



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Espiritualidade e Saúde Mental e Geral nos Idosos Institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica da Saúde.**

Sandra Maria Carvalho Fernandes



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2014



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Espiritualidade e Saúde Mental e Geral nos Idosos Institucionalizados

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Sandra Maria Carvalho Fernandes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JUNHO 2014

Agradecimentos

Durante este período foram muitos os momentos de aprendizagem e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e sentimentos. Ao concluir esta etapa tão difícil e importante na minha vida quero deixar o meu agradecimento pelo apoio e incentivo de muitos que, direta ou indiretamente apoiaram e contribuíram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pelo auxílio, amparo e pelo significado que caracterizou em todos os acontecimentos que fizeram parte dessa luta.

Agradeço à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga que me facultou métodos e técnicas relevantes durante todo o percurso académico, assim como à minha orientadora Professora Doutora Eleonora Costa, pela disponibilidade, orientações e saberes que me transmitiu. Também, agradeço à Também, agradeço à Doutora Sónia Basto e à Doutora Isabel Mesquita Lopes pelo apoio incondicional, disponibilidade, simpatia e ainda pelos esforços realizados para minha integração na instituição. Agradeço aos funcionários e aos estimados utentes pela sua colaboração, amizade, simpatia, e por terem partilhado comigo as suas histórias de vida. Também gostaria de agradecer ao Mestre Domingos Ferreira que me ajudou na correção da exposição dos dados.

Agradeço também aos meus colegas que me acompanharam neste percurso, Janete Rocha, Carolina Bastos, Dulce Pinto, Isabel Quinta, Vânia Silva, João Pedro Silva, pois juntos partilhamos ideias e ultrapassamos essa fase. De igual forma gostaria de agradecer os meus colegas de casa, Alexandra Wahnnon, Cinthia Gonçalves e Núria Mascarenhas que me apoiaram incondicionalmente, tanto nos bons momentos, como nos mais complicados.

Aos meus familiares e amigos, por todo o apoio, admiração carinho e amizade que sempre demonstraram neste meu percurso.

Por fim, com muito amor, um especial agradecimento à minha querida filha pela compreensão das ausências nos momentos dos deveres da escola, das brincadeiras e dos passeios.

Resumo

O estudo da espiritualidade e a sua relação com a saúde mental e geral, sobretudo, associada ao envelhecimento, continua ainda muito escasso a nível nacional. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral nos idosos institucionalizados. Trata-se de uma investigação quantitativa, do tipo observacional, descritivo e correlacional, transversal e entre-sujeitos. A amostra foi composta por 55 idosos, utentes da Santa Casa de Misericórdia de Braga (SCMB), de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 55 e os 99 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação da Espiritualidade (EE), o Brief Symptom Inventory (BSI), o Short-Form Health Survey (MOS SF-36v2) e um Questionário sociodemográfico complementar. Os resultados evidenciam que estamos perante uma amostra de sujeitos com elevada espiritualidade, sem problemas psicopatológicos e saúde física satisfatória, sendo as dimensões menos elevadas o desenvolvimento emocional e funcionamento físico. Para além disso, constatamos uma associação estatisticamente significativa negativa entre as dimensões da espiritualidade e as do BSI e uma associação significativa positiva entre as dimensões da espiritualidade e o funcionamento social do SF-36 v2. Por fim, relativamente à variação dos resultados da espiritualidade em função das variáveis sociodemográficas, verificamos que as mulheres apresentam resultados significativamente superiores nas duas dimensões, as pessoas mais velhas apresentam resultados significativamente superiores na dimensão crenças e os idosos que não foram à escola mas sabem ler/escrever também apresentam resultados superiores nessa dimensão. Não se verificaram diferenças em função do estado civil. Uma vez que esta é uma temática pouco estudada em Portugal, esperamos ter contribuído para o aprofundamento do conhecimento nesta área e que novos estudos continuem a incidir sobre a mesma, de forma a conseguirmos desenvolver programas de intervenção cada vez mais eficazes e direcionados para a promoção do bem-estar nos idosos e de um processo de envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Prática religiosa, religiosidade/espiritualidade, saúde mental, saúde física, idosos institucionalizados.

