

MÁRIO RUI SANCHES GARCIA

**CEGUEIRA CONGÊNITA E ADQUIRIDA:
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL E RESILIÊNCIA**

Orientador: Edgar Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

MÁRIO RUI SANCHES GARCIA

**CEGUEIRA CONGÉNITA E ADQUIRIDA:
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL E RESILIÊNCIA**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Edgar Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2014

Dedicatória

Este trabalho é um humilde contributo dedicado a todas as pessoas com deficiência visual, e em particular aos meus pais, Mário Jorge Costa Garcia e Maria Isabel da Conceição Sanches Garcia que também padecem desta deficiência, e que são os melhores pais do mundo.

Agradecimentos

Agradeço calorosamente a todas as pessoas que tão generosamente colaboraram e contribuíram com o seu tempo e encorajamento para tornar possível este trabalho.

Deste modo agradeço:

A todos os elementos da Direção Nacional da ACAPO e em especial ao Exmo. Dr. Carlos Manuel Lopes (Presidente da Direção Nacional, aquando da realização da investigação), por terem permitido a minha presença nas instalações para aplicação dos questionários, bem como pela ajuda técnica prestada em termos de documentação existente na instituição.

Aos participantes que se disponibilizaram na realização deste estudo, uma vez que sem a sua colaboração preciosa, esta investigação não teria sido possível.

Ao Professor Doutor Edgar Pereira, que na sua qualidade de orientador, se mostrou sempre disponível para as minhas solicitações e questões ao longo do trabalho.

Ao Professor Doutor Pais-Ribeiro, por autorizar a utilização do instrumento - Inventário de Saúde Mental (MHI-5) adaptado à população portuguesa.

À Professora Doutora Isabel Pereira e à Professora Doutora Cláudia Deep, pela autorização do instrumento - Escala de Resiliência (RS) adaptado á população adulta portuguesa.

À minha amiga Catarina, pela sua ajuda, sabedoria, entusiasmo e abnegação com que sempre me incentivou a concluir este trabalho.

À minha namorada Ana Almeida, que sempre me apoiou desde o início, transmitindo-me ânimo, carinho, compreensão e amor.

Finalmente mas não menos importantes aos meus pais, que são incansáveis e me apoiaram decisivamente e incondicionalmente não só neste trabalho, mas ao longo de todo o meu percurso académico. Obrigada por me terem ensinado o que realmente é importante e a tornar-me naquilo que sou.

A todos o meu eterno agradecimento por me estimularem a embarcar por mares nunca, por mim, dantes navegados, quiçá, mais do que asseverava a minha alma humana.

Resumo

Esta investigação teve como principal objetivo estudar os fenómenos da saúde mental e resiliência entre indivíduos com cegueira congénita e adquirida. Pretendeu-se avaliar o impacto destes dois tipos de cegueira na saúde mental e na resiliência.

Analizou-se ainda o efeito de outras variáveis como género, idade, habilitações literárias e tipo de coabitação (viver com/sem cônjuge) na saúde mental e na resiliência dos deficientes visuais.

Como instrumentos de medição foram usados o MHI-5 e a “Resilience Scale”. Foi construído para a investigação um guia de resposta em *braille*, permitindo diminuir o risco de enviesamento nas respostas.

A amostra, de conveniência, foi constituída por 95 sujeitos cegos, 47 com cegueira congénita e 48 com cegueira adquirida. Na análise dos resultados foram essencialmente aplicados o teste *t de Student* para amostras independentes e a ANOVA.

Os cegos congénitos obtiveram valores de saúde mental e resiliência mais elevados do que os portadores de cegueira adquirida. Relativamente às variáveis sociodemográficas, obtiveram valores mais elevados de saúde mental e resiliência: homens vs. mulheres; indivíduos com nível superior de educação vs. com baixa educação; os que vivem com cônjuge vs. sem cônjuge.

Foram discutidas as implicações práticas do estudo e feitas sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: Deficiência visual, cegueira congénita, cegueira adquirida, saúde mental, resiliência.

Abstract

The main object of this investigation was to study the phenomena related with mental health and resilience among individuals with congenital and acquired blindness. The aim was to assess the impact of these two kinds of blindness in mental health and resilience.

The effect of other variables as gender, age, education and kind of cohabitation (living with or without a spouse) was yet analyzed in the mental health and resilience of visually impaired people.

As assessment instruments both the MHI-5 and the “Resilience Scale” were employed. A guidebook with answers in *braille* was compiled for the investigation, thus allowing to minimize the risk of unclear replies.

The convenience sampling was composed by 95 blind subjects, 47 of which with congenital blindness and 48 with acquired blindness. In the analysis of the results, *Student’s t* test, for independent samples, and *ANOVA* were basically used.

Congenital blind people obtained higher values of mental health and resilience than those with acquired blindness. In respect of sociodemographic variables, the higher values of mental health and resilience were obtained as follows: men vs. women; individuals with superior education vs. those with lower education; people living with a spouse vs. those without a spouse.

The practical implications of the study were discussed and suggestions were made for future research.

Keywords: Visual impairment, congenital blindness, acquired blindness, mental health, resilience

Lista de abreviaturas, siglas e símbolos

- % - Percentagem
- & - e
- ACAPO - Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal
- ANOVA - Análise de Variância
- CA - Cegueira Adquirida
- CC - Cegueira Congénita
- CD-RISC - Escala de Resiliência de Connor-Davison
- cf. - Confirma ou Confronto
- DDL - Direção da Delegação de Lisboa
- DMI - Degenerescência macular relacionada com a idade
- DN - Delegação Nacional
- DP - Desvio Padrão
- Dr. - Doutor
- e.g. - por exemplo
- et al. - entre outros
- etc. - e muitos outros
- F - ANOVA
- GHQ - *General Heath Questionnaire*
- GHQ-12 - *General Heath Questionnaire* de 12 itens
- Gl. - Graus de liberdade
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- M - Média
- MHI - Inventário de Saúde Mental (*Mental Health Inventory*)
- MHI-5 - Inventário de Saúde Mental (*Mental Health Inventory*) versão de 5 itens
- N - N° da amostra
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- *p* - *p-value* ou *p*-valor
- p. - Página

- pp. - Páginas
- r - Coeficiente de Correlação de *Pearson*
- RILI - Research Institute of Lighthouse International
- RS - Escala de Resiliência (*Resilience Scale*)
- SEAL - *Social and Emotional Aspects of Learning*
- Sig. - Significância
- SNR - Secretariado Nacional de Reabilitação
- SNRIPD - Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência
- SPSS 20 - *Statistical Product and Service Solutions* (versão 20)
- SW - Teste de aderência à normal de *Shapiro-Wilk*, para se verificar o ajustamento das pontuações na escala à distribuição normal
- t - Distribuição t de *Sudent*
- vs. - Versos
- α - Alfa de Cronbach
- χ^2 - *Qui-quadrado*

Índice Geral

Introdução.....	13
Capítulo I - Revisão bibliográfica e enquadramento teórico.....	17
1.1. Deficiência visual	18
1.1.1. Perspetiva histórica.....	19
1.1.2. Etiologia e demografia da deficiência visual	21
1.1.3. Definição da deficiência visual: da conceção médica à perspetiva socioeducativa	24
1.1.4. Cegueira congénita e cegueira adquirida	25
1.1.5. Impacto psicossocial da deficiência visual	27
1.2. Saúde mental.....	37
1.2.1. Causalidade biológica, psicológica e social	41
1.3. Resiliência.....	47
1.3.1. Resiliência e variáveis sociodemográficas.....	55
1.3.2. Valor prático da resiliência: aplicação clínica.....	58
1.4. Deficiência visual, saúde mental e resiliência.....	59
1.5. Relevância do estudo	68
1.6. Objetivos e hipóteses	70
Capítulo II - Método.....	72
2.1. Participantes	73
2.2. Instrumentos e material	76
2.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	76
2.2.2. Inventário de Saúde Mental na versão reduzida (MHI-5)	77
2.2.3. Escala de Resiliência (Resilience Scale - RS)	78
2.2.4. Guia de Resposta em <i>Braille</i>	80
2.3. Procedimentos.....	83
2.3.1. Seleção e recolha da amostra.....	83
2.3.2. Análise estatística	84
Capítulo III - Resultados.....	85
3.1. Estudo da consistência interna das escalas MHI-5 e RS.....	86

3.2. Hipótese 1: Diferenças na saúde mental entre portadores de cegueira congénita e adquirida	87
3.3. Hipótese 2: Diferenças na resiliência entre portadores de cegueira congénita e adquirida	89
3.4. Impacto do género na saúde mental e resiliência	90
3.5. Impacto da idade na saúde mental	91
3.6. Impacto da idade na resiliência.....	93
3.7. Impacto das habilitações literárias na saúde mental	94
3.8. Impacto das habilitações literárias na resiliência.....	97
3.9. Impacto do tipo de coabitação na saúde mental e na resiliência.....	98
Capítulo IV - Discussão de Resultados.....	100
4.1. A influência do tipo de cegueira congénita ou adquirida na saúde mental e na resiliência.....	101
4.2. A influência de variáveis sociodemográficas na saúde mental e na resiliência da população com cegueira	107
4.2.1. Género	107
4.2.2. Idade	109
4.2.3. Habilitações literárias	110
4.2.4. Tipo de coabitação.....	111
4.3. Limitações da investigação e sugestões para estudos futuros.....	113
Capítulo V - Conclusão.....	116
Referências bibliográficas.....	121
Apêndices.....	I
Apêndice I - Terminologia para as Deficiências da Acuidade Visual.....	II
Apêndice II - Pedido de Autorização à ACAPO	III
Apêndice III - Consentimento Informado	IV
Apêndice IV - Questionário Dados Sócio-demográficos	V
Anexos.....	VII
Anexo I - Autorização da Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal.....	VIII
Anexo II - Inventário de Saúde Mental (MHI-5).....	IX
Anexo III - Escala de Resiliência (RS).....	X

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização e análise da Amostra Total e das subamostras Grupo Cegueira Adquirida (CA) e Grupo Cegueira Congénita (CC)	74
Tabela 2 - Consistência interna (Alfa de Cronbach) do MHI-5.....	86
Tabela 3 - Consistência interna (Alfa de Cronbach) da RS	86
Tabela 4 - Média, Desvio Padrão e valor t para indivíduos com cegueira adquirida e congénita no MHI-5.....	87
Tabela 5 - Distribuição de casos com e sem compromisso psicológico no MHI-5.....	88
Tabela 6 - Teste <i>Qui-quadrado</i> do compromisso psicológico no MHI-5 nos dois Tipos de Cegueira	88
Tabela 7 - Média, Desvio Padrão e valor t para indivíduos com cegueira adquirida e congénita na RS.....	89
Tabela 8 - Teste <i>t de Student</i> para as médias de Resiliência (RS) em função do tipo de cegueira.....	90
Tabela 9 - Média, Desvio Padrão e valores t para o Género no MHI-5 e RS.....	91
Tabela 10 - Estatísticas descritivas da Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade.....	91
Tabela 11 - Testes de ajustamento à normal da Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade.....	92
Tabela 12 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para a Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade - Posições.....	92
Tabela 13 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para a Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade - Testes Estatísticos.....	92
Tabela 14 - Estatísticas descritivas da Resiliência (RS) em função da Idade.....	93
Tabela 15 - Testes de ajustamento à normal da Resiliência (RS) em função da Idade....	93
Tabela 16 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para a Resiliência (RS) em função da Idade - Posições.....	94
Tabela 17 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> para a Resiliência (RS) em função da Idade - Testes Estatísticos.....	94
Tabela 18 - Estatísticas descritivas da Saúde Mental MHI-5) em função das Habilitações.....	94
Tabela 19 - Testes de ajustamento à normal da Saúde Mental (MHI-5) em função das Habilitações.....	95

Tabela 20 - Análise de Variância Habilitações – Saúde Mental (MHI-5)	95
Tabela 21 -Testes <i>post-hoc</i> (Tukey HSD) Saúde mental (MHI-5) - Habilitações.....	96
Tabela 22 - Estatísticas descritivas da Resiliência (RS) em função das Habilitações	97
Tabela 23 - Análise de Variância Habilitações – Resiliência (RS)	97
Tabela 24 - Testes <i>post-hoc</i> (Tukey HSD) Resiliência (RS) - Habilitações.....	98
Tabela 25 - Média, Desvio Padrão e valores <i>t</i> para o Tipo de Coabitação no MHI-5 e RS	99

Índice de Figuras

Figura 1. Guia de resposta em <i>Braille</i> do MHI-5 relativo aos itens (1,2,3 e 5).....	80
Figura 2. Guia de resposta em <i>Braille</i> do MHI-5 relativo ao item (4).....	81
Figura 3. Guia de resposta em <i>Braille</i> da Escala de RS relativo aos 23 itens.....	82

Introdução

A sociedade ocidental, através das suas instituições políticas, sociais e científicas, tem mostrado uma preocupação crescente com a integração das pessoas com deficiência, procurando concretizar o direito instituído de todos os cidadãos a aceder e a praticar uma cidadania plena e abrangente. Embora se assista a uma diversidade de perspectivas e abordagens do fenómeno da deficiência, a unanimidade neste objetivo da integração social revela um denominador comum na conceptualização da deficiência, que inclui aspetos como: a noção da sua multidimensionalidade e abrangência, a evidência de uma maximização das desvantagens e a consciência de que existe uma maior vulnerabilidade nas pessoas com deficiência face à população em geral.

No domínio da investigação em Ciências Sociais e Humanas, e no âmbito da Reabilitação e Reinserção Social, a pesquisa tem-se orientado muito para a identificação e compreensão dos fatores que mais influenciam o bem-estar e a autonomia das pessoas com deficiência, ao mesmo tempo que assume a importância de diferenciar contextos e tipos de deficiência na análise desses fatores. Estes estudos são duplamente importantes: como forma de atenuar a tendência da sociedade para ignorar as pessoas deficientes, mas também para ajudar a explicar alguns problemas comportamentais nestes grupos e para permitir desenvolver programas eficientes de apoio à sua inserção social.

Estudos já realizados indicam que a cegueira é a deficiência que origina maior temor social, gerando maior evitamento, mais ignorância e maior incidência de falsas crenças, mitos, atitudes e comportamentos de estigmatização social. Há a crença social – dos que vêem mas também dos que perderam a visão - de que a capacidade de influenciar os outros e o meio está radicada na capacidade de ver, e de que essas capacidades constituem ferramentas essenciais para concretizar objetivos e aspirações pessoais, tornando trágica a ideia ou experiência da sua perda. Ao mesmo tempo, todo o tecido social está estruturado e formatado para quem vê, originando não só um fácil esquecimento social de que há deficientes visuais, mas também uma dificuldade, junto dos que vêem, em saber (perceber) o que é ser-se cego.

A interpretação e análise do funcionamento psicológico dos indivíduos portadores de cegueira tem constituído uma via de investigação relevante na tentativa de compreender e explicar o impacto que a cegueira tem no desempenho dos processos de autonomia pessoal, e permitindo desse modo uma melhor compreensão do que será uma adequada intervenção social e psicológica com vista a facilitar o processo de ajustamento à condição de cegueira e a plena integração social da população com esta deficiência.

Partindo de uma perspetiva biopsicossocial, que preconiza a existência de múltiplos fatores a interagir na condição de cegueira, a investigação tem procurado identificar e estudar esses fatores e a sua influência no funcionamento psicológico das pessoas com esta deficiência, e no modo como reagem e enfrentam a condição de cegueira. A diferenciação entre cegueira congénita e adquirida tem merecido a atenção de muitos investigadores, tendo-se demonstrado que estas duas condições interferem diferenciadamente na construção de recursos psicológicos para o processo de enfrentamento e ajustamento à cegueira.

A saúde mental e a resiliência são consideradas funções ou recursos psicológicos essenciais para uma boa adaptação à condição de cegueira, uma vez que fornecem indicadores quanto ao nível de bem-estar e sofrimento psicológico (saúde mental), e quanto ao nível de flexibilidade e capacidade de adaptação ao meio e à superação adequada de situações adversas (resiliência). Além disso, a investigação científica tem mostrado que os dois conceitos apresentam correlações significativas entre si, sugerindo que a resiliência constitui um importante fator de proteção da saúde mental na presença de acontecimentos de vida traumáticos e geradores de elevado *stress* emocional, como é o caso da cegueira.

Diversos estudos têm demonstrado uma relação entre deficiência visual e níveis mais baixos de saúde mental, ou maior presença de sintomas depressivos. Também existem alguns estudos que apontam para níveis inferiores de saúde mental na cegueira adquirida face à cegueira congénita. Mas parece haver poucos estudos sobre resiliência que incidam na população com deficiência visual, e especificamente que comparem níveis de resiliência e saúde mental entre diferentes grupos de deficientes visuais, tendo-se encontrado apenas um que aponta para diferenças significativas, quanto à resiliência e ao bem-estar psicológico, entre pessoas com cegueira congénita, cegueira recente e normovisuais, surgindo a cegueira recente como a condição mais desfavorável em ambas as variáveis.

O estudo da influência de diferentes variáveis sociodemográficas no impacto psicossocial da deficiência visual é outra área de investigação relevante, tendo-se identificado algumas delas como fatores de diferenciação no modo como se reage e se enfrenta a condição de cegueira. A relevância destes estudos prende-se com a possibilidade de desenvolver e ajustar melhor o apoio social e técnico a diferentes segmentos de pessoas que partilham a condição de cegueira.

O objetivo do estudo é então o de avaliar, comparativamente, a saúde mental e a resiliência em indivíduos adultos com cegueira congénita e com cegueira adquirida, averiguando eventuais diferenças no modo como os dois tipos de cegueira impactam estas duas

funções psicológicas. Pretende-se ainda analisar o efeito/influência de outras variáveis sociodemográficas na saúde mental e na resiliência das pessoas em situação de cegueira.

A investigação suportou-se na aplicação de duas escalas: uma escala para avaliar a saúde mental (MHI-5) e outra para avaliar a resiliência (*Resilience Scale*), devidamente validadas para a população adulta portuguesa.

O presente estudo foi estruturado em cinco capítulos.

O primeiro capítulo trata do enquadramento teórico e científico de cada uma das áreas em estudo: a deficiência visual, a saúde mental e a resiliência. A deficiência visual, sendo o tema central do estudo, surge naturalmente mais desenvolvida, procurando-se uma contextualização mais abrangente sobre esta temática, e onde ganha naturalmente relevo a questão do impacto psicossocial que a deficiência visual tem nos indivíduos que a sofrem. Ainda no mesmo capítulo, na parte final, sistematiza-se a relevância do estudo e apresentam-se os objetivos e as hipóteses formuladas para a investigação.

O segundo capítulo traça o método utilizado, onde é caracterizada a amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos usados para a recolha e tratamento da informação recolhida.

O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos resultados encontrados.

No quarto capítulo é feita uma discussão dos resultados apresentados, sendo ainda identificadas as limitações decorrentes da investigação realizada e feitas algumas sugestões para trabalhos futuros nesta área.

O quinto e último capítulo compreende as conclusões do estudo, tendo em conta as hipóteses inicialmente formuladas.

Esta investigação inscreve-se no âmbito do Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, e segue as normas para a elaboração de dissertações de mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Primo & Mateus, 2008).

Capítulo I - Revisão bibliográfica e enquadramento teórico

1.1. Deficiência visual

Pretende-se neste ponto fornecer um enquadramento compreensivo da deficiência visual a partir de uma perspetiva psicossocial, isto é, considerando a deficiência visual enquanto disfunção física-sensorial que condiciona necessariamente a interação com o meio ambiente e produz um impacto amplo na vida psicológica e social do seu portador.

Começa-se por traçar as principais linhas do que constitui a perspetiva histórica da deficiência visual, no que respeita à sua conceptualização social e às praxis dela resultantes, porquanto nos permitem compreender a forma como ainda hoje a sociedade pensa e reage a esta deficiência, e de como estas atitudes e comportamentos se constituem como barreiras à inclusão das pessoas que a sofrem.

Inclui-se ainda uma breve referência à etiologia da deficiência visual (tendo em conta a diversidade de causas que lhe estão associadas) e à sua demografia ou incidência, por forma a salientar a importância social do fenómeno, mas também para dar conta da escassez e desatualização dos dados sociodemográficos oficiais disponíveis sobre a população portuguesa com esta deficiência.

Num terceiro ponto aborda-se a definição operativa de deficiência visual, dando conta da mudança de paradigma ocorrida nas Ciências Sociais, e de como o modelo atual, socioeducativo, se mostra mais adequado que o anterior, estritamente médico-oftalmológico.

Prossegue-se com uma abordagem reflexiva acerca dos critérios de classificação dos dois tipos de cegueira que o estudo toma como objeto de comparação – a cegueira congénita e adquirida –, dando conta de alguma divergência entre autores no que toca a esses critérios.

O último tema abordado, e que constitui o corpo principal deste primeiro ponto, diz respeito ao impacto psicossocial da deficiência visual, tendo em conta uma revisão da literatura científica sobre o tema. Partindo do paradigma sistémico ou biopsicossocial atualmente vigente nas Ciências Sociais, e de uma abordagem psicossocial da deficiência visual (que contempla variáveis sociais, cognitivas e emocionais), apresentam-se os principais contributos da investigação para a compreensão do impacto desta disfunção sensorial, focando os fatores considerados mais relevantes e que podem influenciar o modo como o sujeito reage e enfrenta a sua condição de deficiente visual. Tendo em conta os objetivos do estudo, dá-se especial enfoque à influência da variável tipo de cegueira - congénita ou adquirida - e às diferenças de impacto que poderá produzir nos sujeitos portadores.

1.1.1. Perspetiva histórica

Historicamente, a conceção da deficiência visual, e especificamente da cegueira, sempre foi dominada por mitos, crenças e superstições, e quase sempre foi marcada por uma atitude fortemente estigmatizadora.

O estigma associado à condição de cegueira, à semelhança de outras deficiências, assentava muito na ideia de uma maldição ou punição – maldição dos deuses nas culturas politeístas desde a pré-história (Martinez, 1991); punição ou castigo divino nas religiões monoteístas, e especificamente na religião católica, sobretudo na Idade Média. Nesta época a imagem do cego chega mesmo a ser associada à imagem do diabo e a atos de feitiçaria e bruxaria, sendo as pessoas cegas alvos frequentes de exorcismos, perseguições e execuções (Gil, 2000). Esta associação a uma punição divina ainda persiste na nossa cultura popular portuguesa, de matriz marcadamente católica-romana; por exemplo quando uma criança brinca imitando uma pessoa cega e pode por isso ser repreendida de forma severa, com verbalizações do género: “Não faças isso que Deus ainda te castiga.” (Correia & Cabral, 1999; p. 11).

Na Antiguidade Clássica também a cegueira, tal como outras deficiências físicas, representava um estigma social, aqui porque se associava à existência de sinais corporais marcadores de uma condição moral inferior (mau carácter), levando a uma atitude de franca marginalização e evitamento das pessoas cegas (Gil, 2000). Aristóteles, que nesta época representava uma perspetiva mais científica, considerava a visão como o sentido mais importante do Homem, através do qual poderia fazer um adequado conhecimento do mundo, sendo então o cego considerado como alguém incapaz de conhecer adequadamente o mundo físico e o próprio mundo social, e portanto condenado a viver à margem desses mundos (Oliveira, 1998).

Houve contudo sociedades em que o cego era considerado um favorito dos deuses, simbolizando a imagem de alguém com uma visão para dentro, com a capacidade de ver coisas que escapavam aos demais, sendo por isso visto como um ser superior, com mais capacidades de desenvolvimento espiritual porque menos influenciado pelas ilusões mundanas. Na história da civilização ocidental, a época judaico-cristã inicial foi marcada por uma temporária viragem na conceção da cegueira, que deixa de ser considerada pecaminosa e passa a ser vista como uma imperfeição necessária, simbolizando o poder divino. Os cegos eram então socialmente protegidos, seja porque merecedores de compaixão, seja pela perceção de serem pessoas dotadas de virtudes especiais, premiados com uma visão e iluminação sobrenatural que lhes

permitia comunicar com o mundo invisível (Hugonnier-Clayette, Magnard, Bourron-Madignier & Hullo, 1989).

Lowenfeld¹ (citado por Tuttle & Tuttle, 2006) sintetiza a evolução das atitudes e comportamentos face à cegueira por parte da sociedade ocidental, identificando 4 fases no tratamento dado às pessoas cegas. Na primeira, a que chama de “Separação”, a sociedade ostracizava as pessoas cegas, considerando-as não como pessoas, mas como objetos que ameaçavam a sociedade, o que constituía uma forma de racionalização do seu comportamento cruel. A fase a seguir, e que chamou de “Proteção”, acontece durante a época judaico-cristã inicial, quando começaram a emergir como padrões sociais dominantes a piedade e a compaixão, levando à criação dos primeiros asilos. A terceira fase, de “Autoemancipação”, revela-se durante os séculos XVIII e XIX, onde alguns cegos, apesar das atitudes negativas prevalentes na sociedade, conseguem, com a descoberta do *braille*², integrar o sistema educativo e ganhar proeminência social, sendo Nicholas Bacon (advogado de sucesso), um dos exemplos paradigmáticos. A 4ª fase, de “Integração”, inicia-se já no século XX, e compreende duas dimensões, a “Educação” e a “Assimilação”.

Portugal não se distanciou muito do percurso seguido por outros países europeus, nomeadamente a França (Dias, 1995). No século XIX, foi criada a Associação Promotora do Ensino dos Cegos, obra impulsionada por personalidades como José Cândido Branco Rodrigues, João de Deus, Fernando Pereira Palha e Victoriane Sigaud Souto, entre outros (Guerreiro, 1996a). Também o Rei D. João VI impulsionou a criação do Instituto de Surdos, Mudos e Cegos de Lisboa, o qual veio posteriormente a integrar a Casa Pia. Assim, na transição do século XIX para o século XX, muitos cegos puderam não se limitar a sobreviver da mendicância ou do assistencialismo institucional. Começaram a aparecer cegos com elevada formação em áreas como a Música, Letras, Matemáticas e outras, desenvolvendo carreiras profissionais na docência e em instituições especializadas para a educação dos cegos. Tendo por base alguns documentos do Ministério da Educação, as primeiras experiências de integração em Portugal consistiram na criação de classes especiais no Instituto Aurélio da Costa Ferreira em 1944, destinadas a alunos com problemáticas ao nível da aprendizagem. A utilização do

¹Lowenfeld, B. (1975). *The Changing Status of the Blind from Separation to Integration*. Springfield, Thomas.

²Braille ou braile - é um sistema de leitura com o tato para cegos, inventado pelo francês Louis Braille no ano de 1827 em Paris. O Braille é um alfabeto convencional cujos caracteres se indicam por pontos em alto-relevo. O deficiente visual distingue por meio do tato. A partir dos seis pontos relevantes, é possível fazer 73 combinações que podem representar letras simples e acentuadas, pontuações, números, sinais matemáticos e notas musicais.

conceito de integração neste contexto pode parecer algo abusiva, mas o objetivo foi criar uma rutura com o modelo institucional segredado e segregador, reinante da época (Dias, 1995).

É já na segunda metade do século XX, a partir da década de 60, que Portugal começa a criar uma nova dinâmica para a integração e apoio aos indivíduos afetados pela problemática da cegueira. A Direção Geral da Assistência alargou o apoio à integração na escola regular de crianças e adolescentes com deficiências, desenvolvendo programas para alunos com deficiência visual integrados em escolas preparatórias e secundárias, e concretizando pela primeira vez um trabalho de apoio em espaços próprios e com as condições necessárias (Correia & Cabral, 1999). Embora Portugal tenha ficado muito aquém dos países do Norte da Europa, com uma evolução mais lenta da alfabetização e uma mais baixa escolaridade do país, estas medidas destinadas à educação e integração social dos cegos podem ser consideradas atempadas (Candeias & Simões, 1999).

Atualmente, apesar dos importantes avanços sociais e científicos na forma de conceber e lidar com a deficiência visual, persistem na nossa sociedade concepções mitificadas sobre a cegueira que geram afastamento e estigmatização social, e que se traduzem em dificuldades acrescidas no processo de enfrentamento e adaptação à cegueira por parte das pessoas que a sofrem.

1.1.2. Etiologia e demografia da deficiência visual

A literatura apresenta várias explicações etiológicas para os problemas que afetam as estruturas visuais, e consequentemente a visão. Assim, a deficiência visual pode resultar da degeneração do globo ocular ou do nervo ótico, mas também por problemas relacionados com as conexões nervosas que ligam o olho ao cérebro.

As causas podem ser de origem congénita (como acontece nas retinopatias, glaucoma e cataratas, seja por condições herdadas geneticamente ou por condições devidas a doenças infecciosas contraídas pela mãe durante a gravidez, como a rubéola), ou de origem adquirida por traumatismos, doenças ou acidentes. Importa salientar que a etiologia da deficiência visual é multifatorial, podendo mesmo apresentar uma causa não especificada (Rodrigues, Fernandes, & Maia, 2004)

Em 2001 a OMS³ estimou em 180 milhões o número de indivíduos em todo o mundo com uma deficiência visual. Dentro deste universo 40 a 45 milhões são cegos. As principais causas de perda de visão, de acordo com a OMS, são a catarata, o tracoma e o glaucoma, responsáveis por mais de 70% da cegueira a nível mundial. Nos países desenvolvidos, a maioria das deficiências visuais são provocadas por alterações oculares e por doenças metabólicas que afetam o olho, como descolamento de retina, cataratas, glaucoma e diabetes, entre outros (SNRIPD⁴, 2003).

A RILI⁵ (2002) estima que o número de indivíduos cegos duplicará face ao número atual em 2030. Estudos realizados permitiram relacionar a incidência da cegueira nos países ocidentais com algumas variáveis: o índice de cegueira aumenta com a idade; a proporção da cegueira é ligeiramente superior nas mulheres; a incidência da cegueira aumenta nas classes baixas e nos grupos socialmente marginalizados.

Segundo Thylefors, Négrel, Pararajasegaram & Dadzie (1995) de entre os indivíduos cegos em todo o mundo 58% têm idade superior ou igual a 60 anos, 32% têm idade compreendida entre 45 e 59 anos, 7% têm idade compreendida entre 15 e 44 anos, e 4% têm idade inferior ou igual a 14 anos.

Em Portugal, e de acordo com a SNR⁶ (1996), existe uma base de análise feita através do “Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens”. O estudo partiu de uma matriz de natureza sociológica sustentada na perceção que os indivíduos têm face à deficiência e às alterações provocadas na sua capacidade de realização, no seu comportamento e, de forma mais ampla, na sua participação social. O inquérito alerta que devido à ausência de estudos realizados anteriormente em Portugal sobre esta matéria, os resultados devem ser considerados apenas como um referencial informativo. Tendo em consideração este facto, os resultados obtidos no que respeita à deficiência visual indicam que a incapacidade para ver apresenta uma taxa de 83.67 por mil, sendo esta entendida como ausência ou redução grave da visão. O estudo

³Organização Mundial de Saúde - é uma agência especializada em saúde, fundada no ano de 1948 e é subordinada à Organização das Nações Unidas. A sede da OMS é em Genebra, na Suíça.

⁴Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência - é um organismo dotado de autonomia administrativa e património próprio, sob tutela do Ministro da Solidariedade e Segurança Social. O seu objetivo é o planeamento, coordenação, desenvolvimento e execução da política nacional de prevenção, reabilitação, inserção e integração das pessoas com deficiência.

⁵Research Institute of Lighthouse International - é uma organização de caridade Americana, com sede em Nova Iorque, dedicada à reabilitação da visão e da defesa para o cego. É líder na pesquisa da visão que melhora a qualidade de vida das pessoas cegas ou com deficiência visual.

⁶Secretariado Nacional de Reabilitação - era o instrumento do Governo para a implementação de uma política nacional de habilitação, reabilitação e integração social das pessoas com deficiência. Pelo Decreto-Lei nº 35/96, de 2 de Maio, o SNR foi extinto dando lugar ao Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD).

constata ainda: (a) uma constância dos valores da incapacidade para ver até ao escalão etário dos 35 aos 44 anos, existindo um crescimento acentuado em idades posteriores; (b) a incapacidade por redução grave da visão atinge uma expressão bastante mais elevada que a incapacidade por ausência de visão; (c) tendo como referência a globalidade da população, cerca de 22 pessoas em cada mil são portadoras de deficiências sensoriais, e dentro destas o défice de visão, que atinge 9.7% da população, revela-se a forma de deficiência mais significativa do ponto de vista do valor de incapacidade que lhe esteja associado; (d) a desvantagem na capacidade de ocupação assume o valor de 33.06% do total das desvantagens identificadas, seguida das desvantagens na independência económica (19.26%), na mobilidade (14.24%), na independência física (13.05%), na integração social (11.5%), e na orientação (9.89%).

O INE⁷ (2002) fornece dados sobre a deficiência visual com base nos “Censos 2001”, clarificando que as respostas sobre a deficiência e grau de incapacidade obtidas resultam sobretudo da autoavaliação de cada respondente em relação aos tipos de deficiência inscritos nos respetivos questionários. Estes dados indicam: (a) de entre as diferentes deficiências identificadas, a taxa de incidência da deficiência visual foi globalmente a mais elevada, representando 1.6% do total da população residente, com uma proporção aproximada entre homens e mulheres; (b) esta maior incidência da deficiência visual face a outras deficiências verifica-se sobretudo nos grupos etários dos 0 aos 14 anos e dos 15 aos 24 anos, seguida do grupo dos 55 aos 64 anos, enquanto no intervalo etário dos 25 aos 54 anos a população com deficiência visual apresentou valores próximos da população com outros tipos de deficiência.

No entanto, o INE (2002) reconhece que os dados disponíveis relativos à população com deficiência visual são escassos. Salienta que a maior incidência da deficiência visual acontece em idades mais avançadas, e que importa reter a ideia de que a incidência dos problemas relacionados com a visão tenderá a aumentar a cada ano que passa, constituindo-se numa problemática muito atual.

⁷Instituto Nacional de Estatística - é o órgão oficial encarregue de recompilar as estatísticas demográficas, sociais e económicas, além de planificar, levantar e analisar os censos demográficos e desenvolver os índices de preços para estudos macroeconómicos, do país.

