555	,967	,717	,590	,000	,658	,279	,809	,304	,000	,008	,192	,633
ACE-R	Corr. Pearson	-,212	,139	-,064	,025	,790(**)	1	-,027	,182	-,221	-,127	-,640(**)	,491	,280	-,186
	Sig. (bicaudada)		,430	,609	,814	,927	,000	,920	,501	,410	,639	,008	,053	,293	,490
Esperança	Corr. Pearson	-,568(*)	,029	,144	,267	,120	-,027	1	,888(**)	,898(**)	-,700(**)	-,366	,568(*)	,544(*)	,273
	Sig. (bicaudada)		,022	,914	,594	,317	,658	,920	,000	,000	,003	,163	,022	,030	,306
Agency	Corr. Pearson	-,713(**)	-,153	,264	,329	,288	,182	,888(**)	1	,596(*)	-,515(*)	-,358	,646(**)	,692(**)	,076
	Sig. (bicaudada)		,002	,571	,324	,214	,279	,501	,000	,015	,041	,173	,007	,003	,781
Pathways	Corr. Pearson	-,311	,198	,000	,152	-,066	-,221	,898(**)	,596(*)	1	-,731(**)	-,297	,375	,289	,405
	Sig. (bicaudada)		,241	,462	1,000	,573	,809	,410	,000	,015	,001	,264	,152	,278	,120
GDS	Corr. Pearson	,336	-,172	,013	-,004	-,274	-,127	-,700(**)	-,515(*)	-,731(**)	1	,601(*)	-,692(**)	-,541(*)	-,081
	Sig. (bicaudada)		,203	,525	,963	,987	,304	,639	,003	,041	,001	,014	,003	,030	,765
GAI	Corr. Pearson	,234	-,028	,049	-,028	-,821(**)	-,640(**)	-,366	-,358	-,297	,601(*)	1	-,660(**)	-,287	,103
	Sig. (bicaudada)		,382	,918	,858	,917	,000	,008	,163	,173	,264	,014	,005	,281	,704
EAE	Corr. Pearson	-,451	,012	,227	-,118	,635(**)	,491	,568(*)	,646(**)	,375	-,692(**)	-,660(**)	1	,744(**)	-,079
	Sig. (bicaudada)		,079	,964	,399	,663	,008	,053	,022	,007	,152	,003	,005	,001	,772
Presença SV	Corr. Pearson	-,406	-,105	,208	,150	,344	,280	,544(*)	,692(**)	,289	-,541(*)	-,287	,744(**)	1	-,182
	Sig. (bicaudada)		,118	,698	,439	,579	,192	,293	,030	,003	,278	,030	,281	,001	,499
Procura SV	Corr. Pearson	,218	,019	-,202	,286	-,130	-,186	,273	,076	,405	-,081	,103	-,079	-,182	1
	Sig. (bicaudada)		,417	,943	,453	,282	,633	,490	,306	,781	,120	,765	,704	,772	,499

\* A correlação é significativa, com  $p < 0,05$  (bicaudado).

\*\* A correlação é significativa, com  $p < 0,01$  (bicaudado).

**Tabela 2. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação, em cada grupo.**

Grupo		Esperança (pré-interv.)	Esperança (pós-interv.)	Esperança ( <i>follow-up</i> )	Agency (pré-int.)	Agency (pós-int.)	Agency ( <i>follow-up</i> )	Pathways (pré-int.)	Pathways (pós-int.)	Pathways ( <i>follow-up</i> )	GDS (pré-int.)	GDS (pós-int.)	GDS ( <i>follow-up</i> )
Dropout	Média	24,75	21,50	21,00	12,50	11,50	10,25	12,25	10,00	10,75	10,50	14,25	13,00
	d.p.	5,965	9,327	6,880	1,915	3,697	3,594	4,193	5,831	3,500	6,758	10,436	8,367
Controlo	Média	30,40	27,00	30,00	15,60	14,00	14,40	14,80	13,00	15,60	9,40	15,60	8,60
	d.p.	2,510	3,000	2,000	2,510	1,732	1,140	1,789	2,739	1,342	3,362	4,037	5,177
Experimental	Média	28,29	31,86	29,86	13,57	16,57	15,86	14,71	15,29	14,14	8,29	10,86	10,71
	d.p.	6,422	4,947	6,362	3,552	3,207	3,532	3,251	2,498	3,237	3,200	5,014	5,407