Abstract

The study of spirituality and its relationship to mental and general health, especially associated with aging, is still very scarce nationwide. Thus, this study aims to evaluate the relationship between spirituality and general and mental health in institutionalized elderly. This is a quantitative research, observational, descriptive and correlational and cross-sectional between -subjects. The sample consisted of 55 elderly users of the Santa Casa de Misericórdia de Braga (SCMB), of both genders, aged 55 to 99 years. The instruments used were the Spirituality Assessment Scale (EE), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Short-Form Health Survey (MOS SF - 36v2) and a complementary socio-demographic questionnaire. The results show that we have a sample of subjects with high spirituality without psychopathological problems and satisfactory physical health, and the lower dimensions were emotional development and physical functioning. In addition, we found a statistically significant negative association between dimensions of spirituality and the BSI and a significant positive association between dimensions of spirituality and social functioning of the SF -36. Finally, compared to the variation of the results of spirituality in relation to sociodemographic variables, we found that women had significantly higher results in the two dimensions, older people have significantly higher results in dimension beliefs and seniors who have not been to school but can read/write also feature superior results in that dimension. There were no differences according to marital status. Since this is a subject little studied in Portugal, we hope to have contributed to the deepening of knowledge in this area and that new studies continue to focus on the same, so we can develop interventions increasingly effective and targeted programs to promote welfare for the elderly and a process of healthy aging.

Keywords: religious practice, religiosity/spirituality, mental health, physical health, institutionalized elderly.

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Índice Geral.....	IV
Índice de Quadros.....	VI
Índice de Anexos.....	VII
Glossário.....	VIII
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
Capítulo I: O envelhecimento Humano.....	4
1.1. Características do Envelhecimento.....	4
1.1.1. Envelhecimento Biológico.....	6
1.1.2. Envelhecimento Psicológico.....	8
1.1.3. Envelhecimento Social.....	10
1.2. Epidemiologia do Envelhecimento.....	12
Capítulo II: Espiritualidade e Saúde Mental e Geral – qual a relação?.....	14
2.1. Religião e Espiritualidade.....	14
2.2. Religião e Espiritualidade do Idoso.....	16
2.3. Idosos Institucionalizados e a Religião.....	18
2.4. Saúde Física e Mental nos Idosos.....	20
2.5. Envolvimento religioso e Saúde Física e Mental.....	23
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	28
1. Metodologia.....	29
1.1. Objetivos e <i>Design</i> do Estudo.....	29
1.2. Variáveis do Estudo.....	29
1.3. Procedimento e Recolha de Dados.....	30
1.4. Amostra.....	31
1.4.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total.....	31
1.5. Material e Instrumentos.....	33
1.5.1. Questionário Sociodemográfico.....	33
1.5.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade.....	33
1.5.2.1. Características Psicométricas da Escala de Avaliação de Espiritualidade na Amostra em Estudo.....	34
1.5.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI).....	35
1.5.3.1. Características Psicométricas do <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI) para Amostra em Estudo.....	36
1.5.4. <i>Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey</i> (MOS SF-36): Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36, v2: Versão Portuguesa).....	38
1.5.4.1. Características Psicométricas do <i>Short-Form Health Survey</i> (MOS SF-36v2) para Amostra em Estudo.....	39
1.6. Procedimentos de Análise dos Dados.....	40
2. Apresentação dos Resultados.....	41
2.1. A Espiritualidade dos Idosos Institucionalizados da Amostra em Estudo.....	41

2.2.	Saúde Mental dos Idosos Institucionalizados na Amostra em Estudo	42
2.3.	Saúde Geral dos Idosos Institucionalizados na Amostra em Estudo.....	43
2.4.	Associação entre a Espiritualidade e a Saúde Mental e Geral dos Idosos	44
2.5.	Variação dos Resultados em Função das Variáveis Sociodemográficas.....	45
2.5.1.	Variação dos Resultados em Função do gênero.....	45
2.5.2.	Variação dos Resultados em Função da Idade	46
2.5.3.	Variação dos Resultados em Função do Estado Civil.....	46
2.5.4.	Variação dos Resultados em Função da Escolaridade	47
3.	Discussão dos Resultados.....	47
4.	Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações Futuras	50
	Referências Bibliográficas	53