1.1.3. Definição da deficiência visual: da conceção médica à perspetiva socioeducativa

O conceito de deficiência visual e os parâmetros para uma uniformização da sua definição ainda não foram encontrados, devido à grande heterogeneidade de termos, conceitos, indivíduos implicados, objetivos perseguidos, critérios utilizados, modelos de análise e estratégias de intervenção (Verdugo, 1995). De acordo com Moura e Castro (1995), esta dificuldade em definir o conceito de deficiência visual, bem como de encontrar os parâmetros para a uniformização da sua definição, resulta em grande medida da incompatibilidade entre a plasticidade da pessoa humana e a rigidez subjacente a uma definição conceptual.

Dentro da grande heterogeneidade vigente, há a perspetiva globalmente aceite de que a deficiência visual, consistindo na deterioração ou ausência do sentido da visão, pode englobar vários graus de limitação ou incapacidade (Rodrigues, et al. 2004), ou pode ser vista como um contínuo de condições que vão desde a cegueira a vários graus e tipos de visão parcial (Silverstone, Lang, Rosenthal & Faye, 2000).

Em 1989 a OMS propõe uma nomenclatura de referência para caracterizar os graus de deficiência visual, tendo em conta a acuidade visual. Divide as deficiências da acuidade visual em três grupos de categorias de visão: visão normal (deficiência nula ou ligeira), ambliopia (disfunção moderada ou grave) e cegueira (profunda, quase total e total). A cegueira profunda corresponde à possibilidade de contar dedos a menos de 3 metros de distância; a cegueira quase total corresponde à possibilidade de contar dedos até 1 metro ou menos, ou na deteção de movimentos das mãos até 5 metros ou menos, ou ter perceção de luz; a cegueira total implica a ausência de perceção de luz, incluindo as situações em que exista a ausência de um ou dos dois olhos (cf. Apêndice I). No entanto, esta classificação não é universal, podendo mudar de acordo com as normas referentes ao grau de visão e ao campo de visão definidos por cada país (SNR, 1989).

Este tipo de classificações da deficiência visual baseia-se exclusivamente num diagnóstico oftalmológico e toma apenas como medida da capacidade visual dos sujeitos a acuidade visual. Corresponde portanto a uma conceção médica da deficiência visual e especificamente da cegueira, a qual é marcada pela procura da exclusão de toda a subjetividade, sendo a cegueira vista como uma falha orgânica.

Esta conceptualização médica assume um carácter determinista quando conjugada com a perceção social do sujeito cego como um ser humano excluído da comunidade dos

homens são, levando a que a cegueira se constitua como uma condição irreversível de marginalização social. Acabou por se revelar uma conceptualização redutora e socialmente inadequada, quando se observou que indivíduos cegos com igual acuidade visual possuíam eficiência visual distinta, ou seja, sujeitos com a mesma medida oftalmológica de visão apresentavam diferenças na utilização do resíduo visual (Clavreul⁸, citado por Amiralian, 1997).

Assim, e de um ponto de vista social-educativo, a acuidade visual deixou de ser, por si só, considerada como um fator credível para definir a cegueira. Assiste-se a uma mudança de paradigma que se concretiza numa conceção educacional da cegueira, caracterizada prioritariamente pela ênfase na eficiência visual e não na acuidade visual. É a partir da década de setenta que esta corrente socioeducativa ganha importância, passando a ser consideradas cegas as pessoas cuja percepção visual não apresenta qualquer restrição de eficácia e para quem o tato, o olfato e a cinestesia são os sentidos primordiais na apreensão do mundo exterior (Amiralian, 1997).

1.1.4. Cegueira congénita e cegueira adquirida

De acordo com a altura do seu surgimento, a cegueira pode classificar-se como “congénita” ou “adquirida”. Esta tipologia da cegueira corresponde a uma questão ainda não plenamente clarificada pelos especialistas, embora se reconheça a sua grande importância na compreensão do funcionamento psicológico das pessoas cegas. Constatam-se divergências entre autores no que respeita à fronteira temporal que separa a cegueira congénita da adquirida.

Para alguns autores, como Tuttle & Tuttle (2006), Munster & Almeida (2005), ou Hatwell⁹ (citado por Moura e Castro, 1993) essa fronteira temporal está no nascimento: a cegueira é considerada congénita se adquirida antes ou durante o nascimento, e classificada como adquirida quando se manifesta em qualquer etapa da vida após o nascimento.

⁸Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Traduzido por: Colégio Freudiano do Rio de Janeiro – Jorge Gabriel Noujaim, Marco António Coutinho Jorge, Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Brasiliense.

⁹Hatwell, Y. (1966): *Privation Sensorielle et Intelligence-Effets de la Cécité Précoce sur la Genèse des Structures Logiques de l'intelligence*. Presses Universitaires de France. Paris.

Para outros autores, como Omelezi¹⁰ (citado por Almeida & Araújo, 2013), Lowenfeld¹¹ (citado por Amiralian, 1997), Swallon (1976), ou Anache (1994) a cegueira é considerada congénita quando se manifesta até aos 5 anos de idade.

Há ainda autores que defendem como fronteira temporal para os dois tipos de cegueira os primeiros 12 meses de vida (Arnaiz & Martinez, 1998).

Amiralian (1997) ajuda-nos a compreender as razões para esta dispersão de perspetivas no que toca à separação temporal entre cegueira congénita e adquirida. É sabido que os cegos de nascença estruturam toda a sua vida através dos outros sentidos que lhes restam, enquanto aqueles que adquirem a cegueira têm que adaptar uma nova condição à sua própria vida já parametrizada e desenvolvida pelo sentido da visão. Porém, saber qual o momento de ocorrência da cegueira que implique distintas condições no desenvolvimento e aprendizagem, de forma a estabelecer uma diferenciação de grupos, é outro problema. Se é consensual que uma cegueira adquirida na idade adulta será necessariamente diferente daquela adquirida à nascença, já se torna mais difícil estabelecer a diferença entre uma cegueira de nascença, uma cegueira adquirida aos seis anos, e outra aos onze anos de idade. O autor considera que o aspeto mais relevante na diferenciação assenta no recurso visual utilizado pelos indivíduos com cegueira adquirida, em contrapartida ao processo de reorganização percetiva exigida para os portadores de cegueira congénita.

Na defesa da fronteira temporal aos 5 anos de vida, Lowenfeld apresenta estudos indicando que o indivíduo que perde a visão antes dos cinco anos não retém qualquer imagem visual, enquanto aqueles que a perdem posteriormente podem reter uma estrutura de referência visual útil. Por sua vez, Swallon (1976) baseia-se num quadro piagetiano como referência para a compreensão das manifestações no comportamento do funcionamento cognitivo, defendendo que a criança até aos cinco anos, na fase pré-operatória, forma imagens estáticas insuficientes para representar ou antecipar processos desconhecidos, diferentemente daquela que, quando a perda ocorre, já possui uma estrutura cognitiva do período operacional.

Por sua vez, na opinião de Arnaiz & Martinez (1998), a cegueira congénita é aquela que se apresenta no momento do nascimento ou dentro dos primeiros doze meses de vida, enquanto a cegueira adquirida é aquela que se manifesta após o primeiro ano de vida. Uma vez que assumem que os indivíduos com cegueira adquirida são capazes de se recordar das

¹⁰Ormelezi, E. M. (2006). *Os Caminhos da aquisição do conhecimento e a cegueira: do universo do corpo ao universo simbólico*. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de São Paulo.

¹¹Lowenfeld, B. (1950). *Psychological Foundation of Methods in Teaching Blind Children*. In ZAHL, P. A. *Blindness*. New Jersey: Princeton University Press.

experiências visuais que tiveram antes de perder a visão, estes autores pressupõem também que essa capacidade se inicia no segundo ano de vida.

No presente estudo seguimos os autores que tomam como referencial de distinção a retenção das imagens visuais, ou a passagem da fase pré-operatória para a operatória segundo Piaget, considerando como cegueira congénita aquela que ocorre até aos 5 anos, e cegueira adquirida quando surge após essa idade.

1.1.5. Impacto psicossocial da deficiência visual

A compreensão do impacto da deficiência visual, e concretamente da cegueira, nos sujeitos que a sofrem, passa por compreender o modo como as pessoas reagem a ela e se organizam, ou reorganizam, isto é, passa pela compreensão do processo de enfrentamento e ajustamento à condição de deficiência visual. A importância desta compreensão radica na possibilidade que ela oferece de melhorar as intervenções que podem ser prestadas a quem sofre deste tipo de deficiência.

Como premissa para a importância de estudar o impacto psicossocial da cegueira está o entendimento de que, como salienta Marques (2011), enquanto deficiência sensorial, a cegueira não diminui só por si as capacidades cognitivas ou conceptuais do seu portador, e também não altera o universo e natureza das necessidades comuns a todos os seres humanos, que incluem necessidades sociais, afetivas, materiais e de bem-estar.

A investigação tem demonstrado que a deficiência visual engloba uma multiplicidade de fatores que influenciam decisivamente a forma de sentir e de estar dos indivíduos implicados. Também é consensual, no domínio da psicologia, que estes fatores ou variáveis devem ser procurados no quadro de uma abordagem bio-psi-social, considerando o indivíduo enquanto pessoa-global, e salientando a importância de compreender a dinâmica entre estes três níveis ou dimensões (o biológico, o psicológico e o social), bem como a interação entre as diferentes variáveis envolvidas.

Assim, a avaliação do impacto e do consequente processo de ajustamento à deficiência visual deverá envolver a identificação e compreensão de diferentes aspetos, que jogam nos três diferentes níveis (bio/psico/social) e que interagem entre si: (1) as características específicas da deficiência visual (o grau de dificuldade visual; se a deficiência é congénita ou adquirida; se na adquirida a perda de visão é lenta/gradual ou brusca/repentina); (2) o tipo de ambiente físico e social do indivíduo (atitudes sociais dominantes e recursos físicos e sociais disponíveis, onde

ganham importância as redes sociais de apoio informal que incluem família e amigos); (3) as características ou variáveis pessoais - quer as sociodemográficas (como género, idade, estado civil e agregado familiar, situação laboral e económica, estado de saúde); quer as psicológicas (cognitivas e emocionais) – entre as quais as crenças sobre a cegueira, as crenças filosóficas e éticas sobre a existência, a autoimagem (em dimensões como autoestima, autoconceito, percepção de autoeficácia, competência percebida), o estilo atributivo, as competências sociais, a estabilidade emocional, a capacidade de resolução de problemas, as estratégias de manejo emocional e cognitivo (Rosa & Ochaita, 1993; Rodrigues et al. 2004; Salabert & González, 2003; Tuttle & Tuttle, 2006).

Entre esta multiplicidade de fatores que pode introduzir variações no impacto que a deficiência visual produz, há desde logo a considerar dois tipos de desvantagens que todas as pessoas cegas partilham: vivem uma realidade em que a visão está ausente enquanto instrumento de realização e de conhecimento, e experimentam massivamente o estigma e a vivência da opressão que conduzem a uma situação de exclusão e marginalização social (Martins, 2006; 2006a). Estas desvantagens da deficiência visual, que constituem importantes fatores de *stress*, geram facilmente mal-estar psicológico grave e obrigam a um esforço excessivo na mobilização dos recursos existentes na pessoa, para enfrentar e resolver as dificuldades funcionais e o *stress* psicológico no seu processo de ajustamento à cegueira (Salabert & González, 2003).

Tuttle, um dos autores de referência no desenvolvimento das abordagens psicológicas à compreensão da cegueira, destaca a importância da autoimagem e considera que as interferências na adequação pessoal podem levar a revisões do autoconceito e da autoestima, isto é, da percepção que a pessoa tem do seu valor, da sua competência, adequação e auto-realização. Defende que a autoestima e competência são recursos psicológicos muito importantes no processo de desenvolvimento e de enfrentamento bem-sucedido dos desafios da vida, e que estes recursos se encontram comprometidos nas pessoas com cegueira, seja congénita ou adquirida. Segundo o autor, na cegueira adquirida a perda de visão tenderá a provocar no imediato (e até que se consigam desenvolver comportamentos adaptativos e aptidões de *coping*) sentimentos de desamparo, dependência e desadequação que, aliadas a expectativas mínimas e a atitudes sociais negativas experienciadas pelas pessoas cegas, afetam negativamente o autoconceito e a autoestima – ou seja, o sentido de valor e de competência da pessoa recentemente cega torna-se especialmente vulnerável. Na cegueira congénita, o autor defende que o desenvolvimento da autoestima e da competência tenderão a ficar

comprometidos, quer pelas limitações de base na aprendizagem individual, quer pelas atitudes ou crenças sociais sobre a cegueira, dando particular relevo a estas últimas. As crianças cegas tenderão a experienciar, no seu envolvente social (incluindo na família), reações de desvalorização e anulação, sendo compelidas a sentirem-se estranhas, diferentes, indesejadas e incapazes ou desadequadas; estas experiências, pela sua precocidade e intensidade, tenderão a formatar a personalidade da criança e a ter uma influência duradoura. Ao mesmo tempo, a cegueira congénita implica o acesso restrito ou inadequado a modelos de papéis sociais, e apesar de as competências intelectuais poderem estar preservadas, a criança cega encontra-se inevitavelmente diminuída ou inibida na capacidade de recolha do máximo de informação sensorial, baseada nas experiências concretas. Todos estes fatores contribuem para que os indivíduos portadores de cegueira congénita apresentem (face à população normovisual) maior tendência para um quadro crítico de traços de personalidade (como imaturidade, isolamento social, passividade e dependência), que coloca em causa a sua própria saúde mental e compromete a adaptação pessoal. Preconiza que, tanto para a cegueira congénita como adquirida, a autoaceitação e a autoestima são fatores essenciais para o processo de adaptação bem-sucedida à cegueira, considerando que os indivíduos completam o seu processo de autoaceitação quando aprendem a viver com as suas capacidades pessoais, mas também com as suas limitações e dependências, e que o amor-próprio, a autovalorização e o autorrespeito são fundamentais para o sucesso da autoaceitação (Tuttle¹², citado por Salabert & González, 2003; Tuttle & Tuttle, 2006).

Além de Tuttle, a relevância das variáveis psicológicas no impacto e no ajustamento à cegueira – sobretudo na cegueira adquirida - é assumida e estudada por vários outros autores.

Taylor (1983) destaca as atribuições causais e a perceção de controlo do sucesso concreto, indicando que a adaptação a novas situações está modulada por estes esquemas corporais. Alian Dodds e Colaboradores (Dodds, 1991; Dodds et al.¹³, citado por Salabert & González, 2003), apresentaram evidências de apoio ao seu modelo de ajustamento à cegueira, salientando a importância de definir o “Eu como agente” (a perceção que a pessoa tem de controlo e capacidade para o êxito de futuras tarefas), bem como a dos processos de autovalorização interna, a qual será modulada pela presença/ausência de ansiedade, sintomatologia depressiva e maior ou menor autoestima, e com efeitos diretos na autoimagem.

¹²Tuttle, D. W. (1984). *Self-Esteem and Adjusting with Blindness: The process of responding to life's demands*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.

¹³Dodds, A., Ferguson, E., Flannigan, H., Hawews, G., & Yates, L. (1994). The Concept of adjustment: A structural model. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88 (6), 487-497.

Concluíram que uma condição importante para o êxito da reabilitação é a aceitação da cegueira combinada com a atribuição do êxito aos seus próprios esforços e habilidades.

Bandura¹⁴ (citado por Salabert & González, 2003) salienta a relevância da autoeficácia percebida nos processos de mudança comportamental, e indica como fontes dessa percepção as experiências de domínio, as experiências indiretas, a persuasão social e os estados de ânimo. Também Cobo (2003) afirma a importância de existir uma boa percepção de autoeficácia para impulsionar qualquer tipo de aprendizagem, quer seja uma aprendizagem inicial, quer seja na manutenção de algo que já exista. O autor defende que enquanto estiver inseguro e em conflito, o deficiente visual utilizará estratégias de evitamento que podem levá-lo ao isolamento social e à vivência de um forte sentimento de solidão, eventualmente mais intensos e gravosos nos indivíduos que apresentem à partida maior introversão, insegurança e sentimentos de inferioridade, uma vez que estes tenderão a diminuir as tensões resultantes do facto de não conseguirem mudar a sua realidade objetiva recorrendo à fantasia e à criação de um mundo imaginário, mecanismos que contrariam a capacidade de discernimento normal e de criatividade necessários a uma adaptação positiva. Preconiza que a reconquista de um autoconceito de competência ou eficácia é necessário para assumir uma vida social adequada, e que essa reaquisição depende desde logo da superação dos traumas psicológicos que possam ter afetado o deficiente visual.

Salabert & González (2003) indicam também, como variáveis pessoais que influenciam o processo de ajustamento à deficiência visual, a bagagem atitudinal do sujeito e os seus recursos de enfrentamento, que incluem competências sociais, capacidade de resolução de problemas, estilo assertivo e estratégias de manejo emocional e cognitivo. Referem ainda que o processo contínuo de ajustamento (quer inicial quer de médio/longo prazo) irá provocar a mobilização de recursos externos e internos, assim como a procura de novos recursos e a aprendizagem de habilidades, que serão analisadas em função dos seus efeitos no bem-estar da pessoa. Assim, no caso de um enfrentamento positivo, e concretamente na perda de visão, a mobilização de recursos pode manifestar-se num mal-estar temporal, mas se o enfrentamento é negativo as consequências serão bem mais devastadoras no bem-estar da pessoa, levando mais provavelmente à necessidade de uma intervenção psicológica profissional. Indicam, citando Skodol¹⁵, que o distanciamento e fuga/evitamento, a auto-culpabilização e a negação total constituem exemplos de estratégias de enfrentamento negativo, porquanto diversos estudos

¹⁴Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

¹⁵Skodol, A. E. (1998). *Personality and coping as stress-attenuating or amplifying factor*. In: P. B. Dohrenwed (Ed.), *Aversity, Stress and Psychopathology*, (377-389). New York: Oxford University Press.

apontam para que estas estratégias se correlacionam com altos níveis de ansiedade e depressão. Por outro lado, como estratégias de enfrentamento positivo (que permitem reduzir as alterações psicológicas associadas ao *stress*), incluem uma reavaliação positiva da situação, a aceitação da deficiência visual, a utilização do sentido de humor e estratégias centradas no problema.

A importância da envolvente social no impacto e adaptação à cegueira é salientada também por muitos outros autores.

Hall (1997) clarifica que os estereótipos relativos aos indivíduos com cegueira se reduzem a características simples, impondo categorizações que muitas vezes não correspondem adequadamente às suas capacidades e possibilidades, uma vez que o objetivo social estará centrado em separar o normal do “anormal”, delimitando fronteiras e excluindo tudo aquilo que não convém à manutenção do *status quo*, ou à conveniência da ordem social vigente. Pelechano, Miguel & Ibáñez (1995), referem que os estereótipos e o estigma da cegueira têm merecido grande reflexão, pela sua influência negativa no modo como a pessoa cega reage à sua cegueira. Apontam a própria comunicação social enquanto fomentadora destes estereótipos, ao contribuírem muitas vezes para alimentar sentimentos de piedade que perpetuam imagens negativas ou irrealistas da cegueira. Assim, apesar de existir atualmente uma maior sensibilidade civilizacional, a sociedade continua repleta de falsas crenças e de comportamentos incorretos relativamente à cegueira e às pessoas cegas. Sacks (1996), por sua vez, afirma o papel fulcral que as redes sociais exercem no processo de adaptação e reabilitação da pessoa com deficiência visual: para que o indivíduo com deficiência visual mantenha confiança em si próprio, é indispensável que ele possa confiar naqueles que o cercam, e que sinta relativa segurança face ao futuro.

Hollins (1989) vai no mesmo sentido, afirmando que, apesar das crenças sociais parecerem atualmente mais realistas, não existe ainda uma mudança significativa nas atitudes públicas, o que indicia uma expressão ainda elevada de crenças não realistas. Expõe duas teorias que procuram explicar as atitudes não realistas face às situações relacionadas com a cegueira: por um lado, a teoria da falta de conhecimento da realidade dos indivíduos cegos; por outro lado a teoria do simbolismo, em que as pessoas constroem inconscientemente ideias de toda a espécie sobre o que são os olhos e o que é ver ou ter visão, levando a reações emocionais diversificadas. No entanto, estas duas teorias revelam-se complementares, uma vez que se pode assumir que as representações simbólicas (e inconscientes) da cegueira são tanto mais diversificadas numa sociedade, e potencialmente mais obscuras, quanto menos conhecimento científico circular nessa sociedade. Assim, para a promoção da adaptação e integração social

das pessoas cegas, e no sentido de atenuar mitos, preconceitos e incompreensões sociais sobre o que é ser-se cego, parece importante que se aposte numa “pedagogia da cegueira” de âmbito público e socialmente alargado.

Vários autores se têm debruçado sobre as diferenças entre cegueira congénita e adquirida relativamente ao seu impacto psicológico no indivíduo, sendo comum a noção de que o impacto psicológico é mais dramático ou disruptivo na cegueira adquirida, devido à experiência ou percepção de perda/rutura, e aos sentimentos intensos e negativos que provoca.

Martins (2006, 2006a), a partir de um estudo de natureza qualitativa e etnográfica com uma amostra de pessoas com cegueira congénita e adquirida, considera que as diferenças significativas entre os dois tipos de cegueira se baseiam em diferentes experiências e representações do mundo por parte dos sujeitos. Nos cegos congénitos não haverá uma representação mais pobre do mundo, pois nele se integram naturalmente, sem se confrontarem com aquilo que, nos cegos mais tardios, lhes parece verdadeiramente inacessível. Ou seja, nos cegos congénitos não haverá um sentimento de cisão, perda ou rutura, como acontece na cegueira adquirida, onde essa experiência de perda exige da parte dos sujeitos uma verdadeira “metamorfose no *modus vivendi*”. Além disso, os cegos congénitos aprendem desde a 1ª infância competências e técnicas de adaptação à cegueira, a serem empregues na realização das mais diversas atividades. Assim, as pessoas com cegueira congénita tenderão a mostrar uma maior adaptação à sua condição e a revelarem menos sentimentos de inconformismo ou revolta pelo facto de serem cegas. Sem deixar de frisar que os cegos congénitos também se deparam com dificuldades críticas (quer pela consciência que têm da diminuição social a que são sujeitos, quer porque sofrem de uma restrição importante nas possibilidades de realização de tarefas e de autorrealização pessoal), o autor defende e salienta que na cegueira congénita se verifica uma “incorporação mais natural da cegueira”, resultante da inexistência de uma experiência de perda. Johnson¹⁶ (citado por Sequeira & Bento, 1999), também verificou, em estudos com cegos congénitos e recentes, que os dois grupos experienciam sentimentos diferentes e herdaram diferentes valores sobre incapacidade e dependência.

Alguns autores salientam a diferença de foco de impacto na cegueira congénita e adquirida: na cegueira congénita (e na cegueira precoce, durante a 1ª infância) o impacto dramático e disruptor incide (totalmente ou sobretudo) na família, tornando imperativo que seja o sistema familiar o alvo do diagnóstico de impacto e da consequente intervenção com vista a

¹⁶Johnson, D. (1989). An unassisted method as psychological testing of visual impaired individuals. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 2, 114-118.

apoiar o seu processo de adaptação à deficiência visual, ou ao facto novo de haver agora na família uma criança deficiente visual (Salabert & González, 2003). Contudo, a importância de estudar e apoiar a família também é válida para a cegueira adquirida, mesmo em adultos, uma vez que a família também pode sofrer um impacto disruptivo e a sua reação e atitudes condicionam fortemente o processo de enfrentamento da pessoa que perdeu a visão (Schulz¹⁷, citado por Hollins, 1989).

Num quadro de compreensão da cegueira congénita, alguns autores salientam as limitações de base na aprendizagem a que estão sujeitas as pessoas cegas, que poderão comprometer o seu processo de adaptação à cegueira. Falvo (1991) aponta dificuldades na aprendizagem conceptual, resultantes da falta de experiências visuais no ambiente: não há apreensão visual de conceitos importantes como distâncias, profundidades, proporções e visualização de cores, devendo estes conceitos serem apreendidos por meios alternativos, necessariamente mais esforçados e menos eficientes. Arnaiz (1998) demonstra que as experiências sensoriomotoras na fase da infância são cruciais, revelando-se a maior fonte de informação e de conhecimento para a criança, e que as atividades ligadas ao movimento, e todas as que dele decorrem, influenciam de forma mais visível as crianças com deficiência visual. A sua investigação indica que os problemas podem ser menores nas crianças com visão reduzida, ainda que não se possa generalizar, uma vez que dependem de outros fatores como a funcionalidade de cada um, o seu resíduo visual e a própria estimulação recebida.

A cegueira adquirida tem merecido, face à cegueira congénita, mais atenção por parte dos investigadores no que toca à compreensão do impacto psicossocial da deficiência visual - talvez isso se deva, em parte, à noção de que o impacto mais disruptivo se dá na cegueira adquirida. Assim, a investigação tem-se orientado muito para o conceito de perda ou rutura, tentando compreender as suas causas, manifestações e consequências.

Muitos autores consideram que os comportamentos e sentimentos da pessoa recentemente cega no período que se segue à perda de visão, embora variem naturalmente de indivíduo para indivíduo, apresentam um padrão consistente de reação à perda semelhante ao luto (Blank¹⁸, citado por Hollins, 1989; Carroll¹⁹, citado por Hollins, 1989; Cholden²⁰, citado

¹⁷Shulz, P.J. (1980). *How Does It Feel to be Blind?* Los Angeles: Muse-Ed. Co.

¹⁸Blank, H. R. (1957). Psychoanalysis and blindness. *Psychoanalytic Quarterly*, n.26.

¹⁹Carroll, T. J. (1968). *Cegueira: o que ela é, o que ela faz e como conviver com ela*. São Paulo. Fundação para o Livro do Cego no Brasil.

²⁰Cholden, L.S. (1958). *A psychiatrist works with blindness*. New York: American Foundation for the Blind.

por Hollins, 1989 e Salabert & González, 2003; Schulz²¹, citado por Hollins; Schulz²², citado por Salabert & González, 2003; Tuttle & Tuttle, 2006). Embora esta reação de luto suscite diferentes interpretações, a sua descrição pelos autores citados é muito próxima: envolve uma primeira fase de choque (sentimentos de irrealidade, despersonalização ou negação), cuja maior ou menor duração dependerá de vários fatores (entre os quais a forma súbita ou progressiva da perda de visão, o grau de perda, o mapa emocional do sujeito); seguida de uma fase de depressão (durante a qual a realidade da cegueira se impõe à pessoa, e esta sente que não vale a pena viver, que os problemas impostos pela cegueira são insuperáveis e que a pessoa é um fardo inútil para a família), que pode durar semanas ou meses, mas que eventualmente será superada, pela via da aceitação da cegueira (3ª fase), com o retorno ao interesse pela vida e por aprender a lidar com os problemas práticos decorrentes da cegueira.

Há contudo algumas diferenças por parte dos teóricos das fases acima citados. Blank, um autor de orientação psicanalítica, considera os sintomas de choque, despersonalização e negação como mecanismos de defesa de último recurso contra a ameaça de desintegração do ego, e que resultam da rutura ou corte radical nos padrões já aprendidos e vivenciados a diferentes níveis: na comunicação, na mobilidade, no trabalho, no lazer e nos sentimentos acerca de si próprio, tornando a perda de visão uma experiência traumática e corrosiva, sobretudo na cegueira súbita. Cholden, um dos primeiros autores a falar da psicologia do processo de ajustamento à deficiência visual, considera o estado de choque, que incapacita a pessoa de sentir e pensar, como um período “defensivo-analgésico”, (Cholden²³, 1958; pp.75-76, citado por Salabert & González, 2003) e vê a fase de depressão, enquanto reação emocional à perda, como consequência da resistência à mudança de personalidade ou do conceito de si mesmo – uma mudança interior que considera tão essencial como a mudança exterior (trabalho, *hobbies*, *status*, etc.), devendo a aceitação implicar o reconhecimento dessa dupla mudança. Por sua vez, Schulz²⁴ (citado por Salabert & González, 2003) reconverte a fase de aceitação da cegueira em “reorganização”, e flexibiliza a conceção de Cholden ao considerar que nem todas as pessoas passam necessariamente pelas três fases, dependendo de fatores de personalidade e das características da perda (grau de severidade e carácter mais brusco ou mais lento da perda). Este autor afirma ainda a importância do conhecimento e da informação aprofundada acerca da

²¹Schulz, P. (1980). *How Does It Feel to be Blind?* Van Nuys, Ca., Muse-Ed.

²²Schulz, P. (1977). Reaction to the loss of sight. In: J. Pearlman, G.L. Admas & S.H. Sloan (Eds.). *Psychiatric problems in ophthalmology*. Springfield: Charles C. Thomas.

²³Cholden, L.S. (1958). *A psychiatrist works with blindness*. New York: American Foundation for the Blind.

²⁴Schulz, P. (1977). Reaction to the loss of sight. In: J. Pearlman, G.L. Admas & S.H. Sloan (Eds.). *Psychiatric problems in ophthalmology*. Springfield: Charles C. Thomas.

própria cegueira como condição favorável à autoaceitação e posterior adaptação e integração social da pessoa que perde a visão: o conhecimento ou percepção, por parte dos indivíduos que estão a recuperar do trauma, de que por um lado as suas capacidades estão afetadas, mas que por outro estas podem evoluir com o desenvolvimento de técnicas de adaptação, favorece o aceitar da deficiência e o aceitar-se a si próprio, ou seja, facilita a construção e ordenação de sentimentos favoráveis à aceitação da nova condição, enquanto ponto de partida ou estímulo para um processo de adaptação bem-sucedido.

Outros autores defendem também, e salientam, a necessidade de reorganização da personalidade inerente à cegueira adquirida. Para Vygotsky²⁵ (citado por Ormelezi, 2000), a necessidade de procurar uma nova matriz de identidade e personalidade decorre da necessidade, após a perda/rutura, de construção de uma nova vida com novas habilidades, bem como de uma estrutura orgânica e funções que se organizam de modo diferente e singular.

Rosa & Ochaita (1993) defendem a necessidade de reorganização da personalidade como um dos ingredientes essenciais de adaptação à cegueira, à luz do quadro conceptual que define personalidade como organização singular das características físicas e psíquicas que determinam a conduta e o pensamento de um indivíduo, como pessoa social – isto é, como uma composição única de traços ou características que abarcam desde a conduta observável até ao pensamento e às emoções, e que é influenciada por características genéticas, mas também fortemente pelo meio social, a educação e a experiência global de vida do sujeito.

Além dos desafios de ordem emocional e social, a pessoa com cegueira adquirida enfrenta também desafios de aprendizagem. Souza (2008) destaca dois desafios importantes: a necessidade de aprendizagem de novas técnicas de orientação no sentido da mobilidade e locomoção, que lhe possibilitem a reconquista da independência em várias tarefas diárias da sua vida; a aprendizagem do *braille* e dos novos sistemas informáticos cada vez mais preponderantes no meio social, e que poderão abrir portas para outros desafios relevantes, como seja a profissionalização e a capacidade de aprender ofícios, como forma de criar uma maior independência económica. Moura e Castro (1994) salientam também a importância que a orientação e a mobilidade têm na vida de uma pessoa cega, pelos benefícios de diversa ordem que apresentam: a nível psicológico, contribuem de maneira positiva para melhorar o conceito de si próprio; no aspeto físico, permitem toda uma exercitação corporal que vai desenvolver a capacidade motora e a motricidade fina, tão importantes para o bem-estar geral; em termos

²⁵Vygotsky, L.S. (1993). *The fundamentals of defectology (abnormal psychology and learning disabilities)*. In: The collected works. Trabalhos escritos entre 1920 e 1930. New York: Plenum Press.

sociais, criam no indivíduo oportunidades de relacionamento e de realizar tarefas no seu dia-a-dia de forma autónoma; a nível económico, possibilita maiores oportunidades de emprego.

Ainda dentro da cegueira adquirida, a investigação tem demonstrado diferenças de impacto em função da fase de desenvolvimento ou ciclo de vida em que a perda de visão ocorre. Estudos feitos por diferentes autores apontam para um impacto psicossocial mais drástico na idade adulta por comparação com a infância ou mesmo adolescência, e maior na adolescência por comparação com a infância.

Carroll (1968) considera que na fase adulta as perdas resultantes da cegueira, bem como os seus efeitos negativos, se acumulam ou maximizam: há perdas em relação à segurança psicológica e à confiança nos sentidos remanescentes; perda de habilidades básicas implicadas no controlo de tarefas diárias e na mobilidade; perdas no processo comunicacional, incluindo comunicação escrita e falada, com dificuldades de ajustamento ao progresso informativo; perdas ao nível da apreciação estética, por exemplo a apreciação do agradável e do belo; perdas relacionadas com a ocupação e com a dificuldade de encontrar novas formas de passar o tempo; perdas de ordem económica, perspetivando maior dificuldade de construção de uma carreira profissional e de novas oportunidades de emprego; perdas ao nível da independência, da adequação social e da autoestima, com implicação na organização total da personalidade do indivíduo como um todo. Pelechano et al., (1995) verificam que existem dificuldades específicas ao nível da motricidade nos indivíduos que após a infância adquirem uma deficiência visual: apesar de haver aspetos como o sorriso, a motricidade fina e a postura ereta da cabeça que são adquiridos de forma inata e não são afetados pela deficiência visual, o facto de, por exemplo, as mãos estarem pouco desenvolvidas na estimulação tátil pode levar a que a utilização de uma bengala, a deslocação guiada pelo braço de outro indivíduo ou a aprendizagem do *braille* se convertam em aspetos problemáticos e difíceis para a pessoa. Neste campo da motricidade, a cegueira adquirida após a infância será então mais problemática, introduzindo dificuldades ou fontes de *stress* acrescidos, face à cegueira congénita e precoce.