**Tabela 2. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação, em cada grupo (continuação da Tabela anterior).**

Grupo		GAI (pré-int.)	GAI (pós-int.)	GAI ( <i>follow-up</i> )	EAE (pré-int.)	EAE (pós-int.)	EAE ( <i>follow-up</i> )	Presença SV (pré-int.)	Presença SV (pós-int.)	Presença SV ( <i>follow-up</i> )	Procura SV (pré-int.)	Procura SV (pós-int.)	Procura SV ( <i>follow-up</i> )
Dropout	Média	6,25	7,75	4,25	29,00	24,75	29,25	15,75	12,00	13,50	8,25	8,00	7,75
	d.p.	6,021	6,185	3,304	7,703	7,544	8,302	2,500	2,944	,577	5,188	2,582	2,217
Controlo	Média	4,20	9,00	7,00	32,40	32,20	32,40	20,20	19,40	19,00	10,20	14,40	14,20
	d.p.	1,924	6,000	6,245	5,550	5,167	4,393	4,764	2,702	4,416	5,357	6,269	5,762
Experimental	Média	5,43	8,14	5,14	32,43	31,71	32,14	18,14	19,43	17,14	12,57	14,14	11,00
	d.p.	4,962	7,712	5,429	6,528	7,499	6,768	3,237	2,878	2,795	5,224	5,398	3,512

**Tabela 6. Comparações dos resultados de cada grupo, entre si, relativos às variáveis em análise ao longo da investigação, por meio do teste Kruskal Wallis.**

	Esperança (pré-interv.)	Esperança (pós-interv.)	Esperança ( <i>follow-up</i> )	Agency (pré-int.)	Agency (pós-int.)	Agency ( <i>follow-up</i> )	Pathways (pré-int.)	Pathways (pós-int.)	Pathways ( <i>follow-up</i> )	GDS (pré-int.)	GDS (pós-int.)	GDS ( <i>follow-up</i> )
Qui- quadrado	3,159	3,670	3,601	2,788	5,168	6,070	1,867	2,670	4,436	0,638	1,789	1,520
Sig.	0,206	0,160	0,165	0,248	0,075	0,048(*)	0,393	0,263	0,109	0,727	0,409	0,468

\* p < 0,05

**Tabela 6. Comparações dos resultados de cada grupo, entre si, relativos às variáveis em análise ao longo da investigação, por meio do teste Kruskal Wallis (continuação da Tabela anterior).**

	GAI (pré-int.)	GAI (pós-int.)	GAI ( <i>follow-up</i> )	EAE (pré-int.)	EAE (pós-int.)	EAE ( <i>follow-up</i> )	Presença SV (pré-int.)	Presença SV (pós-int.)	Presença SV ( <i>follow-up</i> )	Procura SV (pré-int.)	Procura SV (pós-int.)	Procura SV ( <i>follow-up</i> )
Qui- quadrado	0,087	0,250	0,397	0,740	2,692	0,627	2,595	7,489	4,531	1,520	3,602	4,146
Sig.	0,957	0,883	0,820	0,691	0,260	0,731	0,273	0,024(*)	0,104	0,468	0,165	0,126

\* p < 0,05

**Tabela 3. Comparação dos resultados obtidos em cada grupo na Escala de Esperança-disposição e no factor *Agency*, ao longo da investigação, através do Teste de Friedman.**

Grupo		Esperança	<i>Agency</i>
<i>Dropout</i>	Qui-quadrado	0,133	3.5
	Sig.	0,936	0,174
Controlo	Qui-quadrado	5,158	2,632
	Sig.	0,076	0,268
Experimental	Qui-quadrado	7,692	11,083
	Sig.	0,021(*)	0,004(*)

\*  $p < 0,05$

**Tabela 4. Comparação dos resultados do Grupo Experimental na Escala de Esperança-disposição, em cada momento de avaliação, através do teste de Wilcoxon.**

Grupo Experimental	Esperança pós-int. – Esperança pré-int.	Esperança <i>follow-up</i> – Esperança pré-int.	Esperança <i>follow-up</i> – Esperança pós-int.
Z	-2,032	-1,933	-2,058
Sig. (bicaudada)	0,042	0,053	0,040

**Tabela 5. Comparação dos resultados do Grupo Experimental no factor *Agency*, em cada momento de avaliação, através do teste de Wilcoxon.**

Grupo Experimental	<i>Agency</i> pós-int. – <i>Agency</i> pré-int.	<i>Agency follow-up</i> – <i>Agency</i> pré-int.	<i>Agency follow-up</i> – <i>Agency</i> pós-int.
Z	-2,388	-2,226	-1,512
Sig. (bicaudada)	0,017(*)	0,026	0,131

\*  $p \leq 0,017$



**Tabela 7. Comparação dos grupos, dois a dois, no concernente aos resultados do factor *Agency*, no *follow-up* e da subescala de Presença de Sentido da Vida, no pós-intervenção, através do teste de Mann-Whitney.**

Grupos		<i>Agency</i> ( <i>follow-up</i> )	Presença SV (pós-interv.)
<i>Dropout</i> e Experimental	U de Mann-Whitney	3,000	1,000
	Z	-2,103	-2,457
	Sig. (bicaudada)	0,035	0,014(*)
Controlo e Experimental	U de Mann-Whitney	8,500	17,500
	Z	-1,480	0,000
	Sig. (bicaudada)	0,139	1,000
<i>Dropout</i> e Controlo	U de Mann-Whitney	3,500	0,500
	Z	-1,606	-2,337
	Sig. (bicaudada)	0,108	0,019

\*  $p < 0,017$