Índice de quadros

	Pág
Quadro 1. Caraterização sociodemográfica da amostra total (N=55)	32
Quadro 2. Resultados da avaliação da consistência interna EE (N=55)	35
Quadro 3. Resultados da avaliação da consistência interna BSI (N=55)	38
Quadro 4. Resultados da avaliação da consistência interna SF-36 (N=55)	40
Quadro 5. Resultados descritivos da EE e escala para amostra total (N=55)	42
Quadro 6. Resultados descritivos do BSI e suas dimensões para amostra total (N=55)	43
Quadro 7. Resultados descritivos do SF-36 e suas dimensões para amostra total (N=55)	44
Quadro 8. Resultados da associação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral (N=55)..	45
Quadro 9. Resultados do teste <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (participantes femininos e masculinos) relativamente à espiritualidade	46
Quadro 10. Resultados do teste <i>U Mann Whitney</i> na comparação de grupos (por idade) relativamente à espiritualidade	46
Quadro 11. Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos (por estado civil) relativamente à espiritualidade	46
Quadro 12. Resultados do teste <i>Kruskal-Wallis</i> na comparação de grupos (por escolaridade) relativamente à espiritualidade	47

Índice de Anexos

Anexo I. Pedido de Autorização para realização de uma investigação na SCMB

Anexo II. Consentimento informado: Declaração dos participantes

Anexo III. Questionário sociodemográfico

Anexo IV. Questionário (SF-36)

Anexo V. Questionário (BSI)

Anexo VI. Escala de Espiritualidade

Anexo VII. Autorização dos autores para utilização dos instrumentos

Glossário

Lista de Siglas

APA – Associação Psiquiátrica Americana

BSI – *Bref Symptom Inventory*

DSM-IV-TR – Diagnostico e Estatística de Saúde Mental

EE – Escala de Avaliação da Espiritualidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

IGS – Índice de Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintomas Positivos

MOS-SF- Short-Form Health Survey

OC – Obsessão-Compulsão

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSI – Psicoticismo

SCMB – Santa Casa de Misericórdia de Braga

TSP – Total de Sintomas Positivos

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO – *Wold Health Organization*

Lista de Abreviaturas

ANS – Ansiedade

AF – Ansiedade Fóbica

Dep – Depressão

DP – Desvio padrão

cit. – Citado

freq. – Frequência

Hos – Hostilidade

M – Média

n – Número de elementos da amostra

p. – Pagina

p – Probabilidade estatística

r – Correlação

SI – Sensibilidade Interpessoal

SOM – Somatização

VDs – Variáveis Dependentes

VI – Variáveis independentes

VSs – Variáveis Sociodemográficas

Lista de Símbolos

α – Alfa

% – Percentagem

\geq – Menor ou igual a

\leq – Maior ou igual a

Introdução

O interesse sobre a religião é algo patente ao longo da história da humanidade, sendo que na sociedade atual o seu estudo tem sido de maior relevo pelo facto de se verificar que influencia bastante os comportamentos dos indivíduos, especialmente dos idosos. Assim, o tema religiosidade e, também, espiritualidade têm sido abordados em diversos estudos sobre as suas múltiplas facetas (Oliveira, 2012).

Paralelamente observa-se na atualidade portuguesa que a estrutura demográfica apresenta um maior envelhecimento da população, tal como acontece noutros países do ocidente (Fonseca, 2005). Tal resulta, do progresso científico que promoveu o aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de mortalidade (Sokolovsky, 2009). Deste modo, esta população transformou-se no centro de interesse coletivo e individual, devido às suas implicações a nível social, familiar, político e económico (Osório, 2007).

É inerente ao envelhecimento um conjunto de mudanças, tais como valores existenciais, aparecimento de doenças, perda do conjugue, dependência física, institucionalização entre outras, sobre as quais, o idoso nem sempre possui competências para as enfrentar adaptativamente. Tal pode resultar no prejuízo da sua saúde mental e geral, em especial no contexto institucional (Corrêa, 1997, cit in Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo, Deltreggia & Faiola, 2002). Neste sentido, tem-se verificado que a espiritualidade se apresenta como um dos fatores facilitadores do processo de adaptação do indivíduo, perante essas mudanças que estão presentes ao longo do processo de envelhecimento (Oliveira, 2012). Assim, a espiritualidade pode ter uma função protetora, fortalecendo a pessoa para suportar e superar essas perdas e mudanças nessa fase.

Considera-se fundamental compreender como vivem as pessoas idosas, como experienciam o processo de envelhecimento, que estratégias usam para ultrapassar os desafios desta fase de vida. Deste modo, houve um acréscimo dos estudos científicos relacionados com a espiritualidade e as várias dimensões da saúde (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). Esses estudos apontam a existência de uma relação entre estas duas dimensões (Koenig, 2001; Neto, 2002; Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck 2007; Fleck, 2008; Pinto e Pais-Ribeiro, 2009). Contudo, no que toca ao estudo da religiosidade/espiritualidade na terceira idade a bibliografia ainda é escassa em Portugal (Oliveira, 2012).