Tuttle & Tuttle (2006), afirmam que quanto mais tarde ocorrer a perda de visão, maior será o impacto psicossocial, fazendo com que o tempo de adaptação à cegueira seja mais prolongado. Nesse sentido, consideram que a velhice é uma idade em que a adaptação à perda de visão apresenta mais dificuldades, pela ocorrência de outras problemáticas, em especial de saúde e as relacionadas com a rede de apoio informal, e também pela maior dificuldade nas aprendizagens de competências adaptativas. Por outro lado, Salabert & González (2003) referem que estudos espanhóis, ainda não finalizados mas já com algumas análises levadas a

cabo, parecem indicar que não existe uma tendência clara entre a idade e o melhor ou pior ajuste à deficiência visual, fazendo supor que outras variáveis, individuais e sociais, pesem mais que a idade cronológica.

Face à extensão e profundidade do impacto que a cegueira produz no indivíduo, muitos autores salientam a utilidade do apoio técnico-psicológico num processo bem sucedido de adaptação à cegueira.

Na prossecução de um apoio psicológico eficiente, e concretamente na cegueira adquirida, muitos autores salientam a importância de entender as várias dimensões do sofrimento da pessoa: a dimensão individual, corporal e de identidade, a dimensão relacional, a dimensão de trabalho/ocupação e a dimensão espiritual. Considera-se importante validar o sofrimento daquele que perde a sua visão, mas também trabalhar no sentido da autoaceitação e da reconstrução da sua eficácia e autoestima diminuídas, destacando e promovendo todos os recursos, qualidades e capacidades que o indivíduo possui para se ajustar à nova condição e que o ajudarão a uma mais fácil reintegração social (McIntyre, 1995; Rosa & Ochaita, 1993; Salabert & Gonzalez, 2003).

1.2. Saúde mental

O entendimento do conceito de saúde mental remete para a definição do conceito de saúde. Encontram-se na literatura duas diferentes conceptualizações de saúde: uma, assente num modelo biomédico, define negativamente a saúde como ausência de doença; a outra, associada a uma perspetiva holística e positiva da saúde, define saúde como capacidade de adaptação e bem-estar. É esta última abordagem que a OMS atualmente preconiza e que a literatura científica usualmente adota, entendendo a saúde não como ausência de doença ou de algum tipo de distúrbio biológico, mas antes como um estado positivo de bem-estar físico, mental e social. Corresponde assim a “uma conceção mais dinâmica da vivência biológica enquanto inseparável do contexto sociocultural, psicológico, económico, ecológico, em que o indivíduo vive” (Alves et al. 2001, p. 23).

A conceptualização da saúde mental seguiu esta mesma evolução. Até à década de 70 dominou na Psicologia o modelo biomédico, que conceptualiza a saúde mental numa perspetiva negativa, ou psicopatológica. De acordo com Pais-Ribeiro (Ribeiro, 2001), a avaliação da saúde mental orientava-se para a deteção de falhas funcionais ou entidades psicopatológicas, com o objetivo inerente de diferenciar indivíduos funcionais de indivíduos disfuncionais, de modo a

encaminhar a intervenção terapêutica para estes últimos. Neste modelo não se dá importância à diferenciação de diferentes graus de saúde mental positiva, isto é, à diferenciação entre indivíduos saudáveis de outros mais saudáveis.

Na década de 70 surge um movimento de reconceptualização do conceito de saúde mental que acompanhou o repensar do conceito de saúde no seu global, conhecido como “Segunda Revolução da Saúde” (Ribeiro, 2001, p. 78). Esta reorientação, por influência do modelo biopsicossocial e da Psicologia Positiva, traduziu-se num foco para a saúde positiva, considerando cada vez mais a presença de emoções e sentimentos positivos associados ao bem-estar, e não apenas a ausência de sintomas associados à doença mental. A sua emergência deveu-se muito à constatação de que as principais causas de morbilidade e mortalidade estão associadas ao comportamento humano, concebido este numa perspetiva abrangente que inclui a ação, mas também os seus “antecedentes, concomitantes e consequentes”, que se traduzem em dimensões como: “Expetativas, Crenças, Motivações, Atitudes, Atribuições, variáveis de referência pessoal (Autoeficácia, Autoconceito, Autoestima, etc.), Locus de Controlo, etc.” (Ribeiro, 2001, p. 78). No caso da morbilidade, estas variáveis podem ser quer dependentes, quer independentes das doenças, e podem ainda assumir uma relação mediadora ou moderadora entre outras variáveis psicológicas (Ribeiro, 2001).

Esta nova abordagem da saúde mental, mais holística e positiva, é reconhecida e recomendada oficialmente por entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou mesmo a Comissão Europeia. Esta última (European Commission, 2004) propõe que a saúde mental seja entendida em três dimensões: saúde mental positiva (inclui bem-estar e capacidade de lidar com situações adversas), a saúde mental negativa (que compreende perturbações psiquiátricas) e o *distress* psicológico (referente à presença de sintomas depressivos e ansiosos). A OMS, no seu Relatório Mundial da Saúde de 2001 (OMS, 2002) considera que a definição de saúde mental abrange vários conceitos, destacando-se o bem-estar subjetivo, a autoeficácia, a competência, a auto-realização intelectual e emocional, entre outros. Assim, a saúde mental deve ser entendida como um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas capacidades, enfrenta o *stress* normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Considera que a saúde mental, tal como a saúde física e a saúde social, são partes integrantes da saúde e atuam em interdependência, nenhuma delas podendo existir sem a outra.

Ribeiro (2001) dá conta de que as investigações em saúde mental têm evidenciado a existência de uma dimensão positiva (bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo) e outra negativa (*distress* psicológico, estado de saúde mental negativo).

O conceito de bem-estar subjetivo, psicológico ou emocional, é então visto como central na conceptualização e no estudo da saúde mental. Importa por isso dar conta das dimensões e variáveis que estão envolvidos nestes dois constructos, e da sua relação entre eles.

Simões (Simões et al., 2000) considera que o bem-estar subjetivo apresenta duas dimensões: a dimensão afetiva e a cognitiva. A dimensão afetiva do bem-estar representa dois fatores independentes: a afetividade positiva, que se traduz pela tendência a experimentar sentimentos e emoções agradáveis, e a afetividade negativa, que se expressa pela disposição para experimentar sentimentos e emoções desagradáveis. A dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo estaria representada apenas por um fator, a satisfação com a vida, que pode ser caracterizada de forma geral, mas também em diferentes domínios específicos, como a saúde, o lazer, o trabalho, as condições económicas, entre outros.

Emmons (1992) teoriza com base nos seus estudos que o bem-estar psicológico se encontra fortemente relacionado com objetivos e projetos de vida, isto é, o nível de bem-estar psicológico das pessoas aumenta proporcionalmente com o aumento no grau de satisfação quanto à concretização dos seus projetos pessoais.

Martinez (1997) refere que entre os fatores sociais e psicológicos suscetíveis de influenciar os sentimentos subjetivos de bem-estar, os que mais atenção têm recebido são a depressão, a ansiedade, o *stress*, o suporte social e o locus de controlo interno e externo.

No âmbito da relação entre saúde mental e qualidade de vida, Schalock & Verdugo²⁶ (citado por Marques (2011)), que partem de uma revisão da literatura internacional nos anos de 2002 e 2003, identificaram oito componentes críticos da qualidade de vida, entre os quais o bem-estar emocional, que teria como indicadores importantes a satisfação/alegria/felicidade, o autoconceito e autoestima e a ausência de *stress*. Veenhoven (1991) associa também melhor saúde física e psíquica a maior felicidade.

Cohen (2004) salienta a relação entre saúde, incluindo a saúde mental, e relações sociais. Identifica três variáveis que avaliam diferentes aspetos das relações sociais – o suporte social, a integração social e a interação negativa – considerando que elas se influenciam mutuamente através de diferentes mecanismos, e que todas estão relacionadas com resultados

²⁶Schalok, R. & Verdugo, M.A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. In M-A. Verdugo (Dir.), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.

na saúde. O suporte social, concebido como rede social de recursos materiais, informativos e psicológicos/emocionais, funcionaria como “amortecedor de *stress*”, eliminando ou reduzindo os efeitos de experiências stressantes ao promover interpretações menos ameaçadoras dos eventos adversos e estratégias de *coping* eficazes. A integração social promove estados psicológicos positivos, como identidade, propósito, orgulho pessoal e afeto positivo. As interações negativas, que representam relações enquanto fonte de *stress*, geram *stress* psicológico, aumentando o risco de doença.

Marqués-Brocksopp (2011), na sua abordagem ao debate científico acerca do bem-estar emocional, refere que a maioria da investigação se tem concentrado na “dimensão hedónica” ou de satisfação com a vida, mas que existem sinais de mudança de enquadramento na conceptualização do bem-estar de uma para duas dimensões (a “hedónica” e a “eudemónica” ou de desenvolvimento pessoal). Estes sinais estariam evidentes na distinção que alguns autores, do ramo da Psicologia Positiva, fazem entre “felicidade” e “florescimento”, bem como na necessidade de considerar o bem-estar de um ponto de vista holístico, tendo em conta as necessidades e o desenvolvimento pessoal a nível físico, social, emocional e espiritual. A autora refere ainda que foram estabelecidas relações significativas entre bem-estar emocional e constructos como otimismo, resiliência e autoestima. No campo da psicologia infantil a autora indica que tem sido sugerido que o bem-estar emocional pode ser redefinido como “literacia emocional” ou “inteligência emocional”, e ainda que, no contexto do programa SEAL (*Social and Emotional Aspects of Learning*) no Reino Unido, se procura identificar os processos e mecanismos que fortaleçam traços como empatia, altruísmo e otimismo, considerando que eles podem impulsionar as crianças para uma saúde mental positiva.

No campo da avaliação da saúde mental, Veit & Ware (1983), referem que se passou de um período inicial em que a avaliação apresentava características muito heterogéneas (a par de constructos psicológicos mais evidentes como sintomas de ansiedade e depressão, também se incluíam medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações e hábitos de saúde), para uma fase posterior mais redutora, em que as medidas de saúde mental se focavam quase exclusivamente em sintomas de ansiedade e depressão, vistos como sinais mais expressivos de sofrimento psicológico. Tendo em conta que uma parte substancial da população raramente ou nunca refere qualquer sintoma de *distress* psicológico, os autores defenderam que, para melhorar a precisão das medidas, seria necessário expandir a definição de saúde mental e incluir características de bem-estar psicológico, tais como bem-estar, alegria, prazer de viver ou felicidade.

A importância crescente dos sistemas de saúde pública, focados prioritariamente nos cuidados de saúde primários, na prevenção das doenças e na promoção da saúde, a par da constatação de que a maioria das pessoas que frequentam os cuidados primários não apresentam doença mental, ajudou a chamar a atenção para a necessidade de utilização de medidas que diferenciem as pessoas a nível de saúde mental, em vez de avaliarem apenas a existência ou ausência de psicopatologia (Ribeiro, 2001).

1.2.1. Causalidade biológica, psicológica e social

Num ponto de vista psicossocial a saúde/doença mental resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. É uma interação complexa e como tal difícil de delimitar – é difícil identificar e perceber o que é natural/biológico, o que é condicionado pelo meio social, e o que resulta da sua interação.

Gameiro (1978a, p.91) considera que os fatores psicológicos associados às doenças mentais são: as emoções fortes e negativas, os conflitos e traumas psíquicos, as frustrações provocadas por eventos ou fatores sociais, definindo fatores psicológicos das doenças mentais como “aqueles que interferem com os processos do conhecimento, do autodomínio e do equilíbrio de sentimentos, sem interferirem diretamente com a saúde orgânica”.

A investigação tem demonstrado que os fatores biológicos desempenham um papel importante mas não determinante na explicação da saúde/doença mental (predispõem, mas não determinam), e que os fatores sociais ocupam um lugar de destaque (Alves et al., 2001).

De entre os fatores sociais que podem constituir-se como fatores de *stress* acrescido e favorecer o desenvolvimento de perturbações mentais, são usualmente destacados a pobreza, o baixo estatuto económico, a urbanização, o desemprego, o baixo nível de instrução, a etnia, as guerras, as migrações, o cativo (OMS, 2002, Gameiro, 1978a; Alves et. al., 2001).

A OMS (2002) refere que a urbanização pode ter consequências na saúde mental, uma vez que o aumento dos aglomerados populacionais trazem congestionamento, poluição ambiental, pobreza, dependência económica, aumento da violência e diminuição do apoio social, aumentando os fatores de *stress* e contribuindo desse modo para um aumento das perturbações mentais e comportamentais.

Têm sido realizados múltiplos estudos que correlacionam saúde mental com variáveis sociodemográficas como género, idade, classe social, estado civil, entre outros.

A nível de classe social, vários estudos têm demonstrado haver uma correlação entre maior probabilidade de ter uma doença mental com as classes sociais mais desfavorecidas, mais associadas a exclusão social (pobreza, nível de instrução baixo, desemprego, contexto residencial pobre e degradado). Alves et. al. (2001) indicam dois estudos, entre os primeiros desenvolvidos nesta área: Hollingshead et al.,²⁷ e Dohrenwend et al.,²⁸ como exemplos de estudos de referência.

O género tem sido também uma das variáveis sociodemográficas mais estudadas na sua relação com a saúde mental. Estudos reportados em diversos países (incluindo estudos epidemiológicos e comunitários, também em Portugal) apontam para índices mais elevados de *distress* psicológico (e concretamente de sintomatologia depressiva) nas mulheres do que nos homens (Carmona²⁹, citado por Alves et al. 2001; Gómez-Vela & Verdugo³⁰, citado por Marques, 2011; OMS, 2002; Gove, 1972; Pallero et al.,³¹ citado por Salabert & González, 2003; Noten-Hoekseme, 1987; Ussher, 1997). De acordo com a OMS (2002), as diferenças de género quanto aos índices de depressão mostram uma correlação com a idade: as maiores diferenças ocorrem na idade adulta, sem diferenças assinaladas na infância e poucas na velhice. Contudo, os autores acima citados Pallero e Colaboradores, desenvolveram um estudo envolvendo uma amostra de 320 pessoas idosas, entre os 60 e os 92 anos, que revelou níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva nas mulheres do que nos homens, isto é, as diferenças entre géneros mantêm-se no segmento etário dos séniores.

Existem na literatura diferentes teorias que procuram explicar estas diferenças de género na saúde mental, em que as mulheres mostram maior tendência para a depressão do que os homens. Há abordagens biomédicas que focam a explicação em variáveis biológicas, concretamente as que atribuem o desequilíbrio às hormonas femininas e à reprodução, associando-as com a síndrome pré-menstrual, a depressão pós-natal e a menopausa, mas que têm sido criticadas pelo carácter reducionista e pela falta de evidência clara de um simples substrato biológico para problemas físicos, psicológicos ou comportamentais associados com a reprodução (Noten-Hoekseme, 1987; Ussher, 1997). A maior parte das investigações neste

²⁷Hollingshead A. et al. (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York: John Wiley.

²⁸Dohrenwend, B.P. et al. (1969). *Social Status and Psychological Disorder: A casual Inquiry*. New York: John Wiley.

²⁹Carmona, F.S. (1996). Estudo de Prevalência do Risco de Patologia em Medicina Familiar. *Revista de Psiquiatria*, 17 (4), 297-307.

³⁰Gómez-Vela & Verdugo (2006). Calidad de vida en la infancia y adolescencia. In M.A. Verdugo (Dir.), *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad*. Salamanca: Amarú.

³¹Pallero, R., Díaz, M., Ferrando, P.J., Lorenzo, U. & Marsal, D. (2001). Spanish Adaptation of the AVL Scale by Horowitz and J.P. Reinhardt. In H.W. Wahl e H.E. Schulze (Eds.), *On the special need of blind and low vision seniors: Research and practice concepts*. Amsterdam: IOS Press.

domínio parte de uma abordagem biopsicossocial e defende que o foco nos estudos deve ser o género em vez de uma abordagem simples de diferenças de sexo, isto é, parte do pressuposto de que é importante considerar, além dos fatores biológicos, também a influência de fatores sociais e culturais no comportamento e nas atitudes dos homens e das mulheres, bem como a influência das atuais construções sociais de masculinidade e feminilidade na saúde e na doença (Ussher, 1997; Alves et al., 2001).

Há teorias que defendem que estas diferenças de género serão artefactos e que as diferenças na saúde mental podem ser explicadas por outras variáveis: (1) pelo enviesamento do género no diagnóstico e rotulagem dos problemas (com base em estereótipos culturais de feminilidade e masculinidade por parte dos profissionais de saúde mental), havendo alguns estudos que apoiam esta teoria, de acordo com Ussher (1987); (2) pelo enviesamento do auto-relato (os homens mais dificilmente admitem e procuram ajuda por sintomas depressivos), para a qual falta suporte científico consistente; (3) pelo enviesamento do tipo de sintomas expressos, considerando por exemplo o alcoolismo, comprovadamente mais incidente nos homens, como uma consequência da depressão e podendo mascará-la; embora não havendo evidência de que alcoolismo e depressão sejam a mesma disfunção, as duas podem ser consideradas respostas diferentes de desadaptação, sendo as exigências sociais relativas aos papéis de género a explicar as diferenças na vulnerabilidade para cada doença (Note-Hoeksema, 1987).

Num quadro de abordagem psicossocial, há explicações que se focam em fatores económicos (mulheres com salários mais baixos, maior pobreza e dependência económica), e que são suportadas em estudos que indicam esta variável como um importante fator de risco de problemas físicos e psicológicos (Russo³², citado por Ussher, 1997). Por outro lado, Note-Hoeksema (1987) cita estudos de Radloff³³ e Ensel³⁴, que desconfirmam esta hipótese, mostrando que as diferenças na saúde mental entre géneros se mantêm controlando o rendimento, a educação e a ocupação.

Há ainda explicações socioculturais para a diferença de género que se focam nos papéis sociais. O tipo e acumulação de papéis sociais nas mulheres (trabalhadora, cuidadora, educadora, responsável pelas tarefas familiares, entre outros) expõem as mulheres a um *stress* maior, tornando-as menos capazes de mudar o seu ambiente gerador de *stress*. O papel

³²Russo, N.F. (1990). Forging priorities for women's mental health. *American Psychologist*, 45, 368-373.

³³Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status to depression. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 170, 536-543.

³⁴Ensel, W.M. (1982). The role of age in the relationship of gender and marital status to depression. *Sex Roles*, 1, 249-265.

tradicionalmente atribuído às mulheres de cuidadoras, e que se estende ao longo do ciclo de vida (apoio aos filhos pequenos, familiares idosos ou cônjuges dependentes) é salientado por Ussher (1997) como um fator de risco de depressão. Por sua vez, Gove (1972) defende que as diferenças de género podem ser atribuídas ao papel das mulheres casadas, mostrando que é apenas no grupo dos casados (vs. solteiros, divorciados ou viúvos) que as mulheres apresentam índices de doença mental mais elevados do que os homens. As mulheres casadas teriam maior sobrecarga de papéis sociais e menor gratificação emocional no seu desempenho do que os homens casados, diferença que se esbate noutros estados civis não maritais.

A violência doméstica e sexual, que atinge mais as mulheres, é também considerada como um fator que pode contribuir para as diferenças de género em saúde mental/depressão. A OMS (2002) refere a prevalência entre 16% e 50% de violência doméstica nas mulheres e uma estimativa de que uma em cada cinco mulheres sofre durante a vida de agressão ou tentativa de agressão sexual. Ussher (1997) refere que vários estudos e estatísticas têm demonstrado que as mulheres são vítimas mais fáceis de violência e abuso sexual do que os homens.

Uma outra hipótese explicativa para as diferenças de género em saúde mental assenta na chamada teoria da impotência aprendida, desenvolvida por Seligman³⁵ (citado por Nolen-Hoeksema, 1987), e que defende, partindo do conceito de estilo atributivo, que as pessoas que tendem a explicar os eventos negativos por causas internas, estáveis no tempo e globais (e a explicar os eventos negativos por causas internas, instáveis e específicas) serão mais vulneráveis à depressão do que as pessoas com o estilo oposto. O autor indica diversos estudos que apoiam a tese de que as mulheres recebem mais “treino de impotência” ao longo das suas vidas do que os homens, gerando por isso expectativas de impotência no controlo do meio envolvente que podem favorecer a depressão. Comenta ainda que faltam estudos que avaliem diretamente o grau de influência desta variável na explicação das diferenças de género em saúde mental.

Nolen-Hoeksema (1987) propõe por sua vez uma nova explicação para as diferenças de género em saúde mental, que se centra na diferença de resposta a episódios de mal-estar psicológico entre homens e mulheres. A resposta dos homens será mais comportamental/ativa e de maior envolvimento com atividades que distraem do estado de humor negativo/depressivo, funcionando assim como atenuante ou amortecedor dos episódios depressivos e facilitador de uma recuperação mais rápida, enquanto as respostas das mulheres tendem para a inatividade e para a ruminação acerca das causas e implicações do seu estado depressivo, o que resulta na

³⁵Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and dead*. San Francisco: Freeman.

amplificação (maior severidade) do episódio e na maior probabilidade da sua recorrência e cronicidade. Explica estas diferenças de género (que se verificam também em crianças) pela via dos estereótipos masculino (de que faz parte ser-se ativo e ignorar os seus estados de humor) e feminino (ser-se emocional e inativa). Segundo o autor, a resposta mais ativa dos homens a estados de humor depressivos poderá resultar de uma conformidade às sanções sociais contra a emocionalidade nos rapazes, enquanto a ruminação nas mulheres como resposta a um humor depressivo pode não ser encorajada diretamente pelos pais ou outros educadores – estes não parecem recompensar as raparigas por passividade e contemplação, mas não as recompensam tanto pela atividade como fazem aos rapazes, além de que o estereótipo da mulher “naturalmente emocional” pode fazê-las acreditar na inevitabilidade e na maior dificuldade em ultrapassar estados depressivos. Como implicação da sua teoria na intervenção e prevenção da depressão nas mulheres, e na linha de um modelo terapêutico cognitivo-comportamental, o autor defende a importância de ensinar às mulheres a noção de que num estado depressivo é difícil ter-se um pensamento claro acerca dos problemas, e de promover junto delas um padrão de resposta semelhante ao que é natural nos homens – respostas ativas e de distração do humor depressivo, para que possam ultrapassá-lo e voltarem então ao problema e pensarem sobre ele. Propõe ainda estudos futuros de comprovação da sua teoria.

Relativamente à relação entre idade e saúde mental, há menos estudos desenvolvidos, e menos evidência de que a idade seja um fator que influencia diferenciadamente a saúde mental. Há estudos que apontam para isso, mas também há outros que indicam ausência de correlação entre idade e saúde mental.

A OMS (2002) dá conta de uma maior incidência de depressão nas idades médias, e de uma taxa de recorrência da depressão mais elevada nos indivíduos com mais de 45 anos. Salabert & González (2003) referem também que algumas investigações sobre a idade parecem indicar que o ciclo de vida apresenta uma certa relação com a presença de sintomatologia depressiva, sendo a fase da vida ativa a que poderá apresentar maior risco, pela maior exigência económica e laboral.

Ao mesmo tempo, a OMS (2002) salienta que a depressão é comum entre os idosos, fazendo referência a um estudo de Newman e Colaboradores³⁶, com uma amostra de pessoas com mais de 65 anos, onde se observou depressão entre 11,2% dessa população. Refere ainda,

³⁶Newman S.C., Bland R.C. & Orn, H.T. (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: A community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 910-914.

citando Katona & Livingston³⁷, que a depressão é mais comum entre os idosos com perturbações físicas incapacitantes. Os problemas de saúde física, que são comuns nesta faixa etária, podem não só coexistir com perturbações mentais como a depressão, mas também podem prever o início e a persistência da depressão (Geerlings et al.,³⁸ citado por OMS, 2002), isto é, constituem um fator de risco para o surgimento e a cronicidade da depressão.

Outros estudos indicam não haver diferenças na saúde mental relacionadas com a idade, sobretudo em amostras de indivíduos adultos. Um estudo de Banks et al. (1980), que implicou o uso do GHQ-12 (General Health Questionnaire de 12 itens) para avaliação da saúde mental, encontrou diferenças na saúde mental em função do género e da ocupação (empregados vs. desempregados), mas não em função da idade nem do estado civil.

Gaitz & Scott (1972), num estudo com 1441 adultos americanos não institucionalizados, de três etnias diferentes e com idades até aos 80 anos, não encontraram diferenças significativas nas respostas a diferentes instrumentos de medida de saúde mental. Concluem que restringir a análise de dados ao fator idade pode constituir uma abordagem algo artificial, uma vez que a idade cronológica revelou ter diferentes efeitos em grupos diferentes, em função nomeadamente do género, etnia e classe social.

Também tem sido estudada a relação entre saúde mental e estado civil. Segundo Gove (1972), vários estudos têm indicado que as pessoas casadas apresentam índices de saúde mental ou bem-estar mais elevados do que as solteiras. As razões para tal podem prender-se com o facto de os indivíduos solteiros tenderem a não construir laços interpessoais íntimos (sobretudo os homens), sendo estes laços uma importante fonte de bem-estar. Por outro lado, o autor também refere haver evidência substancial de que uma razão para as pessoas solteiras apresentarem índices mais baixos de saúde mental é a de que os indivíduos instáveis e com tendência para a doença mental mais dificilmente se casam.

Um estudo de Soons & Liefbroer (2008), que incidiu numa amostra de jovens adultos em diferentes estados relacionais, mostra que os solteiros são os que apresentam menor bem-estar, seguidos dos jovens que estão em fase de namoro e dos que coabitam conjugalmente mas não são casados, tendo sido os casados a revelar o nível mais elevado de bem-estar. Os autores

³⁷Katona C. & Livingston G. (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, 356, 91.

³⁸Geerlings S.W., Beekman A.T.F., Deeg D.J.H. & Van Tilburg W. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30 (2), 369-380.

indicam ainda que as diferenças encontradas são parcialmente mediadas por diferenças no acesso dos jovens a recursos materiais, pessoais e sociais valorizados.

Um outro estudo, de La Pierre (2012), envolvendo apenas mulheres em diferentes estados relacionais (nunca casadas, primeiro casamento, casamento repetido, divorciadas/separadas e viúvas), indica que todos os grupos revelaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo dos primeiros casamentos. Identificaram o rendimento familiar como a variável mediadora mais importante para os grupos sem cônjuge (solteiras, separadas, viúvas), com alguma influência também do fator integração social. A autoestima foi a única variável mediadora significativa para os grupos de casamento repetido e coabitação, e com efeito parcial nos grupos de solteiras e separadas.

1.3. Resiliência

A resiliência é um constructo psicológico que pode definir-se em termos gerais como a capacidade para uma adaptação ou funcionamento positivo em condições adversas, ou como um processo que relaciona adaptações positivas com contextos desvantajosos (Schoon, 2006). Mais concretamente, a resiliência pode definir-se como um processo dinâmico que se traduz na capacidade de adaptação bem-sucedida, funcionamento positivo ou competência, apesar do risco elevado, *stress* crónico ou trauma severo prolongado (Egeland et al.,³⁹ citado por Zeesham & Aslam, 2013). O termo resiliência deriva do latim *resilire*, que literalmente e etimologicamente significa “*saltar para trás*”, sinalizando não uma simples capacidade de resistência associada a rigidez, mas antes indicando as propriedades de maleabilidade e de adaptação (Anaut, 2005). Na física e na engenharia, resiliência de um material significa a energia de deformação máxima que este é capaz de armazenar sem sofrer alterações permanentes (Yunes, 2003). Assim, o conceito de resiliência humana relaciona-se com resistência/robustez, mas também com flexibilidade ou capacidade adaptativa, manifestadas num ou perante um contexto de *stress* significativo.

Mais do que uma qualidade pessoal fixa e imutável, a resiliência humana é atualmente entendida, à luz do paradigma biopsicossocial, como um constructo multidimensional e referente a um processo dinâmico e evolutivo, que surge de várias interações dinâmicas dentro e entre o organismo e o meio ambiente (Masten, 2001), ao longo da vida do sujeito. Mais

³⁹Egeland, B., Carlson, E., & Stroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Developmental Psychopathology*, 5, 517-528.

especificamente, pode ser conceptualizada como resultado de um equilíbrio evolutivo no confronto entre fatores de risco (os elementos stressantes do meio e a vulnerabilidade interna bio/psicológica do indivíduo) e fatores de proteção do sujeito, que incluem quer os recursos internos, biológicos e psicológicos (como competência, robustez psicológica, autoeficácia e autoestima, capacidades cognitivas, competências sociais, locus de controle interno, sentido de vida, entre outros), quer recursos externos (rede social de apoio, como a família, o bairro e os recursos comunitários/sociais disponíveis); e que tem como benefícios (isto é, defende ou promove) um funcionamento adequado, saúde física e mental, bem-estar emocional, integração social, qualidade de vida (Anaut, 2005; Kaplan, 1999, Kumpfer, 1999; Masten, 2001; Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005; Schoon, 2006; Rutter, 1993; Werner⁴⁰, citado por Anaut, 2005; Wagnild & Young, 1993; White, Driver & Warren⁴¹, citado por White, 2008).

O estudo da resiliência humana emergiu na década de 70, nas áreas da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicopatologia, quando um grupo de psicólogos e psiquiatras começou a chamar a atenção dos cientistas para o fenómeno da resiliência em crianças em risco de psicopatologia e problemas de desenvolvimento devido a circunstâncias genéticas ou experienciais (Garmezi⁴²; Murphy⁴³; Rutter⁴⁴; Werner & Smith⁴⁵, citados por Masten, 2001). Estes autores pioneiros defenderam a importância de continuar a investigação com crianças que se desenvolvem positivamente em contextos de risco ou adversidade, pelo seu potencial na inspiração de novas teorias de etiologia em psicopatologia, e pela sua utilidade enquanto guia para a intervenção e as políticas sociais. Entre esses estudos e autores percursos, ganhou relevância especial o estudo longitudinal desenvolvido por Werner e Smith⁴⁶ (citado por Anaut, 2005) com crianças da ilha Kauai, onde se constatou que algumas das crianças previamente

⁴⁰Werner, E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspective from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 503-505.

⁴¹White, B., Driver, S., & Warren, A. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53 (1), 9-17.

⁴²Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Vol. 3. Children at psychiatric risk* (pp. 77-97). New York: Wiley.

⁴³Murphy, L. B. (1974). Coping, vulnerability, and resilience in childhood. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 69-100). New York: Basic Books.

⁴⁴Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.

⁴⁵Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: MacGraw Hill.

⁴⁶Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: MacGraw Hill.

classificadas como de risco (pela acumulação de múltiplos fatores de risco: pobreza, problemas de saúde, alcoolismo, divórcio e doença mental na família) se tornaram afinal, e contra todas as expectativas, jovens adultos competentes e confiantes. As observações do estudo de Werner e Colaboradores “contribuíram para lançar as bases de uma análise do funcionamento resiliente, a sua evolução ao longo do desenvolvimento do sujeito e a sua variabilidade no tempo em função dos sujeitos (Anaut, 2005, p. 49). Outros percursos como Rutter⁴⁷ e Garmezy⁴⁸ (citados por Anaut, 2005) foram, por seu lado, pioneiros no lançamento das bases teóricas e princípios metodológicos da investigação no domínio da resiliência.

Esta mudança de foco do risco para a resiliência desenvolveu-se em parte pela frustração com a ênfase geral que era dada à identificação dos fatores de risco, e promoveu a emergência de um novo paradigma no sentido de abordagens mais complexas e compreensivas do funcionamento humano (incluindo mecanismos de proteção e de resiliência) e com uma ênfase no otimismo e na esperança (Kumpfer, 1999). Face ao apelo dos autores pioneiros, e com um forte impulso dado pelo movimento da Psicologia Positiva, o estudo da resiliência ganhou entretanto uma enorme popularidade e inspirou, ao longo das últimas quatro décadas, investigações que produziram modelos, métodos e dados acerca deste fenómeno da resiliência; mas também geraram, devido ao seu uso muito difundido e às diferentes abordagens, muitas controvérsias, críticas e dúvidas acerca da utilidade do conceito, tornando difícil a tarefa de compreensão do fenómeno e de uma definição clara e robusta do constructo (Anaut, 2005; Kumpfer, 1999; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010; Masten, 2001; Schoon, 2006).

Diferentes pontos de vista teóricos e metodológicos têm orientado as investigações e as tentativas de aplicação prática da resiliência, podendo esta ser vista como: um traço de carácter ou característica que releva de uma capacidade; um processo de ajustamento psíquico ou comportamental ou o resultado desse processo; ou um modo específico de funcionamento, psíquico ou comportamental (Anaut, 2005).

A resiliência concebida como capacidade remete para a possibilidade de ser-se bem-sucedido (numa determinada área ou tarefa), e nesse sentido poderia ser mensurável e “treinada”, isto é, estimulada pela ação educativa, social ou terapêutica. Uma vez que há consenso relativamente à noção de que a resiliência se constrói na interação com o meio

⁴⁷Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331; Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631.

⁴⁸Garmezi, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.

ambiente, a capacidade de resiliência pode ser concebida como produto desta interação, isto é, que o indivíduo desenvolve a sua capacidade de resiliência na sua relação com o meio. Mas também é possível conceber que é a capacidade especial de resiliência que permite ao sujeito perceber e agir sobre o meio ambiente de maneira significativa, ou seja, que é a capacidade de resiliência que permite ao indivíduo construir um funcionamento específico na relação com o meio, determinando a maneira como o sujeito apreende e se apropria do seu mundo (interno e externo). Segundo Anaut (2005), estas duas abordagens, mais do que opostas, podem ser vistas como complementares do mesmo fenómeno.

A resiliência entendida como traço de personalidade procura identificar e estudar o conjunto estável de características da personalidade suscetíveis de contribuir para a resiliência (Anaut, 2005). Neste sentido, considera que os fatores de resiliência (ou fatores protetores da saúde mental na presença da adversidade) se encontram essencialmente no interior do sujeito (variáveis psicológicas), e que estes são capazes de proteger contra adversidades de múltipla ordem. Anaut (2005) dá como exemplo, citando Manciaux⁴⁹, os autores Wolin & Wolin, que em 1995 destacaram sete características como estando correlacionadas com um funcionamento resiliente: perspicácia, independência, aptidão para as relações, iniciativa, criatividade, humor e moralidade. As autoras da Escala de Resiliência (*Resilience Scale*) (Wagnild & Young, 1993, Wagnild, 2010) que também se inscrevem nesta abordagem e que pressupõem a possibilidade de treinar a resiliência, destacam como sendo cinco as características essenciais da resiliência: sentido de vida, perseverança, autoconfiança, serenidade (*equanimity*, onde inclui otimismo e sentido de humor) e reconhecimento da solidão existencial (ou reconhecimento da necessidade de enfrentar sozinho muito do que acontece na vida, de “regressar a si mesmo” enquanto via para um melhor conhecimento de si e a promoção da autoestima). Referem ainda que as suas investigações sobre resiliência mostram que esta protege contra a depressão, ansiedade, impotência e emoções negativas, tendo por isso o potencial de reduzir os seus efeitos psicológicos negativos. De acordo com Mak, Ng, & Wong⁵⁰ (citado por Losoi et al., 2012), a relação entre bem-estar e resiliência seria mediada por uma visão positiva do Eu, do mundo e do futuro.