É nesta ótica que surge a pertinência de nos centrarmos nesta temática, de forma a compreender se existe relação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral na população

idosos. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a relação entre a espiritualidade, a saúde geral e, em específico, a saúde mental nos idosos, ou seja, avaliar como a espiritualidade pode ter repercussões ao nível da saúde mental e geral, neste caso, nos idosos institucionalizados.

Este estudo está estruturado em duas partes, sendo que a primeira parte inclui uma breve revisão bibliográfica sobre o referido tema, dividida em dois capítulos que abordam os conceitos: características do envelhecimento humano (biológico, psicológico e social), epidemiologia do envelhecimento, religião e espiritualidade, religião e espiritualidade nos idosos, idosos institucionalizados e a religião, saúde física e mental nos idosos e envolvimento religioso e a saúde física e mental. A segunda parte refere-se à análise empírica de dados recolhidos, e consiste na apresentação da metodologia do estudo, resultados, discussão dos mesmos e conclusão, limitações e implicações futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A parte I do presente documento inclui dois capítulos de enquadramento teórico. O primeiro capítulo aborda conceitos relacionados com envelhecimento humano.

O segundo capítulo e descreve todos os conceitos relacionados com a temática em estudo, nomeadamente, religião e espiritualidade, religião e espiritualidade nos idosos, idosos institucionalizados e a religião, saúde física e mental nos idosos e envolvimento religioso e a saúde física e mental.

Capítulo I: O envelhecimento humano

1.1. Características do envelhecimento

Tal como foi mencionado anteriormente, a sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, em consequência do aumento da esperança média de vida e da redução do índice da natalidade.

O envelhecimento é uma etapa do ciclo de vida onde estão presentes particularidades individuais (biológicas, psicológicas e sociais), interrelacionadas que implicam uma nova autoimagem do indivíduo, como idoso (Fonseca, 2010). Assim sendo, o envelhecimento tem sido descrito sempre como um processo adaptativo, lento e contínuo, caracterizado por diversas alterações, no qual intervêm fatores biológicos, psicológicos e sociais (Ortiz Ballesteros & Carrasco, 2006). Essas alterações ocorrem gradualmente, sendo impossível determinar uma data a partir da qual se possa considerar um indivíduo como idoso (Sequeira, 2010).

Porém, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) determina que a terceira idade terá início entre os 60 e 65 anos independentemente do género e estado de saúde do indivíduo. Essa idade é relacionada, em Portugal, com a idade da reforma, sendo assim, ponto de referência para a velhice (Sequeira, 2010). Além disso, o processo de envelhecimento deve ser considerado, para além das suas características objetivas, como as degradações físicas, a diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, como um processo diferencial, que varia muito de pessoa para pessoa pelo seu carácter subjetivo, que constitui a representação que a pessoa faz do seu próprio processo de envelhecimento (Fontaine, 2000). Na realidade, esta variabilidade não se verifica somente entre indivíduos, mas também na própria pessoa dado que algumas dimensões podem envelhecer mais rapidamente que outras (Spar & La Rue, 2005). Daqui, emergem algumas insuficiências relacionadas à utilização da idade cronológica como medida para definir envelhecimento (Sequeira, 2010).

Segundo Fonseca (2004), entende-se por idade cronológica aquela que um indivíduo tem em função do tempo vivido desde o nascimento, ou seja, corresponde à idade oficial, que consta no bilhete de identidade. Porém, independentemente da idade cronológica, as pessoas apresentam outras idades. No entanto, já referida anteriormente, existe uma certa dificuldade de delimitação do período em que se considera o ser humano como idoso.

Segundo Birren & Cunningham (1985, cit. in Fonseca 2005, p.24), apresenta-se como vantajoso proceder à diferenciação dos três conceitos de idade ou de diferentes “categorias de idade”:

- Idade biológica: refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e é especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afetam os indivíduos, pois é verificável que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo;
- Idade psicológica: refere-se às capacidades de natureza psicológicas que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima;
- Idade sociocultural: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam no seio da sociedade e na cultura a que esta inseridos.

Fonseca (2005) refere ao processo de envelhecimento como um acontecimento normal que faz parte do desenvolvimento humano e que é descrito pela presença de transformações adaptativas e influenciado pela exposição a determinados contextos sociais e históricos. Ainda citando o mesmo autor, segundo esta perspetiva, o processo do envelhecimento deverá ser enfrentada conforme um modelo biopsicossocial que possibilita enquadrar as alterações desenvolvimentais inerentes a este nível etário mediante a análise de vários domínios.

Para além disso, Schoots e Birren (1980, cit in Fonseca 2004, p.55) acrescentam ainda que o processo de envelhecimento apresenta três componentes distintas:

- Uma componente biológica (senescência), que reflete maior vulnerabilidade e de onde resulta uma grande probabilidade de morrer;
- Uma componente psicológica, relativa à capacidade de autorregulação da pessoa perante o processo de senescência;
- Uma componente social, referente aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para esta fase de vida.

Todavia, este processo é vivido de uma forma distinta correspondente ao contexto social de cada indivíduo (Lima, 2010). Assim, considera-se importante aprofundar-se mais na definição de cada um desses conceitos de envelhecimento humano.

1.1.1. Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é caracterizado pela redução progressiva da taxa metabólica, em consequência da diminuição das trocas energéticas do organismo (Sequeira, 2010). Este declínio da taxa metabólica inicia-se a partir da década dos 20 anos e vai declinando lenta e progressivamente ao longo de toda a vida do indivíduo (Reis, 1995, cit in Sequeira 2010). Trata-se de um decréscimo acentuado da capacidade de regeneração da célula, o que leva ao envelhecimento dos tecidos (McArdle, Katch & Katch, 1998, cit in Sequeira 2010).

Segundo Fonseca (2005), as alterações ocorridas a nível biológico em fases mais proeminentes do desenvolvimento são, quase sempre, aquelas que o indivíduo valoriza bastante, na medida em que este se centraliza mais nas perdas do que nos ganhos adquiridos. Segundo o mesmo autor consequentemente, o nível de atividade biológica influencia o padrão global de saúde (funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social).

As modificações corporais relacionadas ao envelhecimento biológico são decursivo do facto de as células não serem imortais, da sua substituição não ser ilimitada e correspondente à mortalidade a que ao longo da vida as pessoas se encontram expostas (Spar e La Rue, 2005). Porém, essas mudanças corporais, sendo algumas generalizadas e outras mais específicas, podem levar a perda de algumas funções. Sequeira (2010) refere que o envelhecimento tem início com alterações no aspeto exterior, no aparecimento de cabelos brancos, diminuição da velocidade de reação, diminuição da força muscular, lentificação progressiva dos movimentos, mudanças do equilíbrio, alterações emocionais e alterações cognitivas, sendo estas últimas mais subjetivas. Ainda segundo o mesmo autor (2010), as alterações internas do organismo ocorrem devido às transformações em alguns órgãos vitais (rins, fígados, coração, pulmões, etc.) e às alterações que ocorrem no metabolismo basal (respiração, circulação, tónus muscular, glandular, atividade etc.).

Na descrição de Fontaine (2000), à medida que um indivíduo envelhece surgem mudanças perceptiva. Neste sentido, a presbiacusia é consequência da diminuição auditiva associada ao envelhecimento e a transformações degenerativas (Fontaine, 2000), na medida em que o indivíduo vai perdendo a percepção às frequências bastante elevadas e a capacidade de localização dos sinais sonoros (Vaz Serra, 2006). Ainda, para o mesmo autor, a visão é uma modalidade sensorial extremamente sensível à consequência da idade, na medida em que ocorre a diminuição do campo visual, a diminuição adaptação à obscuridade e à luz e um

declínio da percepção visual do movimento, da acuidade (capacidade de resolução e de discriminação), da percepção da profundidade da sensibilidade às cores. Fontaine, (2000) refere que o olfato e o gosto são, possivelmente, os órgãos dos sentidos que mantêm uma maior independência em relação à idade, ou seja os que menos são afetados pelo processo do envelhecimento. Mesmo assim, as pessoas idosas apresentam uma atrofia das papilas gustativas, o que causa uma percepção bastante atenuada do gosto dos alimentos salgados e doces. O mesmo autor ainda refere que as consequências da idade também se verificam a nível do tacto, efetuando-se uma diminuição da sensibilidade na planta dos pés, na palma das mãos e uma transformação da percepção dos estímulos dolorosos.