Esta abordagem dos traços de personalidade aproxima-se, de acordo com Anaut (2005) e Davydov et al. (2010) da abordagem aos processos de ajustamento ou de *coping*, uma vez que

⁴⁹Manciaux, M. (1999). La resilience: mythe ou réalité? In : M. Gabel et al. (Eds.), *Maltraitance psychologique*. Paris: Fleurus.

⁵⁰Mak, W.W.S., Ng, I.S.W., & Wong, C.C.Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 610-617.

nesta perspetiva se considera a resiliência como um epifenómeno de um temperamento adaptativo, ou se assume o *coping* eficaz (que pressupõe uma utilização flexível do repertório disponível de estratégias de resolução de problemas) como um recurso pessoal durável e que constitui um traço de resiliência, funcionando como uma reserva que pode ser usada como amortecedor contra uma série de adversidades futuras. Luthar⁵¹ (citado por Kaplan, 1999) considera que as noções de resiliência global são de utilidade questionável, havendo necessidade de clarificar os domínios específicos de adaptação, sucesso ou *coping* bem-sucedido, uma vez que a resiliência pode existir numa área (por exemplo desempenho académico ou profissional) e não existir noutras (como relações sociais). Kaplan indica que os três níveis de *coping* bem-sucedido envolvidos na discussão científica são: o nível biológico (sobrevivência e saúde); nível social (contributo para a sobrevivência e bem-estar dos outros); nível psicológico (contributo para o bem-estar do Eu). Masten⁵² (citado por Kaplan, 1999), por sua vez, adverte que os marcadores de bom desenvolvimento psicossocial variam em função da idade e do ambiente sociocultural, e portanto também os fatores de proteção que lhe estão subjacentes.

A resiliência pode também ser concetualizada e abordada em termos de resultados de funcionamento, quando se considera que um diagnóstico de resiliência se pode fazer a partir de um conjunto de critérios que permitem identificar um funcionamento definido como resiliente (Anaut, 2005). A definição de Masten (2001, p. 228) inscreve-se nesta abordagem: “resiliência refere-se à classe de fenómenos caracterizados por bons resultados apesar de uma série de ameaças à adaptação ou desenvolvimento”. Neste sentido, e para o autor, a investigação em resiliência orienta-se para a compreensão dos processos que explicam os bons resultados, assumindo-se a resiliência como um constructo inferencial (a resiliência não pode ser medida diretamente) e contextual (resulta da interação organismo-meio). Além disso, a investigação segundo esta abordagem pressupõe a consideração de duas grandes premissas ou julgamentos: no campo do risco, os indivíduos não podem ser considerados resilientes se nunca houve uma ameaça significativa ao seu desenvolvimento, ou seja, deve haver um risco demonstrável; no campo dos resultados, a inferência de resiliência obriga à definição de qual é o critério usado na avaliação do bom resultado, ou na avaliação da qualidade da adaptação, ou seja, levanta a

⁵¹Luthar, S.S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 441-453.

⁵²Masten, A.S. (1994). Resilience in individual development: Sucessful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 3-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

questão (mais uma vez) de definir resiliência na base de critérios de adaptação externa (sucesso académico, ausência de delinquência, integração profissional, etc.), ou de critérios internos (bem-estar psicológico ou baixos níveis de *distress*), ou ainda de ambos.

Além destas diferentes conceptualizações, o estudo da resiliência também se tem desenvolvido segundo diferentes abordagens no que toca aos efeitos ou benefícios da resiliência enquanto mecanismo de defesa da saúde mental contra as adversidades. Davydov et al., (2010) sistematizam três perspetivas diferenciadas: (1) a abordagem da “redução de danos”, que remete para a resiliência como significando uma recuperação rápida e eficaz após o *stress*, ou o regresso aos níveis iniciais de equilíbrio mental, emocional e cognitivo, e que, segundo estes autores, tem analogia com mecanismos de recuperação somática após uma invasão patogénica; (2) a abordagem da “proteção”, em que a resiliência é descrita em termos de fatores ou mecanismos de proteção (internos e externos), que ajudam a preservar um dado valor de saúde mental em face da adversidade, e que tem analogia com as barreiras imunológicas na saúde física; (3) a abordagem da “promoção”, em que a resiliência surge associada com a promoção ou melhoramento da saúde mental, e que se foca no desenvolvimento de recursos adicionais que podem ser usados na redução de danos e nos mecanismos de proteção, em analogia com a pré-imunização (vacinação) ou reforço geral do sistema imunitário. Nesta última abordagem, o efeito de promoção da saúde mental tem sobretudo sido associado com níveis mais elevados de experiências positivas: uma meta-análise concluiu que a ocorrência de emoções positivas diárias serve para moderar a reatividade ao *stress* e medeia a recuperação do *stress*, indicando que o mecanismo da “experiência positiva” tem um efeito de “fortificação *anti-stress*”. No entanto, os autores salientam que este mesmo efeito de “fortificação *anti-stress*” pode ser também conseguido através do mecanismo de “imunização comportamental” que está subjacente ao “treino *anti-stress*” relacionado com a memória de experiências negativas passadas. Ou seja, sugere que experiências de enfrentamento de situações adversas no passado podem “ensinar” o sujeito a lidar melhor com situações de adversidade no futuro. Perante esta dispersão de abordagens, que tornam muito difícil a avaliação e comparação dos resultados das investigações no domínio da resiliência, Davydov e Colaboradores (2010) procuraram unificar e classificar estes diferentes resultados em torno de um modelo biopsicossocial e multidimensional (teoricamente e semioticamente comparável ao que é usado para descrever a complexa cadeia de eventos relacionados com a resistência de um organismo a uma doença infecciosa), e onde integram cada um dos três mecanismos da resiliência atrás descritos: o mecanismo da proteção da saúde mental, que previne a ocorrência de perturbação na presença

de fatores de *stress*, o mecanismo de redução de danos ou recuperação da saúde mental, que atua quando a perturbação ocorre; e o mecanismo de promoção ou ganho na saúde mental, que pode atuar quer para prevenir a perturbação, quer para facilitar a recuperação.

Ungar (2011) também defende a necessidade de clarificação na definição e operacionalização da resiliência, defendendo a relevância de uma “definição ecológica de resiliência” que enfatize os antecedentes ambientais do crescimento e adaptação positiva, isto é, que leve em conta tanto a variabilidade individual (ontológica) como a variabilidade ambiental (ecológica). Refere que as recentes investigações sobre resiliência (ou áreas emergentes) tomam pelo menos três direções distintas: (1) a nível individual, estudos clínicos ou de grupos em neurologia infantil, e perfis genéticos, ajudam a mostrar os fatores biológicos que podem promover resultados positivos em ambientes stressantes – mas há que considerar que esses ganhos acontecem apenas na medida em que o ambiente os desencadeia; (2) a análise das forças ou ativos, internos e externos, e o papel que o inventário de recursos pessoais do sujeito desempenha no desenvolvimento ou adaptação positiva; dando como exemplo os 11 fatores de resiliência que Donnon & Harmond⁵³ identificaram em populações jovens: suporte parental, expectativas parentais, relação entre pares, coesão da comunidade, compromisso na aprendizagem escolar, cultura da escola, sensibilidade cultural, autocontrolo, capacitação (*empowerment*), autoconceito e sensibilidade social; (3) o foco na variação cultural do processo que contribui para a resiliência como resultado e os fatores ecológicos mais amplos que afetam as trajetórias de desenvolvimento. O autor propõe no final a sua definição ecológica de resiliência:

“No contexto da exposição a um grau significativo de adversidade, a resiliência é, quer a capacidade dos indivíduos para “navegar” o seu caminho para os recursos psicológicos, sociais, culturais e físicos que suportam o seu bem-estar, quer a sua capacidade para, individualmente e coletivamente, “negociar” para que estes recursos sejam fornecidos e experienciados de formas culturalmente significativas. O processo dual de navegação e negociação requer que o locus de controlo para um desenvolvimento positivo seja uma experiência partilhada dos indivíduos e das suas ecologias sociais e físicas.” (Ungar, 2011, p. 17)

⁵³Donnon, T. & Hammond, W.A. (2007). A psychometric assessment of the self-report youth resiliency assessing development strengths questionnaire. *Psychological Reports*, n. 3, v.100, pp. 963-978.

A investigação sobre resiliência mantém-se ainda predominantemente no domínio da Psicologia do Desenvolvimento. A maioria dos dados existentes refere-se a características de indivíduos resilientes na meia infância e adolescência. Os estudos sobre resiliência no adulto são, comparativamente, ainda pouco expressivos.

Bonamo é um dos autores que mais tem abordado a resiliência nos adultos enquanto resiliência à perda ou ao trauma. Bonamo (2004) concebe esta resiliência como a capacidade dos adultos manterem níveis de funcionamento psicológico e físico relativamente estáveis após terem sido expostos a um evento isolado e potencialmente muito disruptivo (como a morte de um ente querido, uma situação de ameaça de vida, ou uma incapacidade física adquirida). Na procura dos fatores que promovem este tipo de resiliência, e com base em estudos próprios e de outros autores, considera que há múltiplos caminhos para a resiliência à perda e ao trauma. Identifica quatro diferentes caminhos ou fatores: (1) a robustez, que ajuda a amortecer a exposição ao *stress* extremo e que tem três dimensões principais, o comprometimento em encontrar um propósito de vida (corresponde à dimensão “sentido de vida” de Wagnild & Young), crença de que podemos influenciar o meio envolvente e os resultados dos eventos (remete para um *locus* de controle interno e para o *empowerment*), e crença de que podemos aprender e crescer tanto com as experiências de vida positivas como negativas, além de incluir atributos pessoais como autoconfiança e capacidade de usar o *coping* ativo e o suporte social; (2) Autovalorização ou (*self enhancement*), significando um favorecimento acentuado ou mesmo irrealista em favor do Eu, gerador tanto de benefícios (autoestima) como de custos (narcisismo e tendência para evocar impressões negativas nos outros), mas um balanço que o autor considera menos problemático no contexto de eventos altamente adversos em que as ameaças ao Eu são mais salientes; (3) *coping* repressivo (evitar pensamentos, emoções e memórias desagradáveis, operando através de mecanismos emocionais como a dissociação emocional), que tradicionalmente é considerado um potencial fator de patologia, mas que o autor considera legítimo enquanto mecanismo de defesa contra a perda ou o trauma; (4) Emoções positivas e riso, uma resposta ao trauma que também tende a ser considerada desajustada e indiciadora de perturbação da saúde mental pelos autores mais tradicionais do campo da psicologia/psicopatologia, mas que o autor defende também como legítima e adequada se estiver associada a níveis de funcionamento estável ou positivo.

1.3.1. Resiliência e variáveis sociodemográficas

As investigações têm demonstrado que os fatores determinantes da resiliência são multidimensionais: podem ser genéticos/biológicos, familiares, comunitários, sociais, ambientais (Davydov et al., 2010). Contudo há ainda poucos estudos que abordem o impacto diferenciado de variáveis sociodemográficas (género, idade, habilitações, etc.) na resiliência.

A nível de género, os estudos que se debruçam sobre o efeito desta variável incidem sobretudo nas primeiras fases de vida, estendendo-se quando muito até aos 20-30 anos. Vários destes estudos mostram um padrão de diferenças de género: na infância, os rapazes seriam mais vulneráveis que as raparigas a efeitos resultantes de danos biológicos, *deficits* de cuidados e dificuldades económicas; uma tendência que se inverteria na adolescência, com as raparigas a tornarem-se mais vulneráveis que os rapazes, especialmente com a emergência da gravidez adolescente; mudando de novo o padrão a favor das raparigas nas idades entre os 20 e os 30 anos (Werner & Smith⁵⁴, citado por Werner & Johnson, 1999).

Os estudos sobre resiliência e género na população adulta nem sempre são coincidentes nos resultados. Os estudos que usam o *score* da Escala de Resiliência (RS) de Wagnild e Young, usada no presente estudo, mostram inconsistências no que respeita ao efeito do género na resiliência. Losoi et al. (2012) não encontraram diferenças de género na amostra utilizada para análise das propriedades psicométricas da versão finlandesa da RS, e referem ainda o mesmo resultado num estudo semelhante com a população sueca, feito por Landman et al.⁵⁵. Mas referem, por outro lado, que o mesmo tipo de estudo numa amostra da população da Nigéria (realizado por Abiola & Udofia⁵⁶ em 2011) revelou diferenças significativas de género, com níveis de resiliência mais elevados nos homens do que nas mulheres. Wagnild⁵⁷ (citada por Losoi et al., 2012) relata ainda que na maioria dos estudos da escala (até 2009) não foram encontradas diferenças de género, ou estas não foram relatadas. Losoi et al. (2012) concluem pela necessidade de realizar mais estudos para verificar e clarificar estes resultados acerca das diferenças de género usando a RS.

⁵⁴Werner, E.E. & Smith, R.S. (1993). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, new York: Cornell University Press.

⁵⁵Landman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 229-237.

⁵⁶Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. *BMC Research Notes*, 4, Article 509. doi:10.1186/1756-0500-4-509.

⁵⁷Wagnild, G.M. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17, 105-113.

Por outro lado, há estudos (usando diferentes instrumentos de medição da resiliência e mais focados na avaliação da influência do género na resiliência) que evidenciam uma tendência para os homens apresentarem níveis de resiliência mais elevados do que as mulheres. Entre estes contam-se os de Boardman et al. (2008); Hanninen & Aro⁵⁸ (citado por Boardman et al., 2008); Luthar⁵⁹ (citado por Zeeshan & Aslam, 2013) e Pearlin & Schooler⁶⁰ (citado por Boardman et al., 2008). Também Zeeshan & Aslam (2013) reportam o mesmo resultado no seu estudo com uma amostra de sujeitos paquistaneses que, além de normovisuais, inclui deficientes visuais (tendo sido usada a *Ego Resilience Scale*, desenvolvida por Blok & Kremen).

Para a compreensão das diferenças de género em resiliência – e concretamente para a tendência de os homens mostrarem níveis de resiliência mais elevados do que as mulheres – alguns dos autores citados fornecem pistas explicativas que se prendem com a utilização de diferentes estratégias de *coping* entre homens e mulheres. Os homens utilizam um estilo de *coping* mais ativo (mais comportamental) e mais focado no problema, que se revela mais eficaz porque mais protetor contra os agentes de *stress*, enquanto as mulheres tendem a usar um estilo mais passivo e menos instrumental, menos centrado na resolução do problema (Luthar, 2003, cf. nota 59, p. 56; Pearlin & Schooler, 1978, cf. nota 60, p. 56). Pearlin & Schooler mostraram também que os homens estão equipados com mais recursos psicológicos do que as mulheres para enfrentar situações de *stress*: melhor autoestima e maior controle. Boardman et al. (2005), sugerem uma hipótese explicativa para estas diferenças de género em resiliência semelhante à explicação avançada por Nolen-Hoeksema (1987) e Seligman (1975, cf. nota 35, p. 44) para as diferenças em saúde mental, e que se prende com as diferenças de educação resultantes dos estereótipos sociais masculino e feminino: os homens são mais facilmente recompensados por exibirem sinais tradicionais de resiliência (como independência, controle, respostas mais ativas/comportamentais) do que as mulheres.

No que diz respeito à relação entre resiliência e idade, os estudos são escassos e mostram inconsistências, não sendo ainda claro se a idade produz ou não, só por si, diferenças na resiliência. Davydov et al. (2010) referem, citando Rothermund & Brandtstädler⁶¹, que a resiliência decresce a partir dos 70 anos. O estudo de Luthar (2003, cf. nota 59, p. 56) indica

⁵⁸Hanninen, V. & Aro, H. (1996). Sex differences in coping and depression among young adults. *Social Sciences and Medicine*, 43, 1453-1460.

⁵⁹Luthar, S.S. (2003). The construct of resilience: Implication for interventions and social policies. *Developmental Psychopathology*, 12, 857-885.

⁶⁰Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-11

⁶¹Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18, 80-90.

não haver correlação entre idade e resiliência. Zeeshan & Aslam (2013), no seu estudo com indivíduos dos 18 aos 30 anos, não encontraram diferenças significativas de resiliência entre os mais novos (18-23 anos) e os mais velhos (24-30 anos). Diehl, Hay & Chaui (2012) referem vários estudos que mostram resultados contraditórios no que respeita à resiliência dos adultos face ao *stress* diário, e concluem que a investigação sugere claramente que não se pode fazer uma generalização universal relativamente à questão de a idade cronológica conferir maior vulnerabilidade ou pelo contrário, maior resiliência. Em vez disso, os autores recomendam que os investigadores perguntem quando e em que condições está a idade associada a maior vulnerabilidade, e quando e em que condições está associada a maior resiliência, nomeadamente ao *stress* diário. Ou seja, as diferenças de idade estarão embebidas num sistema complexo de fatores (estruturais, individuais e situacionais) que influenciam de diversas formas a reatividade ao *stress* e a recuperação.

Quanto à relação entre classe social e resiliência, os estudos de Zeeshan & Aslam (2013) e de Gurin, Veroff & Feld⁶² (citado por Zeeshan & Aslam, 2013), onde se comparam as classes baixa, média e alta, apontam para diferenças significativas nos níveis de resiliência, sendo a classe média a que apresentou níveis mais elevados. Os autores propõem como explicação para este resultado, o facto de as pessoas de classe média enfrentarem mais desafios na vida (têm aspirações de melhorar a sua qualidade de vida, autorrealização, etc, e têm alguns recursos para tal), enquanto os indivíduos de classe baixa podem desistir mais facilmente dos desafios por falta de recursos, e os de classe alta não precisam de enfrentar tantos desafios para terem qualidade de vida ou se autorrealizarem. Estaria portanto aqui presente o mecanismo de “treino *anti-stress*” referido por Davydov et al. (2010), segundo o qual a resiliência se constrói com experiências de enfrentamento de desafios e adversidades.

Relativamente à relação entre nível de educação (habilitações literárias) e resiliência, o estudo de Zeeshan & Aslam (2013), que comparou dois níveis de educação (inferior e superior à média), indica que níveis mais baixos de educação estão associados a níveis mais baixos de resiliência. Considerando que o nível de educação se pode considerar como uma variável da classe social, é provável que um nível baixo de educação esteja associado a uma classe social baixa e a menos recursos de enfrentamento de desafios e adversidades.

⁶²Gurin, G, Veroff, J., & Feld, S. (2002). *Americans view their mental health*. New York: Basic Books.

Relativamente à relação entre resiliência e estado civil, um estudo de Riolli et al.⁶³ (citado por Zeesham & Aslam, 2013), indica que as pessoas casadas lidam com situações de vida e fatores stressantes muito melhor do que os solteiros.

1.3.2. Valor prático da resiliência: aplicação clínica

As aplicações clínicas das teorias da resiliência dizem respeito quer ao tratamento (individual, familiar), quer à prevenção.

Masten (2001) refere que a investigação sobre o fenómeno da resiliência, sob influência da Psicologia Positiva, produziu uma transformação importante na conceptualização da prevenção e intervenção, mudando a natureza das abordagens, objetivos, análises, estratégias e avaliação nestes campos: atualmente os objetivos incorporam não só a prevenção e melhoramento dos sintomas como também a promoção da competência, e as estratégias incluem não só a redução dos riscos ou fatores de *stress* como também o fortalecimento de ativos ou fatores de proteção, e não apenas o tratamento da doença ou redução dos processos nocivos como também a facilitação dos processos protetores. O autor advoga que esta maior atenção às capacidades humanas e aos sistemas adaptativos têm potencial para inspirar políticas e programas que desenvolvam a competência e o capital humano com vista a melhorar a saúde das comunidades e nações e a prevenir problemas.

Também Kumpfer (1999) salienta a possibilidade de fortalecer programas de prevenção pela tentativa consciente de promover a resiliência, nomeadamente nas crianças e jovens, quer programas universais (que se aplicam a todos os jovens e famílias), quer programas seletivos para jovens em risco. Dá como exemplo um programa (em que a autora está envolvida - o “*Iowa Strengthening Program*”) de treino de *skills* familiares para jovens dos 11 aos 14 anos, e que se foca na motivação dos jovens em risco para as adaptações positivas à vida encorajando sonhos, objetivos, estratégias de resolução de problemas, *skills* sociais e académicos.

Segundo Anaut (2005), os métodos e práticas de desenvolvimento das capacidades de resiliência abrangem três domínios: o individual intrapsíquico, os comportamentos e o meio relacional. As intervenções psicológicas e acompanhamentos educativos tentam desenvolver os seguintes aspetos ou fatores de resiliência: a autoestima; a confiança, otimismo e sentimento de esperança; a autonomia e independência (capacidade de se esforçar, de satisfazer as suas próprias

⁶³Riolli, L., Savicki V., & Cepani, A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality and coping in the Kosovo crisis.

necessidades); a resistência e capacidade de combater o *stress*; a sociabilidade (capacidade de se relacionar e de comunicar positivamente com os outros); as relações sociais existentes; a capacidade de experimentar uma gama variada de emoções; atitudes positivas que permitam enfrentar e resolver os problemas, e prever as suas consequências; a elaboração da culpabilidade e da vergonha, por exemplo em relação a abusos e violências intrafamiliares.

Sem pôr em causa a utilidade das intervenções clínicas baseadas no modelo da resiliência, vários autores advertem para a necessidade de considerar também as suas limitações e riscos, promovendo a sua avaliação e validação, de modo a garantir maior segurança na construção de programas de promoção da resiliência (Werner & Jonhson, 1999).

Um dos riscos poderá ser o de não levar em conta a relatividade dos fatores de proteção, e o facto de qualquer fator protetor conter em si um risco de perversão: por exemplo uma autoestima excessiva pode levar à arrogância e ao desprezo pelos outros e pelas leis e gerar funcionamentos violentos; a proteção parental da criança pode perversamente transformar-se em superproteção; a família e a rede social mais alargada tanto podem ser uma fonte de fatores de proteção como o próprio lugar dos fatores de risco, como no caso dos maus tratos ou abuso sexual. Outro risco será o de subestimar os aspetos de eventual sofrimento psicológico ligado ao desencadear de processos defensivos nos sujeitos considerados resilientes, e ainda o de considerar erradamente a resiliência como invulnerabilidade perante contextos nocivos, ao invés de olhar para o sujeito resiliente como um ser que foi ferido e cuja ferida não está completamente cicatrizada, e podendo estar mascarada pelo comportamento resiliente (Anaut, 2005).

1.4. Deficiência visual, saúde mental e resiliência

A investigação sobre deficiência visual tem-se focado muito no conceito de bem-estar emocional, e de como uma deficiência funcional pode impactar negativamente a saúde mental. Há por isso uma crescente consciência da importância de prevenir uma saúde mental negativa e de promover o bem-estar emocional na população com deficiência visual.

A investigação sobre resiliência tem mostrado que esta capacidade ou função psicológica constituiu um importante fator de proteção da saúde mental na presença de fatores de risco, como sejam eventos adversos ou experiências de *stress* elevado.

A relação entre resiliência e saúde mental, no contexto da adaptação a eventos traumáticos, tem sido estudada, e indica que as duas funções se correlacionam

significativamente entre si. White (2008) desenvolveu um estudo com sujeitos em processo de reabilitação após uma lesão da espinal medula, e estudou a relação entre resiliência (CD-RISC⁶⁴) e a depressão ao longo do processo. Constatou uma correlação negativa e significativa, embora moderada, entre resiliência e depressão: os que mostram mais resiliência mostram menos depressão, e vice-versa. White cita estudos que suportam os seus resultados. Um estudo de Connor & Davison⁶⁵, que envolveu 828 participantes agrupados por diferentes condições de saúde, relaciona um nível mais elevado de resiliência (valores da CD-RISC) com maior robustez psicológica, traduzida por níveis mais baixos de *stress* e de vulnerabilidade auto-percebidos pelos sujeitos. Um estudo de Campbell-Sills et al.,⁶⁶ analisou a relação entre resiliência, traços de personalidade, *coping* (enfrentamento positivo dos problemas) e sintomas psiquiátricos em jovens adultos. Os resultados mostram uma relação negativa forte entre resiliência e: (1) neuroticidade, entendida como constructo que engloba a tendência para emoções negativas; (2) *coping* pobre (fracos recursos psicológicos de enfrentamento de problemas); (3) dificuldade de controlo de impulsos. Newman⁶⁷ defende que as pessoas com maior resiliência possuem características associadas a uma saúde mental mais forte e estão mais aptos a adaptar-se a um evento traumático de forma positiva ou eficaz, comparadas com as que possuem menor resiliência. Luthar & Cicchetti⁶⁸ indicam que a implementação precoce de intervenções focadas na resiliência após um evento traumático pode aumentar a probabilidade de adaptação positiva.

Podemos concluir que a resiliência e a saúde mental partilham conceptualmente vários atributos ou características, que têm dimensões comuns, que partilham fatores/variáveis. Ao mesmo tempo, não são conceitos sobrepostos, podendo ver-se a resiliência como um fator de saúde mental, entre outros. A utilidade desta abordagem (a resiliência como fator de saúde mental) reside na premissa de que a resiliência é passível de ser aprendida, “treinada”, desenvolvida, social e individualmente. Assim, os estudos sobre resiliência têm-se focado muito na identificação das dimensões ou fatores biológicos, sociais e psicológicos que estão envolvidos nesta função psicológica, com o objetivo subjacente de desenhar programas mais eficazes de prevenção e intervenção no campo da saúde mental, e com o pressuposto de que é

⁶⁴CD-RISC corresponde à Escala de Resiliência de Connor-Davison (Connor-Davison Resilience Scale).

⁶⁵Connor, K.M., & Davison, J.R.T. (2003). Developing a new resilience scale: The Connor-Davison Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

⁶⁶Campbell-Sills, L. Cohan, S.L., & Stein, M.B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behavior and Therapy*, 44, 585-599.

⁶⁷Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 227-229.

⁶⁸Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.

possível e útil desenvolver ou aumentar a resiliência nos indivíduos e nas famílias em risco, enquanto mecanismo de proteção e promoção da sua saúde mental.

Uma vez que a deficiência visual se enquadra na categoria de eventos adversos ou traumáticos, sendo por isso um importante fator de risco para a saúde mental, o estudo da resiliência na população com deficiência visual surge como pertinente e relevante numa perspetiva de prevenção e intervenção social e técnica. Contudo, a investigação sobre deficiência visual que incida especificamente na resiliência é bastante mais escassa do que aquela focada no bem-estar emocional e saúde mental em geral.

A investigação do impacto da deficiência visual na saúde mental é amplo, e tem demonstrado que esta condição, mais do que qualquer outra deficiência funcional, pode levar à depressão, solidão e ansiedade, e que este impacto se deve tanto à incapacidade funcional que resulta da deficiência visual e dos seus efeitos na vida quotidiana, como também, e talvez mais, das atitudes sociais negativas relativamente à deficiência visual. Embora estes dados se apliquem à deficiência visual em geral, a investigação tem-se focado bastante mais na condição de perda visual ou cegueira adquirida do que na condição de cegueira congénita. Estudos de comparação das duas condições quanto ao respetivo impacto na saúde mental são comparativamente mais escassos.

Hill, Aspinall, & Cotton (2004), no âmbito de uma revisão da literatura, referem que a maioria das pessoas com deficiência visual recente revela maior depressão, maior ansiedade, baixa autoestima e uma atitude negativa, e portanto menor satisfação com a vida, quando comparados com pessoas da mesma idade sem problemas visuais.

Autores que fizeram revisões de bibliografia sobre o tema, afirmam que muitas investigações mostraram que a prevalência de depressão e baixo bem-estar nas pessoas com perda de visão (sobretudo relacionada com a idade) é pelo menos duas vezes mais elevada que em populações “normais” (Burmedi et al.,⁶⁹ citado por Stephens, 2007; Linely & Joseph⁷⁰, citado por Zeeshan & Aslam, 2013).

Tolman et al.,⁷¹ (citado por Stephens, 2007) avaliaram o afeto depressivo e a adaptação psicossocial numa amostra de 144 adultos cegos nos Estados Unidos, e concluíram que uma

⁶⁹Burmedi, D., Becker, S. Heyl, V., Wahl, H.W., & Himmelsbach, I. (2002). Emotional and social consequences of age-related low vision: A narrative review. *Visual Impairment Research*, 4, 47-71.

⁷⁰Linely, P.A., & Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *American Psychologist*, 60, 622-664.

⁷¹Tolman, J., Hill, R.D., Kleinschmidt, J.J. & Gregg, C.H. (2005). Psychosocial adaptation to visual impairment and its relationship to depressive affect in older adults with age-related macular degeneration. *Gerontologist*, 45, 747-753.

adaptação pobre à perda de visão resulta em mais sintomas depressivos. Constataram que o afeto depressivo (prevalente e acentuado) surge muito associado a uma aceitação passiva (fatalista) da perda e atitudes voltadas para a compensação (em vez de uma atitude positiva e uma aceitação ativa direcionada para a aprendizagem de competências de adaptação).

Há estudos que apontam diferenças significativas na saúde mental entre deficientes visuais e normovisuais com o mesmo nível educativo (habilitações acima da média). Face aos normovisuais, os deficientes visuais mostram menor bem-estar psicológico, saúde mental mais pobre, maior *stress* e níveis mais baixos de satisfação conjugal (Patterson⁷², citado por Zeeshan & Aslam, 2013).

Estudos envolvendo adolescentes deficientes visuais mostram que estes correm maior risco de depressão quando comparados com normovisuais (Jan, Freeman, & Scott, 1977; Van Hasselt, Kazdin, & Hersen, 1986, citado por Taina & Hillevi, 2000; Koenes & Karshmer, 2000; Taina & Hillevi, 2000).

Vários estudos sobre perda de visão relacionada com a idade apontam também para um decréscimo do bem-estar e maior risco de depressão face à população geral da mesma idade.

Linely & Joseph (2005, citado por Zeeshan & Aslam, 2013) reportam um estudo envolvendo 10 países europeus com indivíduos que sofreram uma perda acentuada de visão em adultos. A baixa visão estava associada com um impacto negativo em todos os aspetos de bem-estar que foram medidos: as pessoas com deficiência visual apresentavam problemas de concentração durante a leitura e o lazer, perda de interesse e prazer nas suas atividades, fadiga, irritabilidade, tristeza e choro, menos esperança no futuro e desejos de morte.

Horowitz, Reinhardt & Brennam (2004), num estudo longitudinal com uma população de séniores com deficiência visual adquirida e outras incapacidades relacionadas com a idade, encontraram índices de depressão mais elevados nos séniores com deficiência visual quando comparados com os outros grupos. Mais concretamente, indicaram que 1/3 dos doentes idosos com deficiência visual apresentava sintomas de depressão significativos logo após o diagnóstico, e ¼ mantinha esses sintomas após dois anos. Constataram ainda que a incapacidade funcional foi influenciada quer pela perceção subjetiva da perda de visão, quer pelo estado de saúde, mas não foi influenciada pela acuidade visual. Além disso, verificaram que o efeito da incapacidade visual na depressão foi largamente mediado por recursos pessoais e sociais,

⁷²Patterson, J.M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage & Family*, 64, 349-360.

indicando a importância que deve ser dada a estes recursos nas intervenções terapêuticas de apoio ao processo de ajustamento à deficiência visual.

Horowitz & Reinhardt (2000) referem vários estudos que apontam para um maior risco de depressão associado à deficiência visual nos idosos. Um dos estudos, particularmente robusto pela dimensão da amostra e significativo nos resultados, foi levado a cabo em 1995 por Bazarán & Hamm-Baugh, com uma amostra de 1.022 afro-americanos entre os 62 e os 96 anos. Os autores investigaram o efeito de onze condições crónicas comuns na presença de sintomatologia depressiva, tendo concluído que a deficiência visual estava não só significativamente associada com a depressão, mas também que surge como uma das três únicas condições crónicas que só por si leva à depressão.

Williams et al.,⁷³ (citado por Silva & Pais-Ribeiro, 2006) verificaram que os indivíduos com DMI (degenerescência macular relacionada com a idade) apresentam níveis mais elevados de *distress* emocional do que a população em geral com a mesma idade, e que só são comparáveis aos apresentados por pessoas com doenças graves (melanoma, síndrome de imunodeficiência adquirida, transplante de medula), alertando ainda para o facto de que quanto maior for o *distress* psicológico destes doentes, menor é a sua qualidade de vida.

Em Portugal, um estudo de Silveira & Sequeira (2002) comparou níveis de saúde mental entre adultos (dos 20 aos 55 anos) com cegueira adquirida (N = 60) e normovisuais (N = 80), utilizando o GHQ (*General Health Questionnaire* na versão de 28 itens). Os resultados indicaram valores de saúde mental significativamente mais baixos (nas subescalas de depressão e disfuncionamento social) na amostra de deficientes visuais, bem como um número significativamente mais elevado de compromisso psicológico neste grupo quando comparado com o grupo dos normovisuais.

Quanto ao impacto de variáveis sociodemográficas na saúde mental da população deficiente visual, há relativamente poucos estudos e poucos consistentes em algumas das variáveis.

Relativamente ao género parece haver alguma consistência. Zeeshan & Aslam (2013), no seu estudo com uma amostra de 150 sujeitos dos 18 aos 30 anos, incluindo 50 cegos congénitos, 50 cegos recentes e 50 normovisuais, constatou que os homens tinham níveis significativamente mais elevados de bem-estar psicológico do que as mulheres (usando o

⁷³Williams, R.A., Brody, B.L., Thomas, R.G., Kaplan, R.M., & Brown, S.L. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology*, 116, 514-520.