Segundo a descrição de Spar e La Rue (2005), no processo de envelhecimento verifica-se as alterações anatómicas e funcionais dos principais sistemas orgânicos:

- No sistema cardiovascular observam-se alterações progressivas à medida que o indivíduo vai envelhecendo, uma vez que o débito (quantidade de sangue bombeado) e a frequência cardíaca (batimento do coração) diminuem que implica menor rendimento cardíaco;
- O sistema respiratório manifesta um declínio gradual da sua capacidade ventilatória, sobretudo, durante a prática do exercício físico;
- O sistema gastrointestinal é menos eficiente na absorção dos nutrientes, diminui a eficiência da eliminação e verifica-se uma atrofia da mucosa gástrica;
- No sistema nervoso verifica-se uma atrofia do cérebro, ou seja, a perda do seu peso e volume, a mortalidade neuronal, a perda da árvore dendrítica e consequente diminuição das conexões interneuronais, a degenerescência neurofibrilar e a diminuição da neuroplasticidade, e acumulação de placas senis em especial no hipocampo, amígdala e córtex frontal,
- No sistema renal averigua-se um acréscimo de obstipação e de complicação de eliminação e de esvaziamento da bexiga;
- No sistema muscula-esquelético observa-se uma diminuição da massa muscular e óssea, perda da força muscular e perda da elasticidade das articulações;

No que concerne aos modelos e teoria que explicam o processo do envelhecimento biológico, salienta-se a Teoria dos Telómeros, Teoria do Envelhecimento Celular, as Teorias Estocásticas, a Teoria Neuro-Endócrinas, entre outras que poderiam ser citadas.

De acordo com a Teoria dos Telómeros, em cada desmembramento celular os telómeros (estruturas que organizam a região terminal dos cromossomas das células

eucarióticas) permanecem progressivamente mais curtos até que a divisão celular deixa de acontecer (Spar e La Rue, 2005).

Segundo a Teoria do Envelhecimento Celular de Hayflick e Moorhed (1961, cit in Spar e La Rue, 2005) as células humanas normais têm um limite máximo de divisões celulares (duplicação), à medida que as células se aproximam deste limite, vai-se dando a perda de diversas capacidades funcionais (envelhecimento celular), contudo, quando acontece uma grande acumulação destas perdas, a reprodução celular imobiliza-se.

Relativamente às Teorias Estocásticas, estas defendem que a perda de funcionalidade em pessoas mais idosas se deve à acumulação de lesões consecutivas à ação do meio sobre o organismo, o que provoca uma decadência fisiológico progressivo (Cistafolo, Gerhard & Pignolo, 1994, cit in Teixeira, 2006).

Para Spar e La Rue (2005) a Teoria Neuro-Endócrina refere a insuficiência fisiológica do organismo relacionado à idade pode ser consequência da alteração de diversas hormonas do eixo hipotálamo-pituitária- adrenal que dirige o metabolismo o sistema reprodutor, e outros aspetos do funcionamento normal do organismo.

Desta forma, percebe-se que o declínio do funcionamento biológico é algo mais objetivo e inevitável no processo do envelhecimento e que estas alterações vão produzir efeitos sobre o funcionamento cerebral do idoso ao longo do tempo, ao nível psicológico e dos sistemas em geral (Sequeira 2010).

1.1.2. Envelhecimento Psicológico

Tal como as características físicas do envelhecimento, também as de carácter psicológico estão relacionados com a hereditariedade, com a história e com as atitudes de cada indivíduo. Assim, segundo Fonseca (2005) a propriedade psicológica abrange um conjunto de fenómenos tais como a personalidade, o controlo, o autoconceito, as reações emocionais, estilos de *coping* entre outros.

Na perspectiva de Fonseca (2005), no que concerne à personalidade, a assunto do fundo prede-se com a sua estabilidade ao longo da vida, há uma tendência para a estabilidade com passar do tempo. Assim considera-se pertinente citar aqui algumas abordagens abordam esta temática, nomeadamente a abordagem psicométrica e a abordagem desenvolvimentista.