Affectometer-2 Scale). Pallero et al.,⁷⁴ (citado por Salabert & González, 2003) constataram, no seu estudo com 320 sujeitos com deficiência visual dos 60 aos 92 anos, que os níveis de sintomatologia depressiva eram mais elevados nas mulheres do que nos homens. Horowitz & Reinhardt (2000) referem que, entre adultos de meia-idade e idosos portadores de cegueira, alguns estudos têm constatado níveis significativamente mais elevados de sintomatologia depressiva nas mulheres do que nos homens. Estas diferenças de género quanto à saúde mental na população com deficiência visual vão no mesmo sentido dos estudos já referidos atrás incidindo na população geral, e que indicam uma maior tendência das mulheres para sintomatologia depressiva face aos homens.

Relativamente à variável idade, tem-se estudado sobretudo o impacto diferenciado da idade em que se dá a perda de visão. Parece seguro que a perda de visão é mais disruptiva na idade adulta vs. infância/adolescência (pela acumulação de perdas e responsabilidades sociais, conjugadas com menor flexibilidade física/psicológica para a aprendizagem de competências adaptativas), mas não está ainda clara a influência da idade na saúde mental quando se comparam diferentes níveis etários dentro da população adulta.

Como já foi referido, há autores que consideram que o impacto negativo na saúde mental se acentua com a idade em que surge a deficiência visual, indicando o grupo dos séniores como o mais vulnerável, pela acumulação de fatores de risco e maior dificuldade adaptativa (Tuttle & Tuttle, 2006).

Para outros autores, poderá ser a meia-idade a apresentar um maior risco para a saúde mental. Um estudo de Cimarolli & Boerner (2005) com sujeitos portadores de deficiência visual recente, com diferentes graus de dificuldade visual, e inseridos em dois grandes níveis etários, meia-idade (40-64 anos) e mais velhos (> 65 anos), mostrou que, no grupo dos que tinham níveis mais elevados de deficiência visual (e apenas nesses), os indivíduos de meia-idade tinham em média mais problemas de saúde mental do que os mais velhos, sugerindo que lidar com a deficiência visual (pelo menos quando esta é mais severa, como é o caso da cegueira), pode constituir um maior risco para a saúde mental na meia-idade do que nas idades mais avançadas. Ringering & Amaral (2000) também consideram que poderá haver maior presença de sintomatologia depressiva nas idades mais ativas, tendo em conta a disrupção da deficiência e as maiores responsabilidades ou exigências a nível laboral e económico. Em Portugal, o estudo já citado de Silveira & Sequeira (2002) revelou uma correlação significativa entre a

⁷⁴Pallero, R., Ferrando, P.J., Díaz, M., Lorenzo, U., & Marsal, D. (2001). Spanish adaptation of the AVL Scale by A. Horowitz and J.P. Reinhardt. In H.W. Wahl & H.E. Schulze (Eds.), *On the special need of blind and low vision seniors: Research and practice concepts*. Amsterdam: IOS Press.

idade em que surge a cegueira e os valores de saúde mental, indicando que quanto maior o nível etário em que o indivíduo cega, mais baixos os valores de saúde mental. Além disso, e ainda na amostra de deficientes visuais, encontraram valores de saúde mental mais baixos no grupo etário dos 46 aos 50 anos, quando comparado com os mais jovens e mais velhos, independentemente da idade em que surge a cegueira.

Por sua vez, Zeeshan & Aslam (2013), no estudo já citado, não encontraram diferenças nos níveis de bem-estar emocional entre os grupos etários dos 18-23 anos e dos 24-30. Há ainda estudos que indicam não existir uma tendência clara entre a idade e a reação emocional à perda de visão, sugerindo que outras variáveis individuais e sociais se mostram melhores preditores desse impacto e do subsequente ajustamento à cegueira (Salabert & González, 2003), como por exemplo o tipo de estratégias de *coping* usadas para lidar com a perda, a qualidade do apoio social informal (família e amigos), o nível de atividade e o nível de educação do sujeito (Horowitz, Reinhardt & McInerney Leonard, 1991).

Quanto ao nível de educação, os estudos já citados de Silveira & Sequeira (2002) e Zeeshan & Aslam (2013) indicam, entre os sujeitos cegos, níveis significativamente mais baixos de saúde mental ou bem-estar psicológico naqueles que possuem níveis mais baixos de educação. No contexto de estudos junto da população em geral, Zeeshan & Aslam (2013) dão conta de alguma inconsistência de resultados: alguns autores, como Johnson & Wiechalt⁷⁵, sugerem que a educação tem influência no bem-estar psicológico, enquanto outros indicam que o efeito da educação não é muito forte.

Alguns estudos acedidos comparam indivíduos com cegueira congénita, cegueira adquirida/recente e normovisuais quanto à saúde mental ou bem-estar emocional (Chamay⁷⁶, citado por Zeeshan & Aslam, 2013; Silveira, 1999; Zeeshan & Aslam, 2013). Os resultados indicam diferenças significativas entre os três grupos, apresentando os sujeitos com cegueira recente os níveis mais baixos, seguidos dos portadores de cegueira congénita, e sendo os normovisuais os que apresentam melhor saúde mental ou bem-estar emocional. No estudo de Silveira (1999) utilizou-se o GHQ, permitindo constatar que existia compromisso psicológico (ou morbilidade psiquiátrica) em 65% da amostra com cegueira recente, contra apenas 34% na amostra da cegueira congénita, e 27% na amostra de normovisuais.

Um outro estudo português, de Sequeira & Bento (1999), comparou níveis de satisfação com a vida entre indivíduos com cegueira congénita e cegueira recente, e entre estes

⁷⁵Johnson, J.L., & Wiechalt, S.A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *SUMU*, 39, 657-670.

⁷⁶Chamey, D.S. (2004). Psychological mechanism of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychology*, 161 (2), 195-216.

no seu conjunto e indivíduos normovisuais. A amostra era constituída por 60 sujeitos de ambos os géneros, igualmente distribuídos pelas três condições em estudo, com idades entre os 17 e os 57 anos. Na comparação entre cegueira recente e congénita, os resultados indicaram um nível significativamente mais baixo de satisfação com a vida nos sujeitos com cegueira recente, apresentando, nomeadamente, maiores índices de solidão e insatisfação, e maior medo do envelhecimento do que os cegos congénitos.

Relativamente à investigação que associe deficiência visual e resiliência, parece haver ainda poucos estudos, como já foi referido atrás.

Stephens (2007), na sua revisão de literatura sobre o tema do bem-estar emocional nos deficientes visuais, considera explicitamente a resiliência como um dos fatores que afeta o impacto da deficiência visual, e refere neste âmbito o contributo de alguns autores. De Leo e Colaboradores⁷⁷, consideram como fatores de resiliência (ou que protegem contra a emergência de psicopatologia) na situação de deficiência visual: ser jovem, com bom estatuto financeiro e com um moderado/elevado nível sociocultural. Tendo em conta que a identidade da pessoa e o seu papel social podem ser afetados pela perda, os autores referem ainda como importante fator de resiliência um forte sentido do Eu e a habilidade para viver a vida plenamente. Heiman⁷⁸ considera que a resiliência parental também é significativa para as crianças deficientes visuais e identifica três fatores que contribuem para uma resposta resiliente: discussão aberta entre família, amigos e professores; um forte vínculo entre os pais; um suporte intensivo e contínuo. Valoriza ainda a autoconfiança, uma vez que esta ajuda a enfrentar os desafios e a manter uma perspetiva positiva perante a vida. Estudos realizados por Cimarolli e Colaboradores⁷⁹ indicam que manter e tentar concretizar objetivos de vida são fatores de resiliência que protegem e promovem a saúde mental na situação de deficiência visual. Os objetivos de vida que os próprios deficientes visuais referem como importantes incluem: saúde, trabalho/carreira/educação, mobilidade/independência, *hobbies*/interesses e família/sociabilidade.

Marquès-Brocksopp (2011) discute o conceito de bem-estar emocional no contexto da deficiência visual, e integra nesse conceito o constructo de resiliência, afirmando que foram estabelecidas relações significativas entre bem-estar e constructos como otimismo, resiliência

⁷⁷De Leo, D., Hickey, P., Meneghel, G. & Cantor, C. (1999). Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics*, 40 (4), 339-344.

⁷⁸Heiman, T. (2002). Parents and children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14 (2), 159-167.

⁷⁹Cimarolli, V.R., Boerner, K., & Wang, S. (2006). Life goals in vision rehabilitation: Are they addressed and how? *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100 (6), 3343-352.

e autoestima. Aborda a questão da possibilidade de aprendizagem/treino da resiliência, e refere que há uma tendência crescente, junto dos investigadores e profissionais que lidam com a deficiência visual, para se assumir que é possível desenhar intervenções que fomentem as forças e a resiliência das crianças com deficiência visual. Ou seja, que é possível prevenir uma saúde mental negativa e o risco de depressão treinando a resiliência destas crianças, nomeadamente ajudando-as a desenvolver conceitos como autoestima, autocontrolo e estratégias adequadas de *coping*.

A autora dá também voz à nova tendência, dentro do movimento da Psicologia Positiva, que defende uma abordagem mais abrangente ou holística do bem-estar (já anteriormente referida). No contexto do impacto e adaptação à deficiência visual, esta abordagem considera relevante tomar em conta, não só a dimensão das experiências e de satisfação com a vida, mas também a dimensão do desenvolvimento pessoal dos deficientes visuais. Ou seja, considerar todas as necessidades e promover o desenvolvimento pessoal a nível físico, social, emocional e também espiritual, assumindo que há diferentes caminhos para cada pessoa dar sentido ao mundo, às suas experiências e ao seu desenvolvimento pessoal.

A investigação sobre a relação entre resiliência e os dois tipos de cegueira, congénita e adquirida parece ainda pouco expressiva.

Os estudos acedidos indicam níveis mais elevados de resiliência nos sujeitos com cegueira congénita face aos portadores de cegueira adquirida. Bonamo (2004), num estudo conduzido na universidade de Heidelberg (Alemanha), investigou o nível de resiliência entre sujeitos com cegueira congénita, cegueira tardia (adquirida em adulto) e normovisuais, tendo os resultados indicado que, entre os três grupos, os cegos congénitos apresentavam o nível mais elevado de resiliência. Zeeshan & Aslam (2013), além de avaliarem o bem-estar psicológico, também avaliaram o nível de resiliência entre cegos congénitos, cegos tardios e normovisuais paquistaneses, tendo obtido resultados idênticos.

O estudo de Zeeshan & Aslam (2013), ao investigar simultaneamente o bem-estar psicológico e a resiliência entre cegos congénitos, cegos tardios e normovisuais, constatou que (1) os cegos congénitos apresentaram níveis significativamente superiores tanto em bem-estar psicológico como em resiliência face aos cegos tardios; (2) os cegos congénitos revelaram níveis mais elevados de resiliência que os normovisuais, mas níveis inferiores de bem-estar psicológico.

Estes resultados confirmam que a deficiência visual constitui um elevado fator de risco para a saúde mental, uma vez que indicam que nem um melhor nível de resiliência garante por

si só melhor saúde mental quando a pessoa tem de viver com a condição de cegueira. Mas também reforçam a noção de que a resiliência pode servir como fator protetor e promotor de saúde mental, protegendo o bem-estar psicológico e melhorando a capacidade de enfrentar positivamente as adversidades.

Os estudos citados que abordam as diferenças entre cegueira congénita e cegueira adquirida na saúde mental geral, satisfação com a vida, bem-estar psicológico e/ou resiliência (Bonamo, 2004; Chamay, 2004, citado por Zeeshan & Aslam, 2013; Sequeira & Bento, 1999; Silveira, 1999; Zeeshan & Aslam, 2013), apresentam resultados que sublinham a importância de distinguir entre cegueira congénita e adquirida/tardia, evidenciando que a cegueira adquirida/tardia é mais disruptiva e constitui um maior desafio no processo de enfrentamento e adaptação positiva. Nesse sentido, apontam para a importância de desenvolver intervenções de prevenção/reabilitação específicas para cada um dos grupos, melhor ajustadas às suas necessidades e recursos diferenciados.

1.5. Relevância do estudo

A investigação psicossocial na área da deficiência visual revela-se útil desde logo pela necessidade de alargar e aprofundar o conhecimento que a sociedade – e especificamente a sociedade portuguesa - possui sobre a condição da cegueira, como forma de produzir mudanças de atitudes e comportamentos sociais face a este tipo de deficiência sensorial, ainda fortemente marcados por mitos e preconceitos que levam à marginalização das pessoas cegas.

Estudar o funcionamento psicológico dos indivíduos portadores de cegueira parece-nos uma via válida para a compreensão e explicação do impacto que a cegueira tem no desempenho dos processos de autonomia pessoal, permitindo desse modo uma melhor compreensão do que será uma adequada intervenção social e psicológica com vista a facilitar o processo de ajustamento à condição de cegueira e a plena integração social da população com esta deficiência.

Nesse sentido, e numa perspetiva biopsicossocial, a investigação tem procurado identificar e estudar os múltiplos fatores que agem e interagem na condição de cegueira, tentando compreender o modo como influenciam o funcionamento psicológico das pessoas com esta deficiência, incluindo a sua capacidade para fazer face às solicitações do ambiente físico e social.

Dentro destes fatores, a diferenciação entre cegueira congénita e adquirida tem merecido a atenção de muitos investigadores, com o pressuposto de que está em causa um impacto diferenciado em natureza e intensidade entre os dois tipos de cegueira. Vários estudos, quer quantitativos quer qualitativos, dão conta da diferenciação na forma como as pessoas com cegueira congénita e adquirida vivenciam a sua condição de cegueira e reagem a ela, apresentando um impacto diferenciado na capacidade/facilidade de aceitação e de adaptação à própria deficiência, o que pode traduzir-se numa maior ou menor capacidade de gestão adequada do processo de autonomia e inserção social.

A saúde mental e a resiliência são consideradas funções ou recursos psicológicos essenciais para uma boa adaptação à condição de cegueira, uma vez que fornecem indicadores quanto ao nível de bem-estar e sofrimento psicológico (saúde mental), e quanto ao nível de flexibilidade e capacidade de adaptação ao meio e à superação adequada de situações adversas (resiliência). Sendo dois constructos psicológicos diferentes, a investigação científica tem mostrado que os dois conceitos apresentam correlações significativas entre si, sugerindo que a resiliência constitui um importante fator de saúde mental, ou bem-estar psicológico, na presença de acontecimentos de vida traumáticos e geradores de elevado *stress* emocional, como é o caso da cegueira.

Diversos estudos têm demonstrado que as pessoas com deficiência visual, e especificamente cegueira, tendem a apresentar, face à população normovisual, níveis mais baixos de saúde mental e mais sintomas depressivos. Também existem alguns estudos que apontam para níveis inferiores de saúde mental na cegueira adquirida face à cegueira congénita. Mas parece haver poucos estudos sobre resiliência que incidam na população com deficiência visual, e especificamente que comparem níveis de resiliência e saúde mental entre diferentes grupos de deficientes visuais. Encontrou-se apenas um estudo (Zeeshan & Aslan, 2013) que aponta para diferenças significativas, quanto à resiliência e ao bem-estar psicológico, entre pessoas com cegueira congénita, cegueira recente e normovisuais, surgindo a cegueira recente como a condição mais desfavorável em ambas as variáveis, e a condição normovisual como a mais favorável para o bem-estar psicológico.

O estudo da influência de diferentes variáveis sociodemográficas no impacto psicossocial da deficiência visual é outra área de investigação relevante, tendo-se identificado algumas delas como fatores significativos de diferenciação no modo como se reage e se enfrenta a condição de cegueira. A relevância destes estudos prende-se com a possibilidade de

desenvolver e ajustar melhor o apoio social e técnico a diferentes segmentos de pessoas que partilham a condição de cegueira.

1.6. Objetivos e hipóteses

É objetivo deste estudo investigar os fenómenos da saúde mental e da resiliência junto de indivíduos com cegueira congénita e com cegueira adquirida.

Mais especificamente, pretende-se avaliar, comparativamente, a saúde mental e a resiliência em indivíduos adultos com cegueira congénita e com cegueira adquirida, averiguando eventuais diferenças no modo como os dois tipos de cegueira impactam estas duas funções psicológicas, e consequentemente a capacidade e preparação para uma adequada integração social.

Complementarmente, pretende-se também analisar o impacto de algumas variáveis sociodemográficas - género, idade, habilitações literárias e tipo de coabitação - na resiliência e na saúde mental da população com cegueira.

A investigação procurará responder às seguintes questões:

Fará sentido, do ponto de vista da intervenção social, olhar a deficiência visual como uma condição única e uniforme, ou antes como uma condição plural que apresenta especificidades relevantes que devem ser tidas em conta no desenho de políticas e práticas de apoio à reabilitação e integração social das pessoas com esta deficiência?

A cegueira congénita e a cegueira adquirida representam ou não condições diferenciadas no impacto psicológico que produzem nos sujeitos portadores, e consequentemente no seu processo de enfrentamento à deficiência visual e na sua capacidade de autonomia e integração social (nomeadamente junto da população portuguesa adulta que sofre desta deficiência)?

Mais concretamente, estas duas condições afetam ou não de forma diferenciada e significativa a saúde mental (bem-estar emocional) e a resiliência (capacidade de enfrentar positivamente eventos adversos) das pessoas com deficiência visual?

Se sim, como se manifesta essa diferença? Qual das duas condições – cegueira congénita ou adquirida – apresenta maior risco para o bem-estar e para a capacidade de adaptação bem-sucedida à condição de deficiência visual?

Além destas duas condições – cegueira congénita e cegueira adquirida – haverá outras variáveis, nomeadamente sociodemográficas, que provocam um impacto significativamente

diferenciado na saúde mental e na resiliência das pessoas com cegueira, e que por isso deveriam ser levadas em conta numa política social de apoio ao seu bem-estar e à sua integração social?

Por fim, em que medida o estudo poderá ajudar a elucidar a compreensão dos conceitos de saúde mental/bem-estar psicológico e de resiliência, da relação que se estabelece entre estes dois constructos, bem como da utilidade clínica do conceito de resiliência no âmbito da reabilitação dos deficientes visuais?

Foram definidas as seguintes hipóteses de investigação, que incidem nas variáveis tipo de cegueira, saúde mental e resiliência:

Hipótese 1: Os indivíduos com cegueira congénita apresentam valores significativamente mais elevados de saúde mental quando comparados com os portadores de cegueira adquirida.

Hipótese 2: Os indivíduos com cegueira congénita apresentam valores significativamente mais elevados de resiliência quando comparados com os que sofrem de cegueira adquirida.

Capítulo II - Método

2.1. Participantes

A amostra do estudo é constituída por adultos com deficiência visual, nomeadamente com cegueira congénita e cegueira adquirida, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos de idade, residentes na Área da Grande Lisboa e membros efetivos da Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO). A amostra foi obtida na ACAPO usando a técnica da amostragem de conveniência.

Na constituição da amostra foi definido como critério de inclusão (além da idade igual ou superior a 20 anos) o conhecimento do *braille*, dado que se elaborou um guia de resposta em *braille* para os sujeitos poderem responder às perguntas das escalas utilizadas sem necessidade de verbalização das respostas. Por outro lado, foram excluídas da amostra pessoas cegas com limitações cognitivas ou patologias do sistema nervoso central, com o objetivo de controlar esta variável e prevenir o enviesamento das respostas.

A amostra total é constituída por 95 participantes, 48 com cegueira adquirida (50,5%) e 47 com cegueira congénita (49,5%). A média de idades é de 41,6 anos.

O grupo da Cegueira Congénita é constituído por pessoas que cegaram até aos 5 anos de idade, seguindo os autores que consideram ser este o limite relevante pelo critério da retenção das imagens visuais. A amostra do estudo é constituída maioritariamente por sujeitos que cegaram à nascença (total de 31), com apenas 10 sujeitos que cegaram entre 1 e 2 anos de vida e 6 sujeitos cuja cegueira surgiu entre os 3 e os 5 anos de idade.

No grupo da Cegueira Adquirida, a quase totalidade dos sujeitos da amostra cegou antes da idade adulta, entre os 6 e os 18 anos (total de 46 sujeitos, dos quais 21 cegaram entre os 6 e os 10 anos, 17 entre os 11 e os 13 anos e 9 entre os 14 e os 18 anos). A amostra não contempla sujeitos com cegueira recente, sendo a duração mínima da cegueira de 8 anos e a máxima de 53 anos.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra total pelas variáveis sociodemográficas, bem como a de cada uma das subamostras, grupo da Cegueira Adquirida (CA) e grupo da Cegueira Congénita (CC). Inclui ainda os valores do teste de *Qui-quadrado*, calculado para averiguar a uniformidade da amostra total e a equivalência das subamostras quanto às variáveis sociodemográficas em análise.

Na amostra total a distribuição por género é bastante uniforme, com 50,5% do género masculino e 49,5% do género feminino, confirmada pelo resultado do *Qui-quadrado* para o valor observado e o valor esperado ($\chi^2_{(1)} = 0,011$; $p = 0,918$). A equivalência entre os grupos

Cegueira Adquirida e Cegueira Congénita quanto ao género foi também confirmada, com $\chi^2_{(1)} = 0,116$; $p = 0,990$.

Tabela 1 - Caracterização e análise da Amostra Total e das subamostras Grupo Cegueira Adquirida (CA) e Grupo Cegueira Congénita (CC)

	Amostra Total			Grupo CA		Grupo CC		χ^2
	N = 95			N = 48		N = 47		
	N	%	χ^2	N	%	N	%	
Género			0,011*					0,116*
Masculino	48	50,5		25	52,1	23	51,1	
Feminino	47	49,5		23	47,9	24	48,9	
Idade			0,958*					0,275*
20-29 Anos	22	23,2		11	22,9	11	23,4	
30-39 Anos	21	22,1		13	27,1	8	17,0	
40-49 Anos	25	26,3		11	22,9	14	29,8	
≥ 50 Anos	27	28,4		13	27,1	14	29,8	
Habilitações			0,874*					0,335*
2º Ciclo	20	21,1		10	20,8	10	21,3	
3º Ciclo	25	26,3		12	25,0	13	27,6	
Secundário	26	27,4		15	31,3	11	23,4	
Superior	24	25,3		11	22,9	13	27,7	
Tipo de Coabitação			0,012*					0,139*
Vive Com Cônjuge	47	49,5		23	47,9	24	51,1	
Vive Sem Cônjuge	48	50,5		25	52,1	23	48,9	
Situação Profissional			0,098*					0,322*
Ativo	37	38,9		19	39,6	18	38,3	
Em Formação	28	29,5		14	29,2	14	29,8	
Inativo	30	31,6		15	31,3	15	31,9	
Apoio Terapêutico			0,678**					0,867**
Nunca teve	75	78,9		37	77,1	38	80,9	
Tem/Já teve	20	21,1		11	22,9	9	19,1	

* $p > 0,05$ / ** $p < 0,05$

Quanto à idade, os 95 participantes ficaram distribuídos por escalões etários, conforme apresentado na Tabela 1. O nível etário a partir dos 50 anos (50-65 anos) é o maioritário na amostra, com 28,4% dos sujeitos, enquanto o escalão entre os 30 e os 39 anos revela a menor

presença (22,1%), sendo a média de idades de 41,3 anos (DP = 23.7). As diferenças entre o valor esperado e o valor observado não se revelam contudo estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 0,958$; $p = 0,811$), garantindo-se a uniformidade da amostra total nesta variável. A equivalência entre os grupos CA e CC quanto à idade também surge confirmada ($\chi^2_{(3)} = 0,275$; $p = 0,876$).

Relativamente às habilitações literárias, constata-se que não existem na amostra indivíduos abaixo do 2º Ciclo de escolaridade (facto que se deveu à dificuldade encontrada de recrutar sujeitos cegos com escolaridade inferior e simultaneamente com o domínio do *braille*, necessário para utilização do guia de resposta em *braille* das escalas aplicadas, conforme descrito adiante, nos Instrumentos).

A distribuição do total da amostra pelos quatro níveis de ensino considerados revela algumas diferenças, com a maior percentagem de sujeitos ao nível do Ensino Secundário (27,4%) e a menor representatividade no 2º Ciclo do Ensino Básico (21,1%), que contudo não comprometem a uniformidade da amostra, já que as diferenças encontradas não se revelam estatisticamente significativas ($\chi^2_{(3)} = 0,874$; $p = 0,832$). Também se verifica a equivalência entre os grupos CA e CC quanto a esta variável ($\chi^2_{(3)} = 0,335$; $p = 0,793$).

A variável Tipo de Coabitação (“Vive Com Cônjuge” / “Vive Sem Cônjuge”) foi constituída após a recolha da amostra, e resulta do cruzamento de duas outras variáveis: estado civil e composição do agregado familiar. Assim, a condição ‘Vive Com Cônjuge’ corresponde ao estado civil de casado/união de facto, com filhos (23 sujeitos) ou sem filhos (24). A condição “Vive sem Cônjuge” inclui solteiros (37 sujeitos), divorciados (8) e viúvos (3); e ou que vivem sozinhos (9 sujeitos), ou com filhos (7), ou com progenitores/irmãos (32).

A distribuição dos 95 participantes quanto ao tipo de coabitação apresenta-se uniforme, já que 49,5% dos sujeitos vive com cônjuge e 50,5% vive sem cônjuge, e conforme o resultado da aplicação do teste do *Qui-quadrado* ($\chi^2_{(1)} = 0,012$; $p = 0,931$). Também a distribuição dos grupos CA e CC se revela equivalente quanto a esta variável ($\chi^2_{(1)} = 0,139$; $p = 0,984$).

Quanto à variável Situação Profissional, apesar de a aplicação do *Qui-quadrado* revelar uniformidade na distribuição da amostra total ($\chi^2_{(1)} = 0,098$; $p = 0,866$) e equivalência entre os grupos CA e CC ($\chi^2_{(1)} = 0,322$; $p = 0,807$), foi considerada a posteriori como não tendo validade para ser usada no estudo das diferenças, especificamente no que respeita ao seu impacto nos valores de saúde mental e de resiliência. A falta de validade prende-se com o facto

de terem sido agregadas situações diferenciadas numa mesma condição, podendo originar diferenças que não seria possível controlar: a condição “Em Formação” inclui formação escolar e profissional; a condição “Inativo” inclui desempregados e reformados.

A variável Apoio Terapêutico surge com uma distribuição claramente desequilibrada nas duas condições consideradas, uma vez que 75% dos sujeitos nunca teve qualquer tipo de apoio psicológico/psicoterapêutico e apenas 20% já receberam ou estão a receber este tipo de apoio. Por esta razão, também esta variável não será utilizada na análise do respetivo impacto a nível de saúde mental e de resiliência.

2.2. Instrumentos e material

No âmbito da investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de Dados Sociodemográficos; Inventário de Saúde Mental (*Mental Health Inventory* - MHI) na sua versão reduzida de 5 itens - MHI-5, adaptada por Pais-Ribeiro para a população portuguesa, a partir da versão original dos autores Veit e Ware; Escala de Resiliência (*Resilience Scale* - RS) de Wagnild & Young – adaptada para a população adulta portuguesa por Cláudia Deep e Isabel Pereira; Guia de Resposta em *Braille*, criado propositadamente para esta investigação.

2.2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

O questionário foi construído especificamente para a investigação em curso, contendo dados sociodemográficos referentes ao género, idade, habilitações literárias, estado civil e agregado familiar (total de pessoas e grau de parentesco) bem como dados relativos à cegueira: idade em que surge a cegueira e tempo/duração da cegueira (cf. Apêndice IV).

Contempla ainda informação relativamente ao “nível de atividade”, considerando três condições diferenciadas: Profissionalmente Ativo, Em Formação (escolar ou profissional) e Inativo (desempregado ou reformado). Esta variável sociodemográfica não foi contudo incluída na análise, pelo facto de, quer a condição “Em Formação”, quer a condição “Inativo”, incluírem duas subcondições/variáveis diferenciadas entre si, podendo por isso produzir diferenças que não seria possível controlar ou identificar.

O questionário inclui ainda informação relativamente à situação terapêutica, no sentido de identificar se já recebeu/está a receber apoio terapêutico, ou se nunca teve esse tipo de apoio.

Esta variável também não foi utilizada na análise, neste caso porque não se conseguiu uma distribuição minimamente equilibrada da amostra pelas duas condições.

2.2.2. Inventário de Saúde Mental na versão reduzida (MHI-5)

O MHI é um questionário de auto-resposta e inclui 38 itens na sua versão mais alargada. Foi desenvolvido por Veit e Ware (1983) para investigação epidemiológica, como uma medida destinada a avaliar a Saúde Mental na população em geral e numa perspetiva que inclui tanto dimensões positivas como negativas, em conformidade com o conceito de saúde mental defendido pela OMS. Os 38 itens do MHI agrupam-se em cinco dimensões, três negativas (Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e duas positivas (Afeto Positivo e Laços Emocionais), as quais se podem agrupar por sua vez em duas grandes subescalas ou dimensões, uma negativa, o *Distress* Psicológico, e outra positiva, o Bem-estar Psicológico. A utilidade do MHI está demonstrada em diferentes populações, sendo recomendado para estudos de comparação da saúde mental em população não psiquiátrica, e considerado o melhor instrumento para detetar a probabilidade de existência de perturbação mental (Ribeiro, 2001).

O MHI-5, usado no presente estudo (cf. Anexo II), é uma versão reduzida de 5 itens do MHI, que se propõe avaliar o mesmo constructo, e que pode ser utilizado isoladamente ou incluído noutras escalas. Os 5 itens do MHI-5 representam quatro dimensões de saúde mental: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional/Comportamental (com 3 itens, que pertencem à escala de *Distress* Psicológico) e Bem-Estar Psicológico (2 itens). A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de 6 posições (1 = Sempre e 6 = Nunca para os 3 itens que pertencem à subescala *Distress* Psicológico; 1 = Nunca e 6 = Sempre para os itens da subescala Bem-Estar Psicológico). A pontuação total resulta da soma dos valores brutos dos 5 itens, podendo variar entre 5 e 30. A pontuação bruta final é convertida numa nota de 0 a 100. Pontuações mais elevadas correspondem a mais saúde mental. Foram identificados os seguintes pontos de corte: 52 pontos para a existência de sintomas graves de depressão e 60 pontos para a existência de sintomas moderados de depressão. (Ribeiro, 2001).

Diferentes estudos têm demonstrado que o MHI-5 é um bom substituto do MHI e particularmente adequado para rastreio e investigação. A validade, fidelidade e sensibilidade do MHI-5 foi confirmada e considerada equivalente não só ao MHI de 38 itens (no estudo original os 5 itens do MHI-5 têm uma correlação de $r = 0,95$ e $0,92$ com a nota total do MHI),

mas também relativamente a outras escalas de avaliação da saúde mental, como o *General Health Questionnaire* de 12 itens e de 30 itens, e o *Somatic Symptom Inventory* de 28 itens. Assim, a conjugação de boas propriedades psicométricas com uma maior rapidez de resposta tornam o MHI-5 um instrumento especialmente vocacionado para investigação (Ribeiro, 2001).

A versão portuguesa do MHI-5 (Ribeiro, 2001) utilizada no presente estudo foi validada, juntamente com a versão completa de 38 itens, com uma população de estudantes, de ambos os sexos, com idades entre os 16 e os 30 anos, num total de 609 participantes. Não se conhecem outras adaptações desta escala para a população portuguesa. Também na versão portuguesa, o MHI-5 foi considerado um bom substituto do MHI, bem como o mais adequado para a investigação e rastreio. A adaptação portuguesa revela uma boa fidelidade, com um valor de $\alpha = 0,96$ para o MHI de 38 itens, e uma correlação elevada de ($r = 0,95$) entre esta versão e o MHI-5. Foi ainda inspecionada a validade do constructo contra medidas de auto-referência e de percepção de saúde, tendo-se obtido correlações estatisticamente significativas com estas medidas de comparação. Além disso, as versões portuguesas das escalas MHI e MHI-5 apresentam características idênticas à versão original, podendo ser empregues com a mesma propriedade com que foram utilizadas as versões originais (Ribeiro, 2001).

2.2.3. Escala de Resiliência (Resilience Scale – RS)

A versão original da *Resilience Scale* (RS) foi desenvolvida por Wagnild & Young (1993) para medir o grau de resiliência, avaliando as características positivas da personalidade que promovem a adaptação individual. Pretende medir a capacidade para tolerar eventos de vida adversos e para enfrentar os desafios de forma positiva, dando-lhes um sentido e transformando-os em oportunidades de crescimento e realização pessoal. As autoras fazem contudo questão de notar que a resiliência não é uma característica estanque ou linear, podendo variar ao longo da vida e em função das experiências às quais o indivíduo é sujeito.

A RS original é composta por 25 itens descritos de forma positiva. As respostas são dadas numa escala ordinal tipo Likert de 7 pontos, desde o 1 (“Discordo totalmente”) a 7 (“Concordo totalmente”). Os valores totais são obtidos pelo somatório dos valores das respostas, e podem variar entre 25 e 175, com valores elevados refletindo elevada resiliência.

Na amostra do estudo original (mulheres de meia idade), Wagnild & Young encontram um valor médio de resiliência de 147,91, considerado elevado tendo em conta os valores de corte indicados pelas próprias autoras: < 121 = “reduzida resiliência”; $121-145$ = “resiliência

moderada”; > 145 = “resiliência moderadamente elevada a elevada” (Oliveira & Machado, 2011). Relativamente à estrutura da escala, as autoras encontraram inicialmente cinco constituintes da resiliência (Serenidade, Perseverança, Autoconfiança, Sentido de Vida e Autossuficiência), que posteriormente (por razões de afinidade entre eles) diminuíram para dois fatores: “Competência Pessoal” (17 itens) e “Aceitação de Si Próprio e da Vida” (8 itens). Do ponto de vista psicométrico a escala original revelou uma boa consistência interna, com um coeficiente de $\alpha = 0,91$. Verificou-se ainda que os resultados mais elevados de resiliência estavam associados a alta moral ($r = 0,28$), satisfação de vida ($r = 0,30$), melhor saúde física ($r = 0,26$) e a níveis mais baixos de depressão ($0,37$) (Deep & Pereira, 2012).

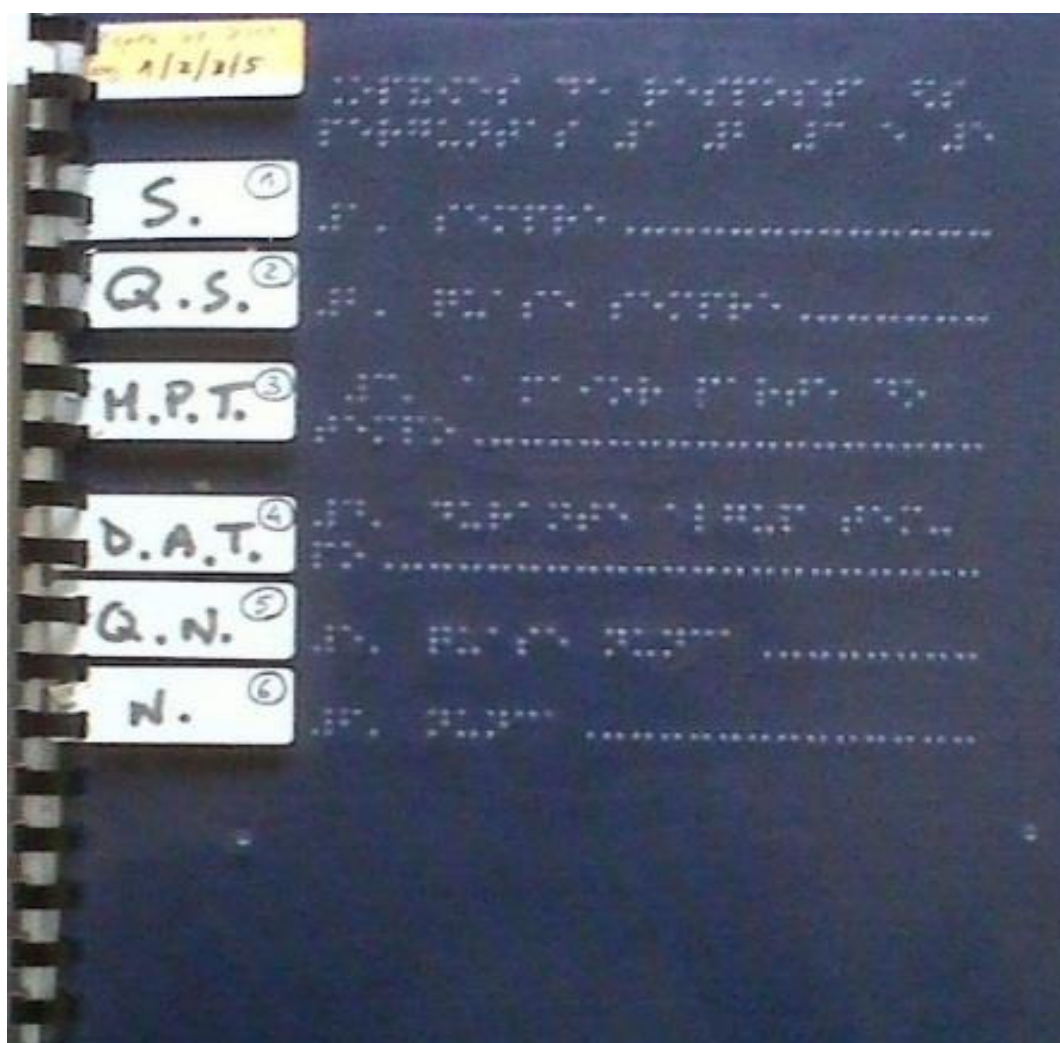
A versão portuguesa da *Resilience Scale* utilizada no presente estudo (cf. Anexo III) foi desenvolvida por Cláudia Deep e Isabel Pereira (Deep & Pereira, 2012), e está adaptada para a população adulta portuguesa, tendo por base uma amostra de 365 indivíduos de ambos os sexos e com idades entre os 18 e os 83 anos. Conhecem-se duas outras adaptações validadas desta escala para a população portuguesa, uma delas para adolescentes portugueses entre os 10 e os 16 anos (Felgueiras, Festas & Vieira, 2010), a outra para Estudantes do Ensino Superior, com idades entre os 18 e os 26 anos (Oliveira & Machado, 2011). Não existe nenhuma versão especificamente adaptada à população com deficiência visual. Neste contexto, a opção pela versão de Cláudia Deep e Isabel Pereira pareceu-nos a mais adequada, por ser a única adaptada para a população adulta portuguesa.

A versão da RS de Deep & Pereira (2012) é composta por 23 itens, tendo sido excluídos os itens 1 e 7 da escala original. Os resultados variam entre 23 e 161. Os 23 itens foram agrupados em 4 fatores: Perseverança (7 itens), Sentido de Vida (6 itens), Serenidade (5 itens), e Autossuficiência/Autoconfiança (5 itens). Os 4 fatores explicam 47,172% da variância, e apresentam valores Alfa de Cronbach para cada um deles considerados satisfatórios (entre 0,839 e 0,672), tendo em conta o reduzido número de itens em cada fator. O Alfa de Cronbach obtido com 23 itens foi de ($\alpha = 0,868$), mais elevado face ao valor obtido com 25 itens, e próximo do valor apresentado pela escala original, sugerindo boa consistência interna, fiabilidade estável e homogeneidade (Deep & Pereira, 2012). No que respeita aos níveis de resiliência, encontrou-se na amostra de Deep e Pereira (2012), um valor médio de 132,44. Este é, segundo as autoras, um valor indicativo de bons níveis de resiliência, tendo em conta que na escala original os valores variam entre 25 e 175, e nesta versão variam entre 23 e 161.

2.2.4. Guia de Resposta em Braille

O guia de resposta em *braille* (cf. Figuras 1,2 e 3), elaborado especificamente para esta investigação, foi pensado para facilitar as respostas dos inquiridos cegos na aplicação das duas escalas utilizadas (MHI-5 e RS), libertando-os o mais possível da interferência de quem, por força das circunstâncias, teria que ler em voz alta os itens e seguidamente as opções de resposta. Assim, os inquiridos, dominando este tipo de escrita, podem com maior facilidade procurar no guia em *braille* a opção de resposta, de acordo com a sua reflexão e sem necessidade de verbalizar a resposta perante o inquiridor.

Figura 1. Guia de resposta em *Braille* do MHI-5 relativo aos itens (1,2,3 e 5) (Garcia, M. 2014).



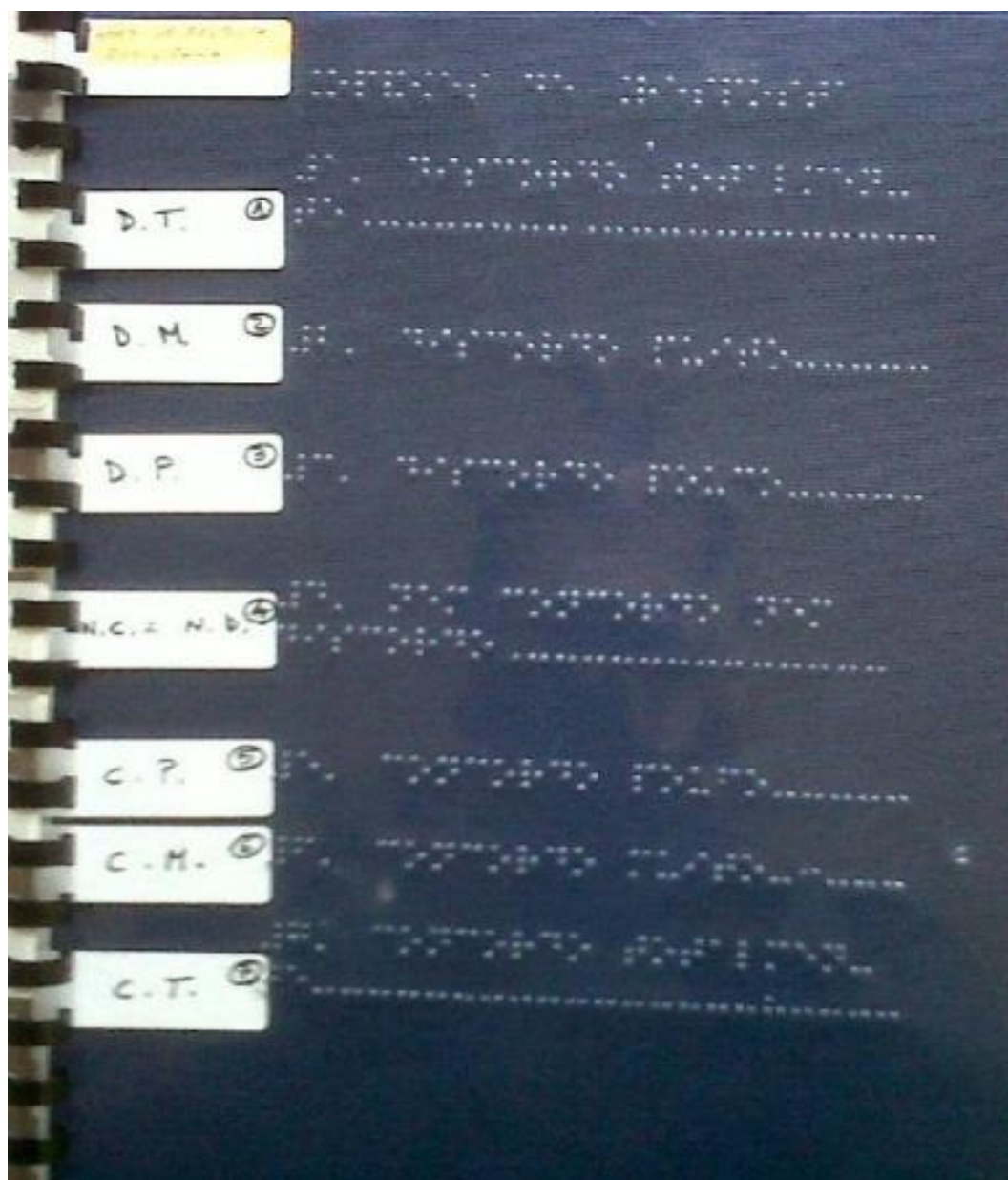
Legenda: A figura 1 apresenta, as opções de resposta aos itens (1,2,3 e 5) do MHI-5. Na parte lateral esquerda existe uma etiquetagem que apenas serve para orientação do investigador relativamente às opções de resposta: (S. = sempre; Q.S. = quase sempre; M.P.T. = a maior parte do tempo; D.A.T. = durante algum tempo; Q.N. = quase nunca; N. = nunca).

Figura 2. Guia de resposta em *Braille* do MHI-5 relativo ao item (4) (Garcia, M. 2014).



Legenda: A figura 2 mostra as opções de resposta ao item (4) do MHI-5. A etiquetagem é a seguinte: (S. = sempre; M.F. = com muita frequência; F. = frequentemente; P.F. = com pouca frequência; Q.N. = quase nunca; N. = nunca).

Figura 3. Guia de resposta em *Braille* da RS relativo aos (23) itens (Garcia, M. 2014).



Legenda: A figura 3 mostra as opções de resposta aos 23 itens da RS. A etiquetagem é a seguinte: (D.T. = discordo totalmente; D.M. = discordo muito; D.P. = discordo pouco; N.C. - N.D. = nem concordo nem discordo; C.P. = concordo pouco; C.M. = concordo muito; C.T. = concordo totalmente).

Nas três figuras apresentadas, observa-se também a existência de uma linha continua/orientadora no final de cada opção, linha essa que permite ao participante responder apontando com o dedo a resposta que quer dar. Deste modo, o guia permite que a pessoa evite a inibição de verbalizar a resposta, sobretudo quando elas são negativas - há uma menor exposição das emoções (apontar não custa tanto como dizer), e poderá haver por isso menor defensividade nas respostas.

2.3. Procedimentos

Abaixo apresentam-se detalhadamente os procedimentos envolvidos na seleção e recolha da amostra, e referem-se de seguida os principais aspetos do processo de análise estatística que foi efetuada no âmbito do estudo.

2.3.1. Seleção e recolha da amostra

A primeira etapa consistiu em contactar a Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO), solicitando uma colaboração e autorização de acesso às instalações da Delegação Nacional (DN) e Direção da Delegação de Lisboa (DDL), bem como a documentação específica relacionada com a deficiência visual. O pedido foi dirigido ao Presidente da Direção Nacional, o Dr. Carlos Manuel Lopes (cf. Apêndice II).

Numa segunda fase fez-se um pequeno pré-teste dos questionários, com o respetivo protocolo, junto de 5 pessoas com cegueira congénita, 2 homens e 3 mulheres, de idades entre os 32 e os 58 anos. Pretendeu-se despistar a compreensão do conteúdo dos questionários, mas também a aceitabilidade de responder às respetivas perguntas, de acordo com o protocolo definido. Verificou-se que, relativamente à compreensão das questões e opções de resposta, bem como à aceitação do protocolo, não se levantaram dúvidas nem dificuldades aos participantes. Foi possível também apurar que o tempo médio para o preenchimento dos questionários se fixou nos 18 minutos.

Seguidamente, foram realizados contactos presenciais e telefónicos, onde foi feita uma apresentação breve dos objetivos da investigação e a durabilidade da aplicação do protocolo, no sentido de agendar uma data e um horário conveniente aos participantes, bem como os moldes em que tal aconteceria.

Por fim procedeu-se à recolha de informação, com a aplicação dos questionários de forma presencial nas instalações da DN e nas instalações da DDL, tendo-se tido o especial cuidado em escolher espaços que reunissem as melhores condições possíveis para a aplicação dos mesmos, salvaguardando a privacidade, a acomodação e o ruído.

Antes de se dar início à aplicação, foi transmitido aos participantes que as questões seriam lidas pelo investigador e as respostas também por si preenchidas, partindo da resposta escolhida pelo participante no guia de respostas em *braille*. Em seguida foi colocado nas mãos do participante o guia de respostas em *braille*, para que pudesse perceber a sua estrutura,

adaptando-se assim ao instrumento, tendo o investigador esclarecido todas as dúvidas que ainda persistissem relativamente ao guia. Importa referir que a leitura das questões foi feita de forma pausada, existindo sempre a possibilidade de reler uma pergunta sempre que fosse necessário.

No momento da aplicação do referido protocolo, o investigador apresentou o estudo aos sujeitos, expondo os objetivos, ressaltando o carácter voluntário e garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados e respostas fornecidas, procurando respeitar critérios éticos, após o qual os participantes deveriam dar o seu consentimento para participar no estudo (cf. Apêndice III). A ordem da aplicação sustentou três fases: 1º Recolha dos dados Sociodemográficos, 2º Escala de Resiliência, 3º Questionário de Saúde Mental.

A recolha da amostra ocorreu entre os meses de Julho e Setembro do ano de 2013.

2.3.2. Análise estatística

Os dados foram trabalhados através de análises descritivas e inferenciais, recorrendo-se ao SPSS 20.

Num primeiro momento procedeu-se à análise descritiva das amostras recolhidas (amostra total e subamostras dos grupos Cegueira Congénita e Cegueira Adquirida) através do estudo das frequências e percentagens. Para averiguar a uniformidade da amostra total e a equivalência entre os grupos Cegueira Adquirida e Cegueira Congénita recorreu-se ao teste de ajustamento do *Qui-quadrado*.

Num segundo momento, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna das escalas utilizadas, MHI-5 e RS, tendo em conta que a amostra do estudo é de pessoas com deficiência visual.

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias dos grupos Cegueira Congénita e Cegueira Adquirida relativamente aos valores de saúde mental (MHI-5) e de resiliência (RS), recorreu-se ao teste *t de Student* para amostras independentes.

De forma a avaliar o impacto de variáveis sociodemográficas nos valores médios de saúde mental e resiliência na amostra, utilizou-se o teste *t* para amostras independentes nas variáveis dicotómicas (e.g. género). Em variáveis categóricas ordinais (e.g. idade e habilitações literárias) recorreu-se à análise de variância (ANOVA), e quando reveladas diferenças estatisticamente significativas realizaram-se os (testes *post-hoc* com recurso ao teste de *Tukey HSD*) para avaliar entre que categorias existem diferenças significativas.

Capítulo III - Resultados

3.1. Estudo da consistência interna das escalas MHI-5 e RS

Para avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados calculou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, dado que este estudo usa escalas já desenvolvidas e aplicadas em outros trabalhos de pesquisa. Este método permite avaliar a fiabilidade do instrumento de medição, assumindo que os itens do questionário utilizado, mensurados numa escala ordinal, medem o mesmo constructo e são altamente correlacionados (Pestana & Gageiro, 2008).

No sentido de averiguar o funcionamento do MHI-5 (versão Pais-Ribeiro, 2001) foram efetuados estudos de consistência interna para a totalidade da escala e para cada um dos seus dois fatores (tendo embora a noção de que o Alfa de Cronbach é muito influenciado não só pela correlação entre os itens mas também pelo número de itens).

Tabela 2. *Consistência interna (Alfa de Cronbach) do MHI-5*

MHI-5	Alfa de Cronbach	Nº de itens
<i>Distress</i> Psicológico	0,891	3
Bem-Estar Psicológico	0,870	2
Escala total	0,921	5

Os valores de Alfa de Cronbach nas duas subescalas do MHI-5 e no total da escala, dado o número reduzido de itens, apresentam-se de bom a muito bom. Os fatores “*Distress* Psicológico” ($\alpha = 0,891$) e “Bem-Estar Psicológico” ($\alpha = 0,870$) revelam uma boa consistência interna e a Escala no seu todo ($\alpha = 0,921$) uma consistência interna muito boa (Tabela 2).

Tabela 3. *Consistência interna (Alfa de Cronbach) da RS*

RS	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Perseverança	0,787	7
Sentido da Vida	0,832	6
Serenidade	0,743	5
Autossuficiência e Autoconfiança	0,732	5
Escala total	0,907	23

Relativamente à Escala de Resiliência (RS) (versão Deep & Pereira, 2012), o valor de Alfa de Cronbach obtido para o total da escala é de 0,907 (Tabela 3), revelando um muito bom funcionamento dos itens nesta amostra com deficientes visuais, superior ao valor de consistência interna ($\alpha = 0,868$) obtido no estudo de validação da versão portuguesa utilizada

no estudo. Os valores de Alfa para cada um dos fatores da RS apresentam-se satisfatórios, tendo em conta o número reduzido de itens envolvido. O fator “Sentido da Vida” ($\alpha = 0,832$) revela uma boa consistência interna, enquanto os fatores “Perseverança” ($\alpha = 0,787$), “Serenidade” ($\alpha = 0,743$) e “Autossuficiência e autoconfiança” ($\alpha = 0,732$) revelam uma consistência interna razoável (Tabela 3). Estes valores não diferem muito dos obtidos no estudo de validação da versão portuguesa utilizada, onde apenas o fator “Perseverança” revelou uma consistência interna mais elevada ($\alpha = 0,839$) e com valores inferiores para os fatores “Sentido de Vida” ($\alpha = 0,814$), “Serenidade” ($\alpha = 0,604$) e “Autosuficiência e autoconfiança” ($\alpha = 0,672$).

3.2. Hipótese 1: Diferenças na saúde mental entre portadores de cegueira congénita e adquirida

Um dos objetivos deste estudo era o de analisar as diferenças médias em saúde mental, através do MHI-5, entre indivíduos com cegueira congénita e cegueira adquirida. A hipótese formulada prevê valores significativamente mais elevados de saúde mental nos indivíduos com cegueira congénita, por comparação com os portadores de cegueira adquirida.

Para verificar a existência de diferenças significativas nos valores de saúde mental entre os dois grupos recorreu-se ao cálculo do teste *t de Student* para amostras independentes.

Tabela 4. Média, Desvio Padrão e valor *t* para indivíduos com cegueira adquirida e congénita no MHI-5

	Grupo Cegueira Adquirida (N = 48)		Grupo Cegueira Congénita (N = 47)		<i>t</i>
	M	DP	M	DP	
Saúde Mental	67,83	20,16	79,32	18,03	- 2,925*

* $p < 0,01$

Conforme se pode observar na Tabela 4, o valor médio de saúde mental é superior no grupo da Cegueira Congénita ($M = 79,32$) face ao grupo da Cegueira Adquirida ($M = 67,83$), e o nível de significância do teste *t de Student* permite verificar que existem diferenças significativas entre os dois grupos nos valores médios de saúde mental ($t_{(93)} = -2,925$; $p = 0,004$).

Confirma-se assim a nossa hipótese experimental, que vai no sentido de se poder afirmar que o tipo de cegueira (congénita vs. adquirida) influencia os valores de saúde mental, apresentando as pessoas com cegueira adquirida valores significativamente mais baixos de saúde mental do que as portadoras de cegueira congénita.

No sentido de aprofundar as diferenças entre os dois grupos a nível de saúde mental, analisou-se ainda a prevalência de situações com compromisso psicológico ou que indiciam sintomas de depressão e que, conforme indicado por Ribeiro (2001), correspondem a pontuações no MHI-5 inferiores a 60 pontos. Verifica-se a existência de 25 casos no total da amostra, correspondendo a 26,3% (Tabela 5).

A distribuição apresentada na Tabela 5 mostra que a cegueira adquirida é a que revela o maior número de casos com compromisso psicológico (18), o equivalente a 37,5% dos sujeitos com este tipo de cegueira, enquanto apenas 7 casos se encontram na cegueira congénita (14,9% dos sujeitos com este tipo de cegueira).

Tabela 5. *Distribuição de casos com e sem compromisso psicológico no MHI-5*

		Grupo Cegueira Adquirida		Grupo Cegueira Congénita		Total	
		N	%	N	%	N	%
Saúde Mental	≥ 60	30	62,5	40	85,1	70	73,7
	< 60	18	37,5	7	14,9	25	26,3
Total		48	100	47	100	95	100

Efetuada a comparação entre os dois grupos através do teste X^2 (*Qui-quadrado de Pearson*), verifica-se um valor de $p = 0,012$ ($< \alpha = 0,05$), o que indica a existência de diferenças significativas entre os dois tipos de cegueira, ou seja, que o grupo com cegueira adquirida apresenta em média um maior número de casos com compromisso psicológico, ou com sintomas depressivos, face ao grupo com cegueira congénita (Tabela 6).

Tabela 6. *Teste Qui-quadrado do compromisso psicológico (< 60 no MHI-5) nos dois Tipos de Cegueira*

	Valor	Gl.	Sig. Assint. (2 lados)	Sig. exata (2 lados)	Sig. exata (1 lado)	Probabilidade de ponto
<i>Qui-quadrado de Pearson</i>	6,259 ^a	1	,012	,019	,011	
Correção de continuidade ^b	5,147	1	,023			
Razão de verossimilhança	6,433	1	,011	,019	,011	
<i>Fisher's Exact Teste</i>				,019	,011	
Associação Linear por Linear	6,193 ^c	1	,013	,019	,011	,008
N de Casos Válidos	95					

a. 0 Células (0,0%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é 12,37.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

c. A estatística padronizada é -2,489.

Estes resultados indiciam portanto que, no universo da deficiência visual, a cegueira adquirida se constitui como fator de risco acrescido para a saúde mental dos seus portadores, levando mais facilmente à emergência de um quadro depressivo.

3.3. Hipótese 2: Diferenças na resiliência entre portadores de cegueira congénita e adquirida

Pretende-se ainda verificar a existência de diferenças significativas nos valores de resiliência, através da Escala de Resiliência (*Resilience Scale* - RS), entre indivíduos com cegueira congénita e com cegueira adquirida. A nossa hipótese experimental aponta para valores mais elevados de resiliência nos indivíduos com cegueira congénita, por comparação com os portadores de cegueira adquirida.

Constatamos a existência de diferenças nos valores de resiliência entre os dois tipos de cegueira, não apenas na média, mas também a nível do desvio padrão (Tabela 7). A cegueira congénita apresenta a maior média (128,53), o que indica uma maior resiliência neste tipo de cegueira, e o menor valor de desvio padrão (15,651), o que significa uma maior homogeneidade nas respostas entre os sujeitos deste grupo.

Tabela 7. Média, Desvio Padrão e valor *t* para indivíduos com cegueira adquirida e congénita na RS

	Grupo Cegueira Adquirida (N = 48)		Grupo Cegueira Congénita (N = 47)		<i>t</i>
	M	DP	M	DP	
Resiliência	113,77	19,73	128,53	15,65	- 4,043*

* $p < 0,001$

É de notar ainda que o valor médio de resiliência na nossa amostra com cegueira congénita ($M = 128,53$) é bastante próximo da média obtida com a amostra do estudo de validação da escala para a população adulta portuguesa normovisual ($M = 132,44$) (Deep e Pereira, 2012), com uma diferença de apenas 3,91 pontos, enquanto a diferença média entre a nossa amostra com cegueira adquirida ($M = 113,77$) e a população normovisual é de 18,67 pontos.

A aplicação do teste *t de Student* (Tabela 8) permite confirmar a nossa hipótese experimental, uma vez que existem evidências estatísticas para se afirmar que a média dos valores da resiliência na cegueira congénita é significativamente diferente da média na cegueira adquirida ($t_{(93)} = -4,034$; $p = 0,000$).

Tabela 8. *Teste t de Student para as médias da Resiliência (RS) em função do tipo de cegueira*

		Resiliência	
		Variâncias iguais assumidas	Variâncias iguais não assumidas
Teste de Levene para	F	8,364	
igualdade de variâncias	Sig.	,005	
	t	-4,034	-4,043
	Gl.	93	89,174
Teste-t para Igualdade de	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
Médias	Diferença média	-14,761	-14,761
	Erro padrão de diferença	3,660	3,651
	95% Intervalo de Inferior	-22,028	-22,015
	confiança da diferença Superior	-7,494	-7,508

Assim, os resultados indicam que a resiliência varia em função do tipo de cegueira, apresentando os indivíduos com cegueira congénita valores significativamente mais elevados de resiliência do que os portadores de cegueira adquirida.

3.4. Impacto do género na saúde mental e resiliência

Considerou-se também como objetivo do estudo analisar as diferenças em saúde mental e resiliência em função de algumas variáveis sociodemográficas, sendo uma delas o género. Os resultados obtidos para o género encontram-se na Tabela 9.

Relativamente à saúde mental, podemos constatar que os sujeitos do género masculino apresentam valores médios mais elevados (80,17) que os do género feminino (66,77), e que esta diferença é significativa ($t_{(93)} = -3,483$; $p = 0,001$).

O género revela-se assim uma variável estatisticamente importante na determinação do nível de saúde mental junto da população com deficiência visual, sendo os homens os que apresentam valores médios mais elevados.

Também os níveis médios de resiliência na amostra se apresentam diferentes em função do género, com a média mais elevada no grupo de sujeitos do género masculino (128,15), e apresentando o género feminino uma média de 113,85. A aplicação do teste *t de Student* permite verificar que a média dos valores de resiliência no género feminino é significativamente diferente da média no género masculino ($t_{(93)} = -3,885$; $p = 0,000$).

Tabela 9. Média, Desvio Padrão e valores *t* para o Género no MHI-5 e RS

	Feminino (N = 47)		Masculino (N = 48)		<i>t</i>
	M	DP	M	DP	
Saúde Mental	66,72	18,427	80,17	19,174	-3,483*
Resiliência	113,85	18,106	128,15	17,756	- 3,885**

p* < 0,01 / *p* < 0,001

Pode então afirmar-se que, na população com deficiência visual, a resiliência varia em função do género, sendo os homens os que apresentam valores mais elevados.

3.5. Impacto da idade na saúde mental

Pela leitura da Tabela 10 podemos constatar que os valores médios de saúde mental são semelhantes entre os dois níveis etários mais jovens, dos 20 aos 29 e dos 30 aos 39 anos (médias de 69,27 e 69,71, respetivamente) e entre os níveis etários mais avançados, dos 40 aos 49 e a partir dos 50 anos (médias de 77,12 e 76,59, respetivamente).

Nestes dois últimos grupos etários encontram-se valores médios de saúde mental mais elevados, por comparação com os grupos de idade mais jovem, não sendo contudo as diferenças muito acentuadas (a diferença máxima é de 7,32 pontos, entre o grupo mais jovem e o de idade mais avançada).

Tabela 10. Estatísticas descritivas da Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade

Idade	N	M	DP
20-29 Anos	22	69,27	10,890
30-39 Anos	21	69,71	17,553
40-49 Anos	25	77,12	18,638
≥ 50 Anos	27	76,59	21,701
Total	95	73,52	19,891

Dada a pequena dimensão das amostras ($21 \leq n \leq 27$), aplicou-se o teste de aderência à normal de *Shapiro-Wilk* para se verificar o ajustamento das pontuações na escala à distribuição normal. Verifica-se que a distribuição não se apresenta normal para o nível etário ≥ 50 anos ($SW_{(27)} = 0,889$; $p = 0,008$), rejeitando-se assim a hipótese de normalidade (Tabela 11).

Tabela 11. *Testes de ajustamento à normal da Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade*

Idade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl.	Sig.	Estatística	Gl.	Sig.
[20,29]	,126	22	,200*	,947	22	,274
[30,39]	,116	21	,200*	,971	21	,748
[40,49]	,161	25	,092	,912	25	,034
≥ 50	,155	27	,095	,889	27	,008

a. Correção de Significância *Lilliefors*

* Este é um limite inferior da significância verdadeira

Não se verificando o pressuposto de normalidade na distribuição, aplicou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*. Verifica-se um valor de $p = 0,262$ ($> \alpha = 0,05$), o que indica não existirem evidências estatísticas para se afirmar que a idade produz diferenças significativas nos valores de saúde mental (Tabela 12 e 13).

Tabela 12. *Teste de Kruskal-Wallis para a Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade - Posições*

Idade	Posições	
	N	M
[20,29]	22	42,45
[30,39]	21	41,17
[40,49]	25	52,70
≥50	27	53,48
Total	95	

Tabela 13. *Teste de Kruskal-Wallis para a Saúde Mental (MHI-5) em função da Idade - Testes Estatísticos*

Testes Estatísticos ^{a,b}	
	Saúde Mental
<i>Qui-quadrado</i>	3,998
Gl.	3
<i>P-Valor</i>	,262

a. Teste *Kruskal Wallis*

b. Variável Agrupada: Idade

Assim, apesar de observarem diferenças nos valores médios de saúde mental entre os grupos dos mais jovens (20-39 anos) e dos mais velhos (a partir dos 40 anos), estas diferenças não se revelam significativas. Nesse sentido, o estudo não demonstra que a idade tenha uma influência relevante nos valores de saúde mental junto da população estudada.

3.6. Impacto da idade na resiliência

A Tabela 14 mostra que há diferenças nos valores médios de resiliência entre os vários níveis etários. O valor mais elevado encontra-se no grupo etário a partir dos 50 anos (126,22), sendo muito próximo do observado no nível etário dos 40 aos 49 anos (122,72), e o valor médio mais baixo verifica-se no grupo dos 30 aos 39 anos (114,38), próximo por sua vez do valor registado no grupo dos 20-29 anos (119,27). A diferença entre o valor mais alto e o mais baixo é de 11,84 pontos.

Tabela 14. *Estatísticas descritivas da Resiliência (RS) em função da Idade*

Idade	N	M	DP
20-29 Anos	22	119,27	15,245
30-39 Anos	21	114,38	19,595
40-49 Anos	25	122,72	21,098
≥ 50 Anos	27	126,22	19,382
Total	95	121,07	19,227

O teste de aderência à normal de *Shapiro-Wilk* mostra que a distribuição não se apresenta normal para os níveis 20-29 anos ($SW_{(22)} = 0,898$; $p = 0,027$ e ≥ 50 anos ($SW_{(27)} = 0,868$; $p = 0,003$), devendo por isso rejeitar-se a hipótese de normalidade (Tabela 15).

Tabela 15. *Testes de ajustamento à normal da Resiliência (RS) em função da Idade*

Idade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl.	Sig.	Estatística	Gl.	Sig.
[20,29]	,217	22	,009	,898	22	,027
[30,39]	,146	21	,200*	,915	21	,069
[40,49]	,137	25	,200*	,960	25	,407
≥50	,207	27	,004	,868	27	,003

a. Correção de Significância *Lilliefors*

* Este é um limite inferior da significância verdadeira

A aplicação do teste de *Kruskal-Wallis*, revelando um valor de $p = 0,108$, mostra que as diferenças encontradas nos valores médios de resiliência entre grupos etários não se revelam estatisticamente significativas (Tabela 16 e 17).

Tabela 16. *Teste de Kruskal-Wallis para a Resiliência (RS) em função da Idade - Posições*

Idade	Posições	
	N	M
[20,29]	22	43,27
[30,39]	21	39,12
[40,49]	25	49,40
≥50	27	57,46
Total	95	

Tabela 17. *Teste de Kruskal-Wallis para a Resiliência (RS) em função da Idade - Testes Estatísticos*

Testes Estatísticos ^{a,b}	
	Resiliência
<i>Qui-quadrado</i>	6,077
Gl.	3
<i>P-Valor</i>	,108

a. Teste *Kruskal Wallis*

b. Variável Agrupada: Idade

Assim, embora se observe uma tendência para valores mais elevados de resiliência nos mais velhos por comparação com os mais novos, os resultados do estudo não permitem afirmar que a idade influencia de forma relevante os valores de resiliência quando se fala da população adulta com cegueira.

3.7. Impacto das habilitações literárias na saúde mental

A leitura da Tabela 18 permite constatar que há diferenças nos valores de saúde mental entre os diferentes níveis de ensino. O valor médio mais elevado é ostentado pelo nível de Ensino Superior, com 83,17 pontos, enquanto a média mais baixa é apresentada pelo grupo do 2º Ciclo (65,6).

Tabela 18. *Estatísticas descritivas da Saúde Mental (MHI-5) em função das Habilitações*

Habilitações	N	M	DP
2º Ciclo	20	65,60	18,048
3º Ciclo	25	72,32	21,507
Secundário	26	71,85	17,798
Superior	24	83,17	19,092
Total	95	73,52	19,891

Dada a pequena dimensão da amostra ($20 \leq n \leq 26$), aplicou-se o teste de aderência à normal de *Shapiro-Wilk*. Tendo em conta os valores de significância em todos os níveis de ensino (*Sig.* > 0,05), não se rejeita a hipótese de normalidade (Tabela 19).