De acordo com Fontaine, (2000) a abordagem psicométrica sustenta que a personalidade é uma estrutura homogénea que se mantém estável, sendo que a idade não

desempenha nenhum efeito. Ainda segundo o mesmo autor, por contraponto, a abordagem desenvolvimentista, que se ramificou no modelo de inspiração psicanalítica de Jung e no modelo psicossociológico de Erikson, representa alterações estruturais que sucedem ao longo da vida. Assim, Jung descreve as pessoas idosas como mais introvertido comparativamente ao jovem extrovertido e Erikson, na sua teoria referente aos oito estádios de desenvolvimento, aponta que o idoso tem de saber gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, ou seja, a pessoa faz uma análise da sua vida, ponderando os objetivos a que se propôs e aqueles que atingiu. Ainda segundo o mesmo autor a particularidade desta fase de desenvolvimento será conseguir o estado de saber (Fontaine, 2000). Entretanto, a falta de consenso, os autores confirmam que os traços nucleares de personalidade são disposições endógenas e estáveis ao longo da vida e que as pequenas alterações vividas prendem-se com a capacidade adaptativa e de ajustamento face a novas circunstâncias, sendo que as mudanças dramáticas na personalidade indicam, não uma resposta adequada a uma dada situação, mas sim uma perturbação física e/ou psicológica (Paúl, 2006; Spar e La Rue, 2005). Relacionado à questão da personalidade esta também a questão de autoconceito, que refere ao “conjunto de estruturas de conhecimento que as pessoas têm sobre si próprias” (Herzog & Markus, 1999, cit in Paúl, 2006, p.58).

O envelhecimento psicológico depende de fatores, genéticos, patológicos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserida e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida (Sequeira, 2010).

De acordo com alguns estudos, a pessoa idosa apresenta mais vulnerabilidade para desenvolver os estados depressivos, isto deve-se a uma forte tendência para se centralizar no seu passado, experienciando angústia quanto ao presente e medo relativamente ao futuro (Teixeira, 2006). Esse estado depressivo pode aumentar a percepção da incapacidade do sujeito, quando relacionado a perturbação de caráter físico ou cognitivo (Apar e La Rue, 2005).

Segundo Balone, (2004) a saúde mental da pessoa idosa muitas vezes depende da sua capacidade de adaptação à sua existência passada e presente e das condições ambientais do contexto em que se encontra inserida. De acordo com o mesmo autor, se a adaptação do indivíduo em etapas prematuras da sua vida tiver sido positiva, maiores probabilidades a pessoa tem de envelhecer mais adaptativamente, isto é, “envelhece como se viveu”.

Relativamente a reações emocionais, o mesmo autor afirma que existem duas alterações afetivas relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente a labilidade emocional, que refere a súbitas alterações das emoções e a incontinência emocional que se descreve pela

facilidade que a pessoa idosa tem em produzir grandes reações afetivas e pela consequente incapacidade para controlá-las.

No que concerne ao estilo de *coping*, este pode ser definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação *estressante*, ou seja, são as tentativas elaboradas pelos indivíduos para preservar a sua saúde mental e física em circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Straub, 2005, cit in Veit & Castro, 2013). Assim, é de salientar que os idosos buscam preferencialmente ao coping centrado na emoção, ou seja tendem a lidar com acontecimentos stressante de vida de uma forma mais orientada pela na realidade, em vez de adaptarem abordagens ativas de resoluções de problemas (Spar e La Rue, 2005).

1.1.3. Envelhecimento social

Tal como os processos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um processo social e cultural (Osorio, 2007). Assim, segundo Hortelão, (2003, p. 52) O envelhecimento social “é o percurso do ciclo da vida estabelecido por uma sociedade”.

De acordo com Sequeira, (2010) o envelhecimento social pode ser um processo lento que leva à sucessiva perda de papéis sociais gratificantes que exigem adaptações constantes. Deste modo, a parte social do envelhecimento assume, particular importância porque transporta alterações a vários níveis (Fonseca, 2005). O envelhecer implica, de certa forma, confronto com diversas transformações de papéis a desempenhar, no seio familiar, ocupacional e laboral. Significa também a aparecimento de certos acontecimentos de vida, nomeadamente a progressiva perda do poder da decisão, relacionada com a perda do poder económico do indivíduo, a perda dos papéis sociais, a perda do conjugue, entre outras perdas (Sequeira, 2010).

Segundo Spar e La Rue (2005), a participação em papéis sociais são necessários para um envelhecimento bem-sucedido, nesta perspectiva, parece estar relacionado aos sentimentos de autoeficácia e a uma maior satisfação com a vida. O bem-estar subjetivo, a qualidade de vida, e a satisfação de viver derivam, da conservação das relações sociais e da prática de atividades produtivas (Fontaine, 2000). Neste sentido, a pessoas idosas ao serem retirados os seus interesses, familiares, amigos e atividades habituais toda a energia libidinosa posta nestas

relações pessoais e nestes investimentos profissionais sociais e sociais, o indivíduo idoso sente um vazio (Sequeira, 2010).