Tabela 19. *Teste de ajustamento à normal da Saúde Mental (MHI-5) em função das Habilitações*

Habilitações	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl.	Sig.	Estatística	Gl.	Sig.
2º Ciclo	,103	20	,200*	,950	20	,363
3º Ciclo	,134	25	,200*	,929	25	,083
Secundário	,169	26	,054	,930	26	,079
Superior	,189	24	,046	,829	24	,057

a. Correção de Significância *Lilliefors*

* Este é um limite inferior da significância verdadeira

A aplicação da ANOVA mostra existirem evidências estatísticas para se afirmar que as habilitações literárias produzem diferenças significativas nos valores de saúde mental ($F_{(3)} = 3,248$; $p = 0,025$), isto é, têm uma importância relevante na explicação dos valores de saúde mental (Tabela 20).

Tabela 20. *Análise de Variância Habilitações – Saúde Mental/MHI-5*

	Soma dos Quadrados	Gl.	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	3596,768	3	1198,923	3,248	,025
Nos grupos	33592,958	91	369,153		
Total	37189,726	94			

Tendo sido detetadas diferenças pela aplicação da ANOVA, realizaram-se os testes *post-hoc* para avaliar a existência de diferenças significativas nos níveis médios de saúde mental entre cada par de nível de ensino.

Os testes *post-hoc* identificam que os níveis 2º Ciclo e Ensino Superior se diferenciam significativamente entre si, em termos médios (*diferença média* = -17,567; *Sig.* = 0,017), não existindo diferenças significativas entre quaisquer outros pares de níveis de ensino (Tabela 21).

Tabela 21. *Testes post-hoc (Tukey HSD) Saúde Mental/MHI-5 – Habilitações*

(I) Habilitações	(J) Habilitações	Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
2º Ciclo	3º Ciclo	-6,720	5,764	,650	-21,81	8,37
	Secundário	-6,246	5,715	,695	-21,20	8,71
	Superior	-17,567*	5,817	,017	-32,79	-2,34
3º Ciclo	2º Ciclo	6,720	5,764	,650	-8,37	21,81
	Secundário	,474	5,382	1,000	-13,61	14,56
	Superior	-10,847	5,491	,205	-25,22	3,52
Secundário	2º Ciclo	6,246	5,715	,695	-8,71	21,20
	3º Ciclo	-,474	5,382	1,000	-14,56	13,61
	Superior	-11,321	5,439	,167	-25,55	2,91
Superior	2º Ciclo	7,567*	5,817	,017	2,34	32,79
	3º Ciclo	10,847	5,491	,205	-3,52	25,22
	Secundário	11,321	5,439	,167	-2,91	25,55

* A diferença média é significativa no nível 0,05

Pode então afirmar-se que, na nossa amostra de deficientes visuais, os sujeitos que possuem o Ensino Superior (o nível mais elevado da amostra) apresentam valores de saúde mental significativamente mais elevados que os sujeitos com o 2º Ciclo de ensino básico (o nível mais baixo da amostra).

De notar que os sujeitos que possuem até 6 anos de escolaridade revelam uma média de saúde mental (65,60) bastante próxima da que sinaliza sintomas depressivos (< 60), enquanto os que possuem ensino superior apresentam em média um bom nível de saúde mental ($M = 83,17$), indiciando que uma escolaridade baixa funciona como fator de risco para a saúde mental na população adulta com deficiência visual.

3.8. Impacto das habilitações literárias na resiliência

Também se constatarem diferenças nos valores de resiliência entre os diferentes níveis de ensino (Tabela 22). O valor médio mais elevado na Escala de Resiliência é apresentado pelos sujeitos da amostra com o nível de Ensino Superior ($M = 134,04$), sendo a média mais baixa a do grupo do 2º Ciclo (110,55), seguida de perto da média do grupo do Ensino Secundário (115,55).

Tabela 22. *Estatísticas descritivas da Resiliência (RS) em função das Habilitações*

Habilitações	N	M	DP
2º Ciclo	20	110,55	16,985
3º Ciclo	25	122,80	17,141
Secundário	26	115,54	21,104
Superior	24	134,04	16,335
Total	95	121,07	19,227

A aplicação da ANOVA ($F_{(3)} = 7,819$; $p = 0,000$) permite constatar a existência de evidências estatísticas para se afirmar que as habilitações literárias têm uma importância relevante na explicação dos valores de resiliência (Tabela 23).

Tabela 23. *Análise de Variância Habilitações – Resiliência/RS*

	Soma dos Quadrados	Gl.	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	7122,114	3	2374,038	7,819	,000
Nos grupos	27628,370	91	303,608		
Total	34750,484	94			

Os testes *post-hoc* identificam que, em termos médios, os pares 2º Ciclo e Ensino Superior (*diferença média* = -23,492; *Sig.* = 0,000), bem como Secundário e Ensino Superior (*diferença média* = -18,503; *Sig.* = 0,002), se diferenciam estatisticamente entre si (Tabela 24).

Tabela 24. *Testes post-hoc (Tukey HSD) Resiliência (RS) – Habilitações*

(I) Habilitações	(J) Habilitações	Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
2º Ciclo	3º Ciclo	-12,250	5,227	,096	-25,93	1,43
	Secundário	-4,988	5,182	,771	-18,55	8,57
	Superior	-23,492*	5,275	,000	-37,30	-9,68
3º Ciclo	2º Ciclo	12,250	5,227	,096	-1,43	25,93
	Secundário	7,262	4,881	,449	-5,51	20,04
	Superior	-11,242	4,979	,116	-24,27	1,79
Secundário	2º Ciclo	4,988	5,182	,771	-8,57	18,55
	3º Ciclo	-7,262	4,881	,449	-20,04	5,51
	Superior	-18,503*	4,932	,002	-31,41	-5,59
Superior	2º Ciclo	23,492*	5,275	,000	9,68	37,30
	3º Ciclo	11,242	4,979	,116	-1,79	24,27
	Secundário	18,503*	4,932	,002	5,59	31,41

* A diferença média é significativa no nível 0,05

Pode então afirmar-se que os sujeitos da amostra que possuem habilitações literárias ao nível do Ensino Superior apresentam valores de resiliência significativamente mais elevados do que os sujeitos com o 2º Ciclo e os sujeitos com o Ensino Secundário.

3.9. Impacto do tipo de coabitação na saúde mental e na resiliência

A tabela 25 apresenta os resultados para a análise das diferenças em saúde mental e em resiliência em função do tipo de coabitação (viver com ou sem cônjuge).

Nos valores médios de saúde mental existe uma diferença elevada entre grupos, de aproximadamente 12 pontos. A média mais elevada pertence aos sujeitos da amostra que vivem com cônjuge (79,66), apresentando os que vivem sem cônjuge uma média igual a 67,50.

Tabela 25. Média, Desvio Padrão e valores *t* para o Tipo de Coabitação no MHI-5 e RS

	Vivem sem cônjuge (N = 48)		Vivem com cônjuge (N = 47)		<i>t</i>
	M	DP	M	DP	
Saúde Mental	67,50	20,188	79,66	17,768	-3,114*
Resiliência	115,42	18,850	126,85	18,025	- 3,021*

* $p < 0,01$

A aplicação do teste *t de Student* permite verificar que existem diferenças significativas nos valores médios de saúde mental entre os sujeitos da amostra que vivem com cônjuge e os que vivem sem cônjuge ($t_{(93)} = -3,114$; $p = 0,002$). O tipo de coabitação (viver com ou sem cônjuge) é então uma variável que, na amostra do estudo, se revela estatisticamente significativa na determinação do nível de saúde mental, sendo as pessoas que vivem com cônjuge aquelas que apresentam valores de saúde mental mais elevados.

Verificam-se também diferenças no valor médio de resiliência em função do tipo de coabitação. Os sujeitos da amostra que vivem com cônjuge apresentam uma média mais elevada (126,85) que os que vivem sem cônjuge (115,42). A observação do nível de significância do teste *t* revela que existem evidências estatísticas para se afirmar que a média dos valores de resiliência nos elementos da amostra que vivem com cônjuge é diferente da média daqueles que vivem sem cônjuge ($t_{(93)} = -3,021$; $p = 0,003$). Conclui-se que o tipo de coabitação (viver com ou sem cônjuge) se apresenta relevante estatisticamente para os valores de resiliência na amostra estudada, sendo as pessoas que vivem com cônjuge aquelas que apresentam valores de resiliência mais elevados.

Capítulo IV - Discussão de Resultados

4.1. A influência do tipo de cegueira congénita ou adquirida na saúde mental e na resiliência

O principal objetivo do presente estudo foi o de investigar os fenómenos da saúde mental e da resiliência junto de indivíduos adultos portadores de cegueira congénita e adquirida. Mais especificamente, pretendeu-se analisar as diferenças na saúde mental e na resiliência em função do tipo de cegueira, congénita ou adquirida.

Considerou-se cegueira congénita quando esta sobrevém até aos 5 anos de idade, e cegueira adquirida quando surge após essa idade, seguindo os autores que tomam como referencial de distinção a retenção das imagens visuais (como Lowenfeld, 1950: cf. nota 11, p. 26), ou a passagem da fase pré-operatória para a operatória do desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget (Swalon, 1976).

Com base na revisão da literatura, era esperado que existissem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos nos valores quer de saúde mental, quer de resiliência; nomeadamente, que os indivíduos com cegueira congénita revelassem valores de saúde mental (hipótese 1) e de resiliência (hipótese 2) significativamente superiores aos dos indivíduos com cegueira adquirida.

Para testar as duas hipóteses avaliaram-se as diferenças entre os dois grupos nos valores médios de saúde mental (MHI-5) e resiliência (RS), aplicando-se o teste *t de Student* para amostras independentes.

A primeira hipótese, a de que os sujeitos com cegueira congénita apresentam melhor saúde mental (menor *distress* psicológico e melhor bem-estar emocional) que os portadores de cegueira adquirida, foi confirmada pelos resultados do estudo. Estes resultados encontram-se em linha com outras investigações prévias, já atrás referidas, em que se compararam os dois grupos (sujeitos com cegueira congénita e cegueira adquirida recente/tardia) quanto aos valores de saúde mental ou bem-estar psicológico medidos através de escalas de autorresposta (Chamay, 2008, citado por Zeesham & Aslam, 2013; Silveira, 1999; Zeesham & Aslam, 2013). Um outro estudo, de Sequeira & Bento (1999), também vai no mesmo sentido: embora incidindo num constructo diferente, a satisfação com a vida, utilizou um questionário de autorresposta que fornece indicadores de bem-estar emocional (solidão, insatisfação, medo do envelhecimento), relativamente aos quais os dois grupos se diferenciaram significativamente, estando a cegueira adquirida associada a valores mais baixos nesses indicadores do que a cegueira congénita.

O presente estudo permitiu ainda avaliar comparativamente a incidência de saúde mental negativa nos dois grupos, isto é, a incidência de valores de saúde mental que indicam a presença de sintomas de depressão, tomando como referência os valores de corte apresentados pelos autores da escala utilizada. Os resultados, que vão na mesma linha dos encontrados por Silveira (1999), indicam uma prevalência significativamente mais elevada de sintomas de depressão no grupo da cegueira adquirida (37,5%) face ao da cegueira congénita (14,9%), reforçando a evidência de que a cegueira adquirida tem um impacto negativo mais forte na saúde mental face à cegueira congénita.

Assim, o estudo reforça os resultados encontrados em estudos anteriores, evidenciando que a cegueira adquirida, por comparação com a cegueira congénita, se constitui como um fator de risco acrescido para a saúde mental dos seus portadores, levando mais facilmente ao *distress* psicológico e à emergência de um quadro depressivo.

É de notar que todos os estudos prévios acima citados compararam sujeitos com cegueira congénita e cegueira adquirida recente ou tardia. No presente estudo, a amostra da cegueira adquirida é quase totalmente constituída (96%) por sujeitos que cegaram antes da idade adulta (entre os 6 e os 18 anos), e maioritariamente (79%) antes da adolescência (entre os 6 e os 13 anos), sendo a duração mínima da cegueira de 8 anos e a máxima de 53 anos, pelo que não se pode falar em cegueira recente ou tardia. O facto de, mesmo assim, o grupo da cegueira adquirida apresentar valores significativamente mais baixos de saúde mental por comparação com o grupo da cegueira congénita, parece-nos relevante. Com efeito, mostra que não é apenas a cegueira recente ou tardia a produzir um impacto negativo na saúde mental significativamente mais acentuado do que a cegueira congénita. Ou seja, os resultados mostram que a cegueira adquirida, mesmo sendo precoce (adquirida na 2ª infância ou adolescência), constitui de facto um fator de risco para a saúde mental significativamente mais forte do que a cegueira congénita.

A amostra da cegueira congénita, por sua vez, foi neste estudo maioritariamente constituída por pessoas que cegaram à nascença (66%), o que nos impede de validar com segurança a fronteira dos 5 anos de idade. No entanto, parece-nos que esta fronteira dos 5 anos, para distinguir entre cegueira congénita e adquirida, se mantém válida ou defensável, tendo em conta os argumentos de retenção das imagens visuais e da passagem da fase pré-operatória para a fase operatória, e ainda por não ser desprezível o facto de 34% dos sujeitos da nossa amostra terem cegado após o nascimento, entre o 1º ano e os 5 anos de idade.

Para explicar os resultados obtidos a nível de saúde mental, nomeadamente que os sujeitos com cegueira adquirida apresentam uma saúde mental mais pobre e maior prevalência de sintomas depressivos por comparação com os cegos congénitos, parecem-nos úteis três ideias, defendidas por vários autores: (1) o sentimento de perda ou rutura, que estaria presente na cegueira adquirida mas não na cegueira congénita; (2) a noção de que na cegueira congénita existe uma aprendizagem precoce, e por isso mais facilitada, de estratégias competências e técnicas de adaptação funcional, social e emocional à cegueira; (3) a ideia de que o impacto das percepções e atitudes sociais negativas face à cegueira, sendo forte também na cegueira congénita, é ainda mais dramático na cegueira adquirida, porque a própria pessoa aprendeu e interiorizou essas percepções e atitudes face à cegueira antes de perder a visão.

Martins (2006, 2006a), com base no seu estudo qualitativo-etnográfico junto de pessoas cegas, constata que as pessoas com cegueira congénita (que ele faz equivaler a cegueira de nascença) tendem a mostrar uma melhor adaptação à sua condição, e a revelar menos sentimentos de inconformismo ou revolta pelo facto de serem cegas. Existe portanto uma aceitação mais natural ou desdramatizada da condição de cegueira e um melhor ajustamento pessoal a ela, por comparação com as pessoas com cegueira adquirida. Uma primeira razão para tal prende-se com a aprendizagem desde muito cedo de competências e técnicas que permitem a realização das mais diversas atividades, isto é, que facilitam uma adequada adaptação funcional à falta de visão. Marques (2011), também salienta que a cegueira congénita (ou precoce) possibilita que, desde muito cedo, os seus portadores desenvolvam estratégias sensoriais alternativas para uma interação com o meio envolvente, as quais, quando corretamente estimuladas e acompanhadas das necessárias adaptações de contexto, proporcionam acesso eficaz à interação social e à informação. Podemos acrescentar que a plasticidade ou flexibilidade do ser humano é muito superior nos primeiros anos de vida, e que esta plasticidade é uma “ferramenta” fundamental nas aprendizagens de âmbito motor, cognitivo, social e emocional, necessárias ao desenvolvimento e adaptação do indivíduo às condições internas e externas com que se depara.

Outra razão considerada tão ou mais importante na melhor aceitação e adaptação à falta de visão por parte dos cegos congénitos (menos sentimentos de revolta, menor dramatização), é porque não existe nestes uma experiência de perda ou rutura, isto é, “não há um mundo [que ficou] empobrecido naquilo que nele se pode apreender, não há um constrangimento em relação aos modos de realizar, nem tão pouco um confronto com as coisas que se tornaram impossíveis de fazer” (Martins, 2006a, p. 226). Não havendo esta experiência

de perda/rutura, há menos razões para a existência de sentimentos “de tragédia ou infortúnio”, que segundo o autor estão mais presentes nas pessoas com cegueira adquirida.

A cegueira adquirida, conforme referem vários autores, provoca um corte radical nos padrões já aprendidos e vivenciados a diferentes níveis (sentimentos acerca de si próprio, comunicação, mobilidade, lazer, sociabilidade, métodos de aprendizagem, desempenho de tarefas, etc.), corresponde portanto a choque intenso, uma “amputação” profunda ou um “cataclismo” na vida da pessoa, o que só por si torna este tipo de cegueira uma experiência traumática e corrosiva a nível de saúde mental ou bem-estar psicológico. Este sentimento de perda ou rutura torna-se ainda mais dramático, e o choque emocionalmente mais violento (expressando-se, segundo Martins, em sentimentos de tragédia e infortúnio), pela conceção que a pessoa que perde a visão tem da cegueira, e que corresponde à noção que dela têm as pessoas que vêm: a de que a cegueira é uma tragédia maior. Esta conceção social da cegueira extremamente dramatizada, e por isso extremamente temida, não é partilhada pelas pessoas com cegueira congénita. Este facto deve ser reconhecido e salientado, pelo potencial que tem de desfazer mitos, atenuar receios e promover uma conceção social da cegueira mais realista, mais próxima da vivência que dela têm os que nunca viram (ou que perderam a visão muito cedo, durante a 1ª infância).

A segunda hipótese definida para esta investigação, a de que os sujeitos com cegueira congénita apresentam maior resiliência que os portadores de cegueira adquirida, foi também confirmada pelos resultados do estudo. Estes resultados encontram-se em linha com os estudos de Bonamo (2004) e Zeesham & Aslam (2013).

Também aqui é de salientar que as diferenças nos valores de resiliência se verificam apesar de, no nosso estudo, a amostra com cegueira adquirida não envolver cegueira recente ou tardia (adquirida em adulto), enquanto os dois estudos citados (Bonamo e Zeesham & Aslam) envolveram apenas sujeitos com cegueira tardia ou recente.

É de notar ainda que o valor médio de resiliência (usando a RS) encontrado na nossa amostra com cegueira congénita ($M = 128,53$) é bastante próximo da média obtida com a amostra do estudo de validação da RS para a população adulta portuguesa normovisual ($M = 132,44$) (Deep e Pereira, 2012), enquanto a diferença média entre a nossa amostra com cegueira adquirida ($M = 113,77$) e a população normovisual é de 18,67 pontos. Nos estudos de Bonamo (2004) e Zeesham & Aslam (2013), os cegos congénitos apresentaram mesmo valores de resiliência significativamente superiores aos normovisuais, indicando que a condição de cegueira congénita se apresenta como particularmente fomentadora de resiliência.

Os resultados do estudo confirmam portanto que o tipo de cegueira, congénita ou adquirida, constitui uma variável relevante de resiliência, ou um fator que influencia o grau (ou potencial) de resiliência, enquanto capacidade para uma adaptação ou funcionamento positivo/competente em condições adversas, condições essas que envolvem níveis elevados ou crónicos de *stress* e que funcionam como fatores de risco para a saúde mental, como é o caso da cegueira. Mais concretamente, os resultados indicam que os cegos congénitos desenvolvem mais provavelmente níveis de resiliência superiores, e portanto melhor ajustamento funcional e psicológico à condição adversa da cegueira, por comparação com os portadores de cegueira adquirida. Estes, ao mostrarem níveis inferiores de resiliência, mostram mais tendência para sentimentos negativos e comportamentos desadaptados, os quais podem comprometer o seu bem-estar emocional e um nível adequado de funcionalidade.

Tendo em conta as dimensões ou fatores de resiliência avaliados na escala utilizada no estudo (RS), os resultados indicam que, face aos portadores de cegueira adquirida, os portadores de cegueira congénita mostram: (1) maior perseverança (persistência em encontrar soluções para os problemas vencendo adversidades, vontade de construir ou reconstruir a vida); (2) sentido de vida mais forte (noção de que a vida tem ou continua a ter um sentido, de que há algo de significativo por que viver no qual a pessoa se foca evitando ficar obcecado com questões que não pode resolver, envolve determinação e satisfação pelo alcance de objetivos definidos); (3) maior serenidade (perspetiva equilibrada da vida, com capacidade para aceitar as várias experiências, mesmo as mais adversas, de forma serena e positiva, e com capacidade para manter a autoestima); (4) mais autossuficiência e autoconfiança (sentido de unicidade, consciência de que o percurso de vida de cada pessoa é único e que certas etapas são enfrentadas em solidão, além da crença em si mesmo e nas suas capacidades, o reconhecimento das próprias limitações e a capacidade para depender o mais possível de si mesmo). Estas dimensões ou fatores de resiliência são relevantes para que o processo de enfrentamento e adaptação à condição de cegueira seja bem-sucedido, no sentido do bem-estar emocional, da autonomia funcional e da integração social das pessoas que a sofrem.

No presente estudo, os níveis superiores de resiliência nos cegos congénitos, por comparação com os portadores de cegueira adquirida, andam a par com níveis superiores de saúde mental, reforçando a existência de uma relação estreita entre estes dois conceitos já evidenciada pela investigação, e suportando a conceptualização da resiliência enquanto fator de proteção e promoção da saúde mental.

Os níveis superiores de resiliência nos cegos congénitos face aos portadores de cegueira adquirida poderão explicar-se, recorrendo ao modelo de resiliência de Davydov *et al.* (2010), quer pela mais fácil aquisição e preservação de fatores de proteção (como autoestima, ou competência), quer por um efeito de “fortificação *anti-stress*” mais eficaz. Relembra-se que para os autores a “fortificação *anti-stress*” pode ser conseguida através do mecanismo de “imunização comportamental” (em analogia com a imunização do organismo físico, que pode acontecer por pré-imunização ou vacinação, ou por reforço geral do sistema imunitário, com vitaminas, etc.). A “fortificação *anti-stress*” (que diminui a reatividade ao stress) pode ser conseguida através do “treino *anti-stress*” (uma forma de “imunização comportamental”), no sentido em que a experiência de enfrentamento de situações adversas no passado “ensina” o indivíduo a lidar melhor com situações de adversidade no futuro.

Já atrás falámos que a cegueira congénita, face à cegueira adquirida, torna mais fácil a adaptação funcional e emocional à condição adversa da falta de visão, quer pela maior facilidade na aprendizagem adaptativa, quer pela ausência da experiência de perda ou rutura, aliada a uma perspetiva menos dramática da cegueira. Por essas razões, a cegueira congénita (por comparação com a cegueira adquirida) tende a ter um impacto menos dramático na saúde mental das pessoas que a sofrem. Mas ao mesmo tempo, e pelas mesmas razões, também podemos ver a cegueira congénita como uma condição que facilita, face à cegueira adquirida, o desenvolvimento da resiliência: porque o abalo na autoestima e no sentido de competência tende a ser menor (menos sentimentos de perda, tragédia e infortúnio); porque foram aprendidas precocemente aptidões, estratégias e técnicas para lidar com as adversidades da cegueira que favorecem a autonomia, a autoestima e o sentido de competência; e porque a experiência de lidar com as adversidades da cegueira, começando mais cedo (desde o nascimento ou durante a 1ª infância), é também mais eficaz ou mais robusta no seu efeito de “fortificação *anti-stress*”, isto é, torna a pessoa menos reativa ou menos vulnerável ao *stress*.

As pessoas com cegueira adquirida tendem portanto a revelar maior vulnerabilidade psicológica e menor resiliência, ou menor capacidade de enfrentar adequadamente os desafios e as fontes de *stress* que decorrem da própria condição de cegueira. Estão portanto mais fragilizados em termos dos recursos psicológicos necessários à manutenção do seu bem-estar emocional e ao desenvolvimento da autonomia e adequada integração social.

4.2. A influência de variáveis sociodemográficas na saúde mental e na resiliência da população com cegueira

O presente estudo teve ainda como objetivo estudar a influência de algumas variáveis sociodemográficas no impacto psicológico da cegueira, concretamente a nível de saúde mental e de resiliência. Foram analisadas as diferenças em saúde mental e resiliência para o género, a idade, as habilitações literárias e o tipo de coabitação (viver com ou sem cônjuge), tendo sido encontradas diferenças significativas, em ambas as funções psicológicas, para o género, as habilitações e o tipo de coabitação, mas não para a idade.

4.2.1. Género

No presente estudo os homens obtiveram níveis de saúde mental e de resiliência mais elevados do que as mulheres. Os resultados em saúde mental confirmam muitos outros estudos já realizados, sobretudo junto da população em geral, mas também alguns com deficientes visuais (Pallero et al., 2001, cf. nota 74, p. 64; Reinhard, 2000; Zeeshan & Aslam, 2013), evidenciando que as mulheres tendem a apresentar menor bem-estar emocional, maior ansiedade e mais sintomas depressivos do que os homens. Relativamente às diferenças de género em resiliência, os resultados confirmam os estudos de Boardman et al. (2008), Hanninen & Aro (1996, cf. nota 58, p. 56), Pearlin & Schooler (1978, cf. nota 60, p. 56), realizados junto da população geral, e o de Zeeshan & Aslam (2013), com uma amostra que inclui normovisuais e deficientes visuais. Nesse sentido reforçam a evidência de que as mulheres com deficiência visual tendem a ser psicologicamente mais vulneráveis do que os homens, ou seja, tendem a contar com menos recursos psicológicos de enfrentamento positivo da situação adversa que constitui a falta de visão. Os resultados do estudo indiciam portanto que as mulheres com cegueira constituem um grupo a merecer uma atenção particular por parte dos agentes de saúde mental, seja numa perspetiva de prevenção ou de tratamento.

De entre as diversas teorias que pretendem explicar as diferenças de género em saúde mental e a maior tendência das mulheres para a depressão, as que nos surgem como mais relevantes ou explicativas tendo em conta as características da amostra estudada, dizem respeito aos diferentes papéis atribuídos a cada género, e aos estereótipos sociais masculino e feminino, que produzem diferenças na forma como são educados os rapazes e as raparigas.

O tipo e acumulação de papéis sociais nas mulheres (trabalhadora, cuidadora, educadora, responsável pelas tarefas familiares, entre outros) expõem as mulheres a um *stress* maior, tornando-as menos capazes de mudar o seu ambiente gerador de *stress*. Usser (1997) salienta que o papel tradicionalmente atribuído às mulheres de cuidadoras, e que se estende ao longo do ciclo de vida (apoio aos filhos pequenos, familiares idosos ou cônjuges dependentes) constitui só por si um fator de risco de depressão. Gove (1972) defende que serão as mulheres casadas as mais penalizadas, uma vez que têm maior sobrecarga de papéis sociais e menor gratificação emocional no seu desempenho do que os homens casados.

Ao mesmo tempo, as diferenças de género em saúde mental podem ser explicadas, segundo Selligman (1975, cf. nota 35, p. 44), pelo efeito da “impotência aprendida”, que se relaciona com os estereótipos masculino e feminino: as mulheres recebem mais “treino de impotência” ao longo das suas vidas do que os homens, gerando por isso expectativas negativas de controlo das situações/problemas. Nolen-Hoeksema (1987) considera também relevante a questão dos estereótipos sociais masculino (ser-se ativo e ignorar os estados de humor) e feminino (ser-se emocional e inativa), indicando que estes produzem diferenças no tipo de resposta que os homens e mulheres dão a episódios de mal-estar, ou no tipo de estratégias de *coping* utilizadas: a resposta dos homens será mais comportamental/ativa e de maior envolvimento com tarefas distratoras, funcionando como atenuante ou amortecedor dos episódios depressivos e de uma recuperação mais rápida; enquanto a resposta das mulheres tende mais para a inatividade e a ruminação, o que resulta em amplificação dos sintomas depressivos e favorece a sua cronicidade.

As diferenças de género em resiliência, tendendo os homens a mostrar níveis de resiliência mais elevados do que as mulheres, têm sido associadas a diferenças em fatores como autoestima, controlo e estratégias de *coping*. Pearlin & Schooler (1978, cf. nota 60, p. 56) mostraram que os homens estão equipados com mais recursos psicológicos do que as mulheres para enfrentar situações de *stress*: melhor autoestima e maior controlo. Além disso, vários estudos constataram que os homens e as mulheres utilizam diferentes estratégias de *coping*: os homens utilizam um estilo de *coping* mais ativo e mais focado no problema, que se revela mais protetor contra os agentes de *stress*, e as mulheres um estilo mais passivo e menos centrado na resolução do problema (Luthar, 2003, cf. nota 59, p. 56; Pearlin & Schooler, 1978, cf. nota 60, p. 56). Salabert & González (2003) referem que, no caso específico da deficiência visual, as estratégias de enfrentamento centradas no problema (além da aceitação da perda de visão e da utilização do sentido de humor) são positivas ou adaptativas porque permitem reduzir as

alterações psicológicas associadas ao *stress*; enquanto estratégias como negação, fuga/evitamento e auto-culpabilização não permitem resolver a situação-problema e aumentam por isso a exposição da pessoa ao agente stressante, produzindo mais provavelmente níveis elevados de ansiedade e depressão. Boardman et al. (2005), sugerem uma hipótese explicativa para estas diferenças de género em resiliência semelhante à explicação avançada por Nolen-Hoeksema (1987) e Seligman (1975, cf. nota 35, p. 44) para as diferenças em saúde mental, e que se prende com as diferenças de educação resultantes dos estereótipos sociais masculino e feminino: os homens são mais facilmente recompensados por exibirem sinais tradicionais de resiliência (como independência, controle, respostas mais ativas/comportamentais) do que as mulheres.

4.2.2. Idade

Relativamente à relação entre deficiência visual, saúde mental e idade, não foram encontradas no presente estudo diferenças significativas entre os diferentes níveis etários considerados na amostra (20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; ≥ 50 anos). De notar que a amostra não contempla sujeitos acima dos 65 anos, não sendo por isso possível verificar os resultados de estudos como o de Cimarolli & Boerner (2005), que indicam mais problemas de saúde mental nos sujeitos de meia-idade (40-64 anos) com deficiência visual severa, do que nos mais idosos (a partir dos 65 anos). Os resultados da presente investigação não confirmam os encontrados por Silveira & Sequeira (2002), indicando valores de saúde mental mais baixos no grupo etário dos 46-50 anos comparativamente aos mais novos (20-39 anos) e mais velhos (51-55 anos). Contudo, a diferença na definição dos níveis etários considerados (intervalos de 5 anos vs. 10 anos), e o facto de a amostra contemplar apenas sujeitos com cegueira adquirida (enquanto a nossa amostra inclui cegueira adquirida e congénita), não permite uma comparação rigorosa de resultados. Por outro lado, os resultados do nosso estudo confirmam investigações como a de Zeeshan & Aslam (2013) e estudos espanhóis referidos por Salabert & González (2003), que indicam não existir uma tendência clara entre idade e uma melhor ou pior adaptação (funcional e emocional) à deficiência visual, sugerindo que outras variáveis, individuais e sociais, se mostram melhores preditores de adaptação do que a idade, como por exemplo, de acordo com Horowitz et al. (1991), as estratégias de *coping* para lidar com a perda/falta de visão, a qualidade do apoio social informal (família, amigos), o nível de atividade/ocupação e o nível de educação.

O estudo também não mostrou diferenças nos níveis de resiliência em função da idade, o que confirma o estudo de Zeeshan & Aslam (2013) com uma amostra que inclui deficientes visuais, bem como estudos anteriores citados por estes autores (Luthar, 2003; Werner, 2001) que indicam que a idade e a resiliência não estão correlacionadas. O estudo reforça assim a conclusão de Diehl et al. (2012) após uma revisão bibliográfica sobre o tema, a de que a investigação mostra que não se pode fazer uma generalização universal relativamente à questão de a idade cronológica conferir maior vulnerabilidade ou pelo contrário, maior resiliência., sugerindo que as diferenças de idade estarão embebidas num sistema complexo de fatores (estruturais, individuais e situacionais) que influenciam de diversas formas a reatividade ao *stress* e a recuperação.

2.4.3. Habilitações literárias

O estudo revelou diferenças significativas em saúde mental entre os que, na amostra, possuem níveis mais baixos de educação (2º Ciclo do Ensino Básico) e os que possuem níveis mais elevados (Ensino superior). De notar que os sujeitos com o 2º Ciclo apresentaram um valor médio muito próximo daquele que sinaliza sintomas depressivos (65,60, apenas 5 pontos percentuais de diferença), enquanto os que possuem Ensino Superior revelam em média um bom nível de saúde mental (83,17). Estes resultados confirmam investigações anteriores (Silveira & Sequeira, 2002; Zeeshan & Aslam, 2013), reforçando assim a evidência de que uma escolaridade baixa funciona como fator de risco acrescido para a saúde mental junto da população com deficiência visual. O presente estudo, por constrangimentos relacionados com a necessidade de domínio do *braille* por parte dos participantes, não incluiu sujeitos abaixo do 2º Ciclo (menos de 5/6 anos de escolaridade), mas o estudo de Silveira & Sequeira (2002) indicou níveis de saúde mental muito mais baixos no grupo dos deficientes visuais analfabetos face aos restantes níveis de ensino, sugerindo que este grupo apresenta uma vulnerabilidade especialmente elevada.

O estudo mostrou também diferenças nos valores de resiliência em função das habilitações: os que possuem o Ensino Superior apresentaram valores significativamente mais elevados do que aqueles que possuem o 2º Ciclo do Ensino Básico (o nível mais baixo da amostra) e o Ensino Secundário, mas não do que aqueles que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico. O único estudo acedido que nos permite algum grau de comparação de resultados é o de Zeeshan & Aslam (2013), onde foram comparados sujeitos com níveis de educação

inferiores e iguais ou superiores à média, tendo sido encontrados níveis mais baixos de resiliência nos indivíduos com o nível mais baixo de educação. Assim, a presente investigação reforça a evidência de que o nível de educação influencia a resiliência, especificamente junto da população com cegueira, e concretamente que os níveis mais elevados de educação favorecem a resiliência, ao contrário dos níveis mais baixos de educação. As pessoas com baixos níveis de educação terão assim fracos recursos (individuais e/ou familiares/sociais) para enfrentar positivamente a cegueira e para protegerem a sua saúde mental, constituindo um grupo particular de risco no seio da população com deficiência visual.