Na velhice as perdas aceleram-se e as crises tornam-se cada vez mais frequentes e difíceis de ultrapassar (Pimentel, 2002). Desta forma, o sentimento de inutilidade parece instalar-se quando a pessoa idosa não participa em qualquer atividade social produtiva.

No que concerne à redução nas participações sociais nesta faixa etária, salienta-se a implicação da entrada na reforma e consequente perda de atividade laboral. Se por um lado a reforma pode representar “descaço da responsabilidade profissional” por outro lado constitui um fator fundamental de diminuição de laços sociais, o que pode contribuir para o isolamento do idoso (Sequeira 2010). De acordo com Fonseca (2005), o momento da passagem à reforma constitui um processo de transição-adaptação que poderá implicar o aparecimento de alterações do funcionamento com consequências ao nível do bem-estar psicológico e social. Para evitar os sentimentos de inutilidade, vazio, abandono ou solidão, é necessário que a pessoa idosa permaneça ativa no sentido de uma integração social mais satisfatória diminuindo, assim, a dependência e abrandando a evolução do envelhecimento Guillemard (1970,cit in Fontaine, 2000).

Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais das pessoas tendem a mudar com os contextos familiares, de vizinhanças de trabalho entre outros, pois acontecimentos como a mudança de residência ou a reforma modificam certamente estas rede (Paúl e Fonseca, 2005). Assim sendo, as pessoas mais idosas tendem a ter redes sociais mais reduzidas e menos contactos interpessoais, em comparação as mais jovens. Contudo, estas pessoas tendem a investir ativamente nas relações interpessoais, facultando assim, maior valor à família (amigos de longa data irmãos, primos ente outros), uma vez que as relações de confiança e de maior intimidade são bastante relevantes para a manutenção do bem-estar e da saúde mental da pessoa idosa (Spar & La Rue, 2005).

A entrada na idade da reforma, da “terceira idade”, acarreta muitas vezes uma visão unificadora das pessoas idosas, como se estes chegassem a uma etapa do ciclo da vida na qual se desvanecem todas as diversidades individuais e em que se pode menciona-los como um grupo homogéneo de pessoas caracterizados por uma redução das suas capacidades e dos seus recursos sociais e económicos. Neste sentido, o assunto do envelhecimento e a forma como é visto e tratado a pessoa idosa ainda provém dos estereótipos de uma sociedade unicamente fundamentada na produtividade e no engrandecimento da juventude, com extraordinário predomínio dos valores estéticos (Ballone, 2004).

A sociedade, claramente afasta os idosos do processo produtivo, porém, a maioria deles encontra-se funcional, sem limitações e integradas na sociedade (Figueiredo, 2007), pelo que devem ser criados plataformas de envolvimento dos idosos em projetos associados ao prazer ao bem-estar. A existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a uma autoavaliação positiva, a autonomia, uma maior saúde mental e satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento saudável e bem-sucedido (Paúl e Fonseca, 2005).

Recentemente, devido ao progresso científico e da melhoria da qualidade de vida, os idosos da atualidade são paradoxalmente cada vez mais jovens, ou seja mantem-se ativos por um período maior consequentemente são mais independentes e mais saudáveis (Sequeira, 2010). Consentindo, Vaz Serra (2006) relata que o idoso saudável se mostra uma pessoa ativa aplicada nos seus interesses, assim sendo, pouco se distingue do adulto de meia-idade, podendo o envelhecimento converter-se numa época em que se encontram novos aspetos da vida e em que os acontecimentos são examinados numa perspetiva diferente e mais ponderada. De outro lado, a manutenção da atividade está profundamente ligada ao envelhecimento bem-sucedido, através da promoção do bem-estar e funcionalidade do corpo, na medida em que esta tem repercussões ao nível da satisfação pessoal (perceção do desempenho) e promove o sentimento de competência (Figueiredo, 2007).

Assim, torna-se importante concluir que “uma perspetiva do envelhecimento ao longo da vida, onde a qualidade de vida assume uma importância vital, a satisfação e/ou o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido” Neri (1999, cit in Sequeira 2010 p.24).

1.2. Epidemiologia do Envelhecimento

No século XX ocorreu, a nível mundial, uma evolução demográfica, contudo, com ritmos diferentes nos diversos países. Na atualidade, diversos especialistas consideram que o envelhecimento da população é um fenómeno demográfico preocupante e de grande relevância tendo em conta que a nossa população se encontra cada vez mais envelhecida, pelo aumento significativo da esperança