Por outro lado, não temos estudos que nos permitam clarificar ou confirmar o facto de terem sido encontradas diferenças em resiliência entre os sujeitos com Ensino Secundário e os que possuem o Ensino Superior, mas não entre estes e os que possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico; ou dito de outro modo, para o facto de o grupo do 3º Ciclo ter apresentado valores mais elevados de resiliência do que o grupo do Ensino Secundário, e de esses valores não apresentarem diferença estatisticamente significativa face aos valores observados no grupo do Ensino Superior. O estudo de Zeeshan & Aslam (2013) não nos permite validar este resultado, uma vez que foram apenas usados dois níveis de educação, enquanto no presente estudo foram usados quatro níveis de escolaridade, além de que os autores não clarificam a que nível de escolaridade corresponde um grau médio de educação.

2.4.4. Tipo de coabitação

Relembramos que a variável tipo de coabitação inclui duas condições, viver com ou sem cônjuge, e que resulta do cruzamento das variáveis estado civil e agregado familiar. Os sujeitos que vivem com cônjuge correspondem ao estado civil de casados/união de facto, com ou sem filhos; os sujeitos que vivem sem cônjuge incluem solteiros (maioria), divorciados/separados e viúvos, podendo viver sozinhos, com filhos, ou com progenitores/irmãos.

O estudo revelou diferenças significativas em saúde mental e em resiliência, em função de se viver ou não com cônjuge, apresentando os sujeitos que vivem com cônjuge valores mais elevados do que os que vivem sem cônjuge. Tendo em conta que, na subamostra dos que vivem sem cônjuge, predominam grandemente os solteiros, podemos afirmar com mais segurança que os deficientes visuais solteiros apresentam uma saúde mental mais pobre e menor resiliência do que os casados ou a viver em união de facto.

Relativamente à saúde mental, os resultados do estudo vão no mesmo sentido de estudos anteriores realizados junto da população em geral. Gove (1972) refere que vários estudos têm indicado que as pessoas casadas apresentam índices de saúde mental ou bem-estar mais elevados do que as solteiras. O estudo de Soons & Liefbroer (2008) junto de jovens adultos em diferentes estados relacionais, indica que os solteiros são os que apresentam menor bem-estar, e os casados o nível mais elevado de bem-estar, sendo as diferenças encontradas parcialmente mediadas por diferenças no acesso dos jovens a recursos materiais, pessoais e sociais auto-valorizados. O estudo de La Pierre (2012), envolvendo apenas mulheres em diferentes estados relacionais indica que todos os grupos revelaram níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo dos primeiros casamentos. Para os grupos sem cônjuge (solteiras, separadas, viúvas), as variáveis mediadoras mais importantes (que melhor explicam as diferenças em saúde mental face ao grupo dos primeiros casamentos) foram o rendimento familiar e a integração social. A autoestima foi a única variável mediadora significativa para os grupos de casamento repetido e coabitação, tendo também um efeito parcial nos grupos de solteiras e separadas.

Segundo Gove (1972), as razões para as pessoas casadas apresentarem melhores índices de saúde mental do que as solteiras, podem prender-se com o facto de os indivíduos solteiros tenderem a não construir laços interpessoais íntimos (sobretudo os homens), sendo estes laços uma importante fonte de bem-estar. Por outro lado, o autor também refere haver evidência substancial de que uma razão para as pessoas solteiras apresentarem índices mais baixos de saúde mental é a de que os indivíduos instáveis e com tendência para a doença mental mais dificilmente se casam.

Relativamente à relação entre resiliência e tipo de coabitação, os resultados do estudo confirmam o estudo de Riolli et al. (2002, cf. nota 63, p. 58), indicando que as pessoas casadas lidam com situações de vida e fatores stressantes muito melhor do que as solteiras. O estudo de La Pierre (2012) também suporta estes resultados, uma vez que indica que a autoestima (um fator de resiliência) explicou parcialmente as diferenças em saúde mental entre o grupo dos primeiros casamentos e os grupos de solteiras e separadas.

Não encontramos na revisão bibliográfica referências a hipóteses explicativas para as diferenças de resiliência entre casados e solteiros. A hipótese explicativa de Gove (1972) para a saúde mental, a de que os indivíduos com baixa saúde mental mais dificilmente se casam, também pode ser válida para a resiliência: os indivíduos com baixa resiliência, ou psicologicamente mais vulneráveis, terão provavelmente uma saúde mental mais pobre, além

de estarem menos preparados psicologicamente para enfrentar o desafio que constitui o casamento. Na população com cegueira, o casamento constitui um desafio ainda mais arriscado ou mais exigente, sobretudo quando acompanhado da perspectiva de haver filhos, uma vez que constituir e manter uma família exige recursos adicionais, quer psicológicos, quer funcionais e materiais. Nesse sentido, pode-se considerar que apenas os deficientes visuais mais resilientes chegam ao casamento.

Por outro lado, pode também colocar-se a hipótese de o casamento ser ele próprio uma condição que fortalece a resiliência: não só porque pode aumentar a autoestima, mas também porque obriga a enfrentar mais situações de *stress*, sobretudo havendo filhos, e nesse sentido poder funcionar como um “treino *anti-stress*”, isto é, como condição que propicia mais oportunidades de aprendizagem de aptidões de resiliência, por comparação com a condição de solteiro, sobretudo quando se é solteiro e se vive com a família de origem.

4.3. Limitações da investigação e sugestões para estudos futuros

Uma das limitações importantes do estudo prende-se com o facto de a amostra envolver apenas pessoas com cegueira residentes na região de Lisboa, o que impede de generalizar os resultados à população nacional com esta deficiência. Será importante desenvolver no futuro estudos com uma amostra geograficamente mais abrangente, que permitam não só uma generalização mais segura dos resultados, como a avaliação de eventuais diferenças entre regiões geográficas do país.

Outra limitação importante prende-se com os instrumentos de avaliação de saúde mental e de resiliência. Por um lado, são medidas de auto-avaliação, podendo como tal introduzir enviesamentos pessoais na avaliação das duas funções psicológicas. Será relevante desenvolver no futuro investigações sobre estes fenómenos junto da população com deficiência visual complementares, de carácter qualitativo e aprofundado, que possam validar e aprofundar a compreensão dos fenómenos da saúde mental e da resiliência na população com deficiência visual.

Por outro lado, apesar de estarem validados para a população adulta portuguesa, os questionários utilizados não estão adaptados e validados para os portadores de cegueira, impedindo desde logo que sejam respondidos de forma autónoma, e tornando inevitável a interferência direta do investigador, o que constitui um potencial fator de enviesamento nas respostas. Procurou-se controlar parcialmente esta fonte de enviesamento construindo um guia

de resposta em *braille*, que permitia aos participantes apontar as respostas em vez de as dizer em voz alta, diminuindo assim o grau de exposição do sujeito à pessoa do entrevistador. Contudo, o ideal seria que os participantes pudessem ler e responder sozinhos aos questionários, mesmo os com baixa educação escolar e/ou que não dominam o *braille*. Atualmente, com as novas tecnologias que permitem transformar texto escrito em texto oral/ouvido, o domínio do *braille* está a deixar de ser visto como uma ferramenta essencial para os portadores de cegueira, atingindo já esta mudança a população com cegueira adquirida recente. Por outro lado, a investigação sobre cegueira que exclui, por razões metodológicas, a população cega socialmente mais desfavorecida (analfabetos e muito baixa escolaridade), como aconteceu nesta, está de facto a cometer uma discriminação social. Seria importante desenvolver escalas de auto-avaliação psicológica que usem o som como modo de registo, quer das perguntas, quer das respostas, permitindo que toda a população com cegueira/deficiência visual pudesse responder; e ainda que pudesse responder em igualdade de circunstâncias com o modo de resposta da população normovisual. Enquanto não se fizer isso, os estudos que comparam a população com cegueira e normovisual não são tão fiáveis como poderiam ser: os normovisuais respondem sem o constrangimento do envolvimento presencial e direto do entrevistador, mas essa variável não é controlada para as amostras dos deficientes visuais. Levar a cabo a adaptação das escalas de autoavaliação psicológica à condição de cegueira, usando as potencialidades das novas tecnologias, é uma ideia e um desafio a desenvolver no futuro, como uma missão de justiça social e um contributo positivo para a promoção de uma integração social positiva das pessoas com falta de visão.

No estudo da influência de variáveis sociodemográficas na saúde mental e resiliência das pessoas cegas, a limitada dimensão da amostra não permitiu controlar devidamente a variável tipo de cegueira (congénita ou adquirida) dentro de cada variável sociodemográfica, sendo particularmente evidente para a Idade e as Habilitações Literárias. Estudos futuros sobre a influência das variáveis sociodemográficas no impacto psicossocial da deficiência visual/cegueira deverão ser mais robustos na dimensão da amostra, de modo a controlar o maior número possível das variáveis que podem influenciar esse impacto, e permitindo desse modo uma compreensão mais aprofundada e apurada dos processos psicológicos associados à condição de deficiência visual, considerando as suas várias manifestações ou tipologias.

A escassez de estudos que relacionem deficiência visual e resiliência é grande, e deve ser promovida, tendo em conta o potencial terapêutico do conceito de resiliência: pode ser impossível mudar as condições sociais e é muito difícil mudar a personalidade; pode ser

possível e mais fácil “ensinar” as estratégias de *coping* adaptativo que a investigação já demonstrou serem mais eficazes para lidar com traumas e outras adversidades graves.

A presente investigação ficou limitada às funções saúde mental e resiliência. Muitas outras variáveis são igualmente importantes relativamente à deficiência visual: autoestima, suporte social, relações interpessoais, etc. A investigação destas variáveis permitiria aprofundar a compreensão dos problemas psicológicos da comunidade com deficiência visual.

Desenvolver estudos longitudinais também seria útil para uma melhor compreensão da causalidade associada ao impacto psicossocial da cegueira.

Capítulo V – Conclusão

Está bem evidenciado pela investigação que a deficiência visual, e especificamente a cegueira, constitui, de entre as deficiências físicas, aquela que gera mais preconceitos, maior temor e evitamento, maior discriminação e marginalização social. Além disso, a sociedade está profundamente formatada para quem vê, havendo por isso um sem número de barreiras que os deficientes visuais têm de enfrentar no seu dia-a-dia e que tornam ainda mais difícil o seu processo de autonomia e integração social, bem como um desenvolvimento pessoal à medida das suas capacidades, vocação e aspirações – os quais constituem direitos fundamentais de qualquer ser humano socialmente reconhecidos, e concretamente em Portugal.

Perante este conjunto dramático de adversidades e fontes de *stress*, não surpreende que a investigação científica tenha comprovado que o impacto psicossocial da deficiência visual é particularmente negativo, constituindo um risco elevado para a saúde mental dos seus portadores. Muitos estudos têm demonstrado que os deficientes visuais tendem a apresentar níveis mais baixos de bem-estar emocional e mais sintomas de ansiedade e depressão face à população geral, e mesmo face a outras deficiências físicas e muitas outras condições de morbilidade. Sabe-se que a saúde mental é uma dimensão psicológica fundamental, com repercussões não só nos níveis de bem-estar emocional vs. sofrimento psicológico, mas também na qualidade de vida e na capacidade para a autonomia e integração social. Uma saúde mental pobre está por isso associada a menor bem-estar e maior sofrimento psicológico, mas também a menor qualidade de vida, menor capacidade de desenvolvimento pessoal e maior dificuldade na conquista de uma plena integração social.

Os deficientes visuais - e especificamente os portadores de cegueira – constituem por isso um grupo de elevado risco em termos de saúde mental, devendo ser reconhecidos enquanto tal pelas instituições públicas nacionais e internacionais dedicadas à promoção da saúde mental das populações, e esse reconhecimento se traduzir na implementação de políticas, estratégias e técnicas de apoio especialmente vocacionadas para esta população e validadas cientificamente.

Em Portugal a situação dos deficientes visuais é particularmente dramática, e tem-se vindo a deteriorar. Do início do século XX até aos anos setenta, aproximadamente, os cegos nas diversas vertentes da perda da visão foram educados em instituições particulares, de inspiração benemérita, onde podemos destacar a Santa Casa da Misericórdia e outros organismos afins, onde a participação do estado se revelou sempre mínima. Nesses estabelecimentos de ensino (Instituto Branco Rodrigues; Escola António Feliciano de Castilho; Instituto de São Manuel) o ensino do *braille* era exponencial, o que dava aos cegos capacidades de desenvolvimento tátil para uma leitura bastante conseguida, nalguns casos mesmo

comparável ao desempenho de qualquer normovisual, e ainda uma bagagem de grande percepção para uma perfeita e indispensável descodificação de todos os pormenores do mundo com que interagiam. Desenvolviavam também as capacidades auditivas através de jogos de grande criatividade ao nível individual ou em grupo, e o que é mais importante ainda, aprendiam a entender e medir as reflexões sonoras das auras dos objetos físicos móveis e imóveis que encontram no seu quotidiano. A partir dos anos setenta, sobretudo com a implementação da escola inclusiva, os cegos deixam de ler o *braille*; as suas referências misturam-se e as novas aprendizagens não conduzem a maior independência, dando a ideia de permanecerem hoje os cegos portugueses numa espécie de limbo. A escola inclusiva não resolveu os problemas dos cegos ao nível da saúde mental e da resiliência, pois não foram criados mecanismos e adequada adaptação ao ensino e educação das crianças, que balançam muitas vezes, sentindo-se perdidas, entre duas realidades bem distintas, o mundo dos que vêem e o mundo dos que não vêem.

Tudo o que li e pesquisei sobre este assunto, além do conhecimento privilegiado que me advém da relação próxima que desde sempre tenho com a cegueira (os meus pais são cegos), leva-me a concluir que em Portugal nunca se olhou de frente para a educação dos cegos, e se alguma mudança existe ela tem sido para pior. Tem-se vivido de medidas avulsas e economicistas, esquecendo que os cegos são seres humanos, inevitavelmente fragilizados nos seus recursos de enfrentamento dos desafios e adversidades da vida, mas com as mesmas necessidades, expetativas, direitos e capacidades dos seres humanos em geral.

A investigação científica também tem demonstrado que o impacto psicossocial da deficiência visual não é o mesmo para todas pessoas que a sofrem. Depende de um conjunto de fatores e variáveis individuais e sociais, além das características específicas da própria deficiência visual. Assim, o desenho de políticas, estratégias e técnicas de apoio aos deficientes visuais deve ter em conta esta variabilidade, de forma a ajustar o melhor possível o apoio oferecido às necessidades específicas de cada pessoa ou grupo de deficientes visuais.

Os resultados do estudo sublinham a importância de distinguir entre cegueira congénita e adquirida, evidenciando que a cegueira adquirida é mais disruptiva e constitui um maior desafio no processo de enfrentamento e adaptação positiva. Nesse sentido, apontam para a importância de desenvolver intervenções de prevenção/reabilitação específicas para cada um dos grupos, melhor ajustadas às suas necessidades e recursos diferenciados.

O presente estudo reforçou a evidência científica de que as pessoas com cegueira adquirida (por comparação com os portadores de cegueira congénita), tendem a revelar menor saúde mental e menor resiliência, ou seja: menor bem-estar emocional, maior prevalência de

sintomas depressivos e menor capacidade de enfrentar adequadamente os desafios e as fontes de *stress* que decorrem da própria condição de cegueira. As pessoas com cegueira adquirida tendem por isso a mostrar-se psicologicamente mais vulneráveis e mais fragilizados em termos dos recursos psicológicos necessários à manutenção do seu bem-estar emocional e ao desenvolvimento da autonomia e adequada integração social. Nesse sentido, será importante que este grupo receba, no seu processo de reabilitação, não só apoio na aprendizagem de competências funcionais (de mobilidade, linguagem *braille*, etc.), mas também um apoio psicológico o mais precoce possível, que permita à pessoa desenvolver recursos psicológicos essenciais, nomeadamente os que promovam a resiliência.

Na cegueira congénita, o impacto disruptivo acontece sobretudo, ou em primeiro lugar, na família da criança cega. Assim, o desenvolvimento de recursos psicológicos essenciais à proteção e promoção da saúde mental, e a uma boa adaptação à condição de cegueira por parte da criança deficiente visual, depende essencialmente dos recursos psicológicos da própria família. Deverá portanto ser a família o primeiro alvo do apoio psicológico, nomeadamente mediante programas de desenvolvimento de atitudes e comportamentos resilientes, que permitam à família, e concretamente aos pais, aumentar a resistência ao *stress* inerente a ter no seu seio uma criança deficiente visual, e que lhe reforcem a capacidade para enfrentar adequadamente o difícil desafio de proporcionar ao filho deficiente visual um desenvolvimento positivo, a autoestima que merece, as competências de que precisa para se adaptar a um mundo adverso, a conquista da autonomia, a criação e o melhor aproveitamento de oportunidades de desenvolvimento e realização pessoal, de acordo com o seu potencial e a sua vocação.

O estudo permitiu ainda, embora com menor robustez, reforçar evidências de estudos anteriores no que respeita à influência de algumas variáveis sociodemográficas no impacto psicológico da cegueira, especificamente a nível de saúde mental e resiliência. O género, a nível de ensino (habilitações literárias) e o tipo de coabitação / estado civil (sobretudo comparando casados com solteiros), surgem como variáveis relevantes de estudo nos domínios da saúde mental e da resiliência, concretamente dentro do universo da cegueira. As mulheres, as pessoas com baixas habilitações e as que não vivem com cônjuge (solteiros, viúvos, divorciados) surgem como potenciais grupos de risco acrescido dentro da população com deficiência visual. Pode ser relevante, do ponto de vista das políticas de prevenção e tratamento direcionadas para a deficiência visual, considerar estas variáveis, de modo a ajustar melhor o apoio às necessidades específicas de cada grupo. Uma vez que os estudos anteriores neste domínio são escassos e pouco robustos, sobretudo a nível de resiliência, e considerando a pouca robustez da

amostra também na presente investigação, consideramos este estudo da influência de variáveis sociodemográficas essencialmente exploratório, cuja utilidade reside sobretudo no levantamento de pistas, ou enquanto estímulo, para investigações futuras mais robustas e também mais abrangentes no tipo de variáveis sociodemográficas consideradas, incluindo nível/tipo de ocupação, classe social, zona de residência, apoio social (informal e formal) e nível de domínio do *braille*.

Em jeito de síntese, consideramos como principais contributos do presente estudo: (1) a clarificação, ou reforço, da compreensão das pessoas com cegueira no que respeita à sua saúde mental e resiliência, e especificamente do impacto diferenciado que a cegueira congénita e adquirida produz nestas funções psicológicas; (2) a indicação de que serviços especializados de apoio/aconselhamento psicológico podem ser úteis na promoção do bem-estar dos deficientes visuais; (3) a demonstração (ou reforço da evidência) de que a resiliência pode ser um fator importante de proteção e promoção da saúde mental e do enfrentamento adequado das adversidades; (4) a sustentação da necessidade, por parte das instituições governamentais e não-governamentais, de considerarem o planeamento a longo prazo de políticas educativas e de saúde mental para os deficientes visuais, e a necessidade de estas políticas serem baseadas num modelo cientificamente validado.

A investigação continuada nesta área é essencial para permitir descobrir caminhos e sugerir formas de melhorar a saúde mental e o bem-estar das pessoas que enfrentam nas suas vidas níveis elevados de *stress*, como é o caso dos deficientes visuais.

Referências bibliográficas

- Almeida, T. & Araújo, F. (2013). Diferenças experimentais entre pessoas com cegueira congénita e adquirida: Uma breve apreciação. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*. Ano 1, v. 1, n.º 3. Faculdade Leão Sampaio. Artigo científico ISSN 2317-434x.
- Alves, F., Torres, A.R., Palma, F., Topa, F.J., Garcês, I.M., Nina M.J.; Salgadinho M.J. & Cruz, L.V. (2001). *Acção Social na Área da Saúde Mental*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Amiralian, M. (1997). Compreendendo o Cego: *Uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. Edição: Casa do Psicólogo. Retirado em 2013, Agosto 15, de <http://www.deficienciavisual.pt/indice-textos.htm>
- Anache, A. (1994). Educação e deficiência: *um estudo sobre a educação da pessoa com “deficiência” visual*. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnaiz, P. & Martinez, R. (1998). *Educación infantil y deficiência visual*. Madrid: Editorial CCS. Retirado em 2013, Agosto 15, de <http://www.deficienciavisual.pt/indice-textos.htm>
- Arnaiz, P. (1998). *Deficiencias visuales y psicomotricidad: Teoria y práctica*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Banks, M.H., Clegg, C.W., Jackson, P.R., Kemp, N.J., Stafford, E.M. & Wall, T.D. (1980). The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 3(53), 187-194.
- Boardman, J.D., Blalock, C.L. & Button, T.M.M. (2009). Sex differences in the heritability of resilience. *NIH Public Access*: www.nih.gov/pmc/articles/PMC2674367/
- Bonamo, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Candeias, A. & Simões, E. (1999). Alfabetização e escola em Portugal no século XX: Censos Nacionais e estudos de caso. *Análise Psicológica*, XVII (1): 163-194.
- Carrol. T.J. (1961). *Blindness: What it is, what it does and how to live with it*. Boston: Little Brown.
- Cimarolli, V.R. & Boerner, K. (2005). Social support well-being in adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99: 521-534.

- Cobo, A. (2003). Personalidade e auto-estima do cego. In: Martín, M. & Bueno, S. (Eds.), *Deficiência visual. Aspectos psico-evolutivos e educativos* (pp.117-128). Ediciones Aljibe, S.L. Livraria Santos Editora Lda.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59, 673-684.
- Correia, L. & Cabral, M. (1999). Práticas tradicionais da colocação do aluno com Necessidades Educativas Especiais. In: L. Correia (Dir.). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares* (pp. 11-16). Porto: Porto Editora.
- Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Deep, C. & Pereira, I. (2012). Adaptação de The Resilience Scale para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, vol. 23, n.º2. São Paulo.
- Dias, M. (1995). *Ver, Não Ver e Conviver*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação – Livro SNR n.º 6, (pp.6-21).
- Diehl, M., Hay, E.L., & Chau, H. (2012). Personal risk and resilience factors in the context of daily stress. In Springer Publishing Company, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. <http://dx.doi.org/10.1891/0198-8794.32.251>.
- Dodds, A.G., Bailey, P., Pearson, A. & Yates, L. (1991). Psychological factors in acquired visual impairment: The development of a scale of adjustment. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 87, 306-310.
- Emmons, R. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 292-300.
- European Commission (2004). *The State of Mental Health in The European Union*. Health & Consumer Protection Directorate-General. Retirado em 2013, Outubro 27, de Union: Disponível http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf
- Falvo, D. (1991). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Felgueiras, M., Festas, C. & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde* 3 (1), 73-80.
- Gaitz, C.M. & Scott, J. (1972). Age and the Measurement of Mental Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1 (13), 55-67.

- Gameiro, A. (1978a). *Psicopatologia e Saúde Mental: Guia Prático sobre Saúde Mental, Perturbações Psíquicas, Prevenção, Internamento e Reabilitação*. (Vol.2). Porto: Edições Salesianas.
- Gil, M. (2000). *Deficiência Visual*. Cadernos da TV escola. Brasília, n.º 1. Ministério da Educação.
- Gove, W. (1972). The Relationship Between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness. *Social Forces*, 1 (51), 34-44. University of North Carolina Press.
- Guerreiro, A.D. (1996a). *Síntese no espaço e no tempo de uma especificidade cultural em Portugal: acessibilidade das pessoas cegas à informação e à cultura*. “Integrar”. Lisboa: IEF/Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, n.º 11, Agosto-Dezembro; 10-21.
- Hall, S. (1997). A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. *Revista Educação & Realidade*. Porto Alegre: v. 22, n.º 2; UFRGS.
- Hill, A.R., Aspinall, P.A. & Cotton, L. (2004). Satisfaction as a low-vision service outcome measure. *Visual Impairment Research*, 6, 73-87.
- Hollins, M. (1989). *Understanding blindness: a multidisciplinary approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Horowitz, A., & Reinhardt, J.P. (2000). Mental health issues on visual impairment: Research in depression, disability and rehabilitation. In B. Silverstone, M. Lang, B. Rosenthal, & E. Faye (Eds.), *The Lighthouse Handbook on vision impairment and vision rehabilitation*. (p.1089-1109). New York: Oxford University Press.
- Horowitz, A., Reinhardt, J.P. & Brennam, M. (2004). *Depression, disability and rehabilitation among vision impaired elders*. www.lighthouse.org/research/archived-studies/elders/. Acedido em 04/01/2014.
- Horowitz, A., Reinhardt, J.P., & McInerney Leonard, R. (1991). *Adaptation to age-related vision loss*. www.lighthouse.org/research/archived-studies/studies/. Acedido em 20/10/2014.
- Hugonier-Clayette, S., Magnard, P., Bourron-Madignier, M. & Hullo, A. (1989). *As deficiências visuais e readaptação*. São Paulo: Editora Manole.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados provisórios: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Lisboa.

- Kaplan, H.B. (1999). Toward an understanding of Resilience: A critical review of definitions and models. In: *Resilience and Development*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Koenes, S.G., & Karshmer, J.F. (2000). Depression: A comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 1-12.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factor and Processes contributing to resilience: The resilience framework. In: *Resilience and Development*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- La Pierre, T.A. (2012). The enduring effects of marital status on subsequent depressive symptoms among women: Investigating the roles of psychological, social and financial resources. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66, 1056-1062.
- Losoi, H., Turunen, S. Wäljas, M., Helminen, M., Öhman, J., Julkunen, J., & Rosti-Otajärvi, E. (2012). Psychometric properties of the Finnish version of the Resilience Scale and its short version. *Psychology, Community & Health*, 2, 1-10. PsychOpen.
- Marques, N.F.S. (2011). *A qualidade de vida de adolescentes com cegueira congénita ou precoce em Portugal: Implicações na construção da personalidade e da vida adulta*. Tese de dissertação de mestrado. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Retirado em 2014, Fevereiro 14, de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3937/ DISSERTA%C3%87%C3%83O%20NUNO%20MARQUES.pdf?sequence=1>
- Marquès-Brocksopp, L. (2011). The broad reach of wellbeing debate: Emotional wellbeing and vision loss. *The British Journal of Visual Impairment*, 30, 50-55.
- Martínez, A.E.L. (1997). Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relación estrés y calidad de vida. In M.I. Hombrados (Ed.), *Estrés y salud* (pp.39-69). Valencia: Promolibro.
- Martinez, J. (1991). *Los Ciegos en la historia*. Madrid: Organización de los ciegos de Espana. ONCE.
- Martins, B.S. (2006). Transgressão corporal e cegueira: representações dilacerantes. *Antropologia Portuguesa*, 22/23, 157-175.
- Martins, B.S. (2006a). *Narrativas Silenciadas da Deficiência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.

- McIntyre, T. (1995). Aspectos positivos do sofrimento: Uma perspectiva integrativa. In T. MacIntyre & C. Vila-Chã (Eds.), *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares* (pp. 125-131). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Moura e Castro, J. (1993). *Estudo da Influência da Capacidade de Resistência Aeróbia na Orientação e Mobilidade do Cego*. Dissertação de Doutoramento apresentada à faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Moura e Castro, J. (1995). Alguns aspectos oftalmológicos da visão. In: Moura e Castro, J. (Eds.), *Colectânea de Textos*. Porto: AE-FCDEF-UP.
- Munster, M. & Almeida, J. (2005). Atividade Física e Deficiência Visual. In: Gorgati, M.; Costa, R. (org.). *Atividade Física Adaptada: Qualidade de vida para pessoas especiais*. Barueri/SP, Editora Manole, 33-51.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex Differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 2 (101), 259-282.
- Ochaita, E. & Rosa, A. (1993). *El niño ciego: Percepción y desarrollo psicológico*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, Centro de Recursos para a Educación Especial.
- Oliveira, J. (1998). Arte e visualidade: A questão da cegueira. *Revista Benjamin Constant*, 4 (10), (PP. 7-10).
- Oliveira, M.F. & Machado, T.S. (2011). Tradução e validação da Escala de Resiliência para estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 4 (29), 579-591.
- Ormelezi, E.M. (2000). *Os Caminhos da aquisição do conhecimento e a cegueira: do universo do corpo ao universo simbólico*. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de São Paulo.
- Pelechano, V., Miguel, A. & Ibáñez, I. (1995). Las personas com deficiências visuales. In: M. A. Verdugo Alonso (Dir.), *Personas com discapacidad – perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, n.º 8 (pp. 325-392). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Pesce, R.P., Assis, S.G., Avanci, J.Q., Santos, N.C., Malaquias, J.V. & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (82), 436-448.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Primo, J. & Mateus, D. (2008). Normas para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento; (aplicáveis às dissertações de Mestrado). Universidade Lusófona de

- Humanidades e Tecnologias – Reitoria (4ª. Versão), 54 pp.; inclui apêndice com 10 pp., anexos com 37 pp. Lisboa.
- Research Institute of Lighthouse International (2002). *Statistics on vision impairment: A resource manual*. New York: Author.
- Ribeiro, J.L.P. (2001). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Ringering, L. & Amaral, P. (2000). The role of psychosocial factors in adaptation to vision impairment and rehabilitation outcomes for adults and older adults. In B. Silverstone, M. Lang, B. Rosenthal, & E. Faye (Eds.), *The Lighthouse Handbook on vision impairment and vision rehabilitation* (Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- Rodrigues, S., Fernandes, E. & Maia, A. (2004). *A experiência da perda da visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre a qualidade de vida*. Dissertação para obtenção do grau de mestrado. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Rosa, A. & Ochaita, E. (1993). *Psicologia de la Ceguera*, 2. Madrid: Alianza Editorial.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 626-631.
- Sacks, S.Z. (1996). Psychological and social implications of low vision. In A. L. Corn & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives*, 2 (pp. 26-42). New York: American Foundation for the Blind Press.
- Salabert, A. & González R.P. (2003). El proceso de ajuste a la discapacidad visual. *Psicología Y Ceguera – Manual para la intervención psicológica em el ajuste a la deficiencia visual*. Organización Nacional de Ciegos Españoles (Eds.). Madrid.
- Schoon, I. (2006). *Risk and resilience: Adaptations in changing times*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Secretaria Nacional de Reabilitação (1989). *Classificação Internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (Handicaps)*. Lisboa: Ministério do Emprego e da Segurança Social, Secretaria Nacional de Reabilitação.
- Secretaria Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2003). *Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Geneva: World Health Organization, 2001).
- Secretariado Nacional de Reabilitação (1996). *Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: Resultados globais*. Lisboa: Autor.

- Sequeira, A., & Bento, M. (1999). Satisfação e bem-estar da pessoa cega. In Sequeira et al. (Eds). *Reabilitação e Comunidade: Actas da 1ª Conferência de Reabilitação e Comunidade* (p. 177-194). Lisboa: ISPA.
- Silva, I., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Aspectos psicossociais e qualidade de vida da degenerescência macular relacionada com a idade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 179-193.
- Silveira, M.J. (1999). Saúde mental em deficientes visuais. In Sequeira et al. (Eds). *Reabilitação e Comunidade: Actas da 1ª Conferência de Reabilitação e Comunidade*. (p. 167-180). Lisboa: ISPA.
- Silveira, M.J., & Sequeira, A. (2002). A saúde mental na inserção da pessoa com cegueira adquirida. *Análise Psicológica*, 3, 449-470.
- Silverstone, B., Lang, M.A., Rosenthal, B.P., & Faye, E.E. (2000). Preface. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. P. Rosenthal, & E. E. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation* (pp. 11-15). New York: Oxford University Press.
- Simões, A. Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Soon, J.P.M. & Aart, C. (2008). Together is better? Effects of relationship status and resources on young adults' well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25, 603-624
- Souza, O. (2008). *Itinerário da inclusão escolar: Múltiplos olhares, saberes e práticas*. Canoas: ULBRA Porto Alegre AGE.
- Stephens, J. (2007). *The emotional well-being of blind and partially-sighted people*. Reading, UK: Guide Dogs.
- Swallon, R. (1976). *New outlook for the blind*. New York: American Foundation for the Blind, September (pp. 273-281).
- Taina, H., & Hillevi, A. (2000). The psychosocial well-being of Finnish adolescents with visual impairments versus those with chronic conditions and those with no disabilities. *Journal of Visual Impairments & Blindness*, 84, 625-638.
- Taylor, R.E. (1983). Homesickness, melancholy and blind rehabilitation. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 80, 800-802.
- Thylefors, B., Négrel, A., Pararajasegaram, R., Dadzie, K. (1995). Global data on blindness. *Bull World Health Organ*, 73 (1): (pp. 115-121).

- Tuttle, D & Tuttle, N. (2006). *Self-Esteem and Adjusting with Blindness: The processo of responding to life's demands, (Third Edition)*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1 (81), 1-17.
- Ussher, J.M. (1997). Gender issues and women's health. In: Baum, Weinman, West & McNanus (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veit, C. & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 730-742.
- Verdugo, M.A. (1995). Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. In M. A. Verdugo Alonso (Dir.), *Personas con discapacidad – Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, n.º 1 (pp. 1-35). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Wagnild, G.M. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measuremen*, volume 1 n.º 2: 165-178.
- Wagnild, G.M. (2010). Discovering your resilience core. In: *Official Home of Resilience Scale*: https://www.resiliencescale.com/resilience_core.html
- Werner, E.E. & Johnson, J.L. (1999). Can we apply resilience? In M.D. Glantz & J.J. Johnson (Eds.), *Resilience and Development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- White, B.D. (2008). *Identifying changes in resilience during rehabilitation from a spinal cord injury*. Tese de mestrado em Ciências. University of North Texas. Acedido em: www.digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc6039/m2/1/hight_res_d/thesis.pdf.
- World Health Organization [WHO/OMS] (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de Saúde.
- Yunes, M.A.M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Zeeshan, M. & Aslam, N. (2013). Resilience and psychological well-being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. *Journal of Educational Research and Studies*, 1, 1-7. www.peakjournals.org/sub-journals-JERS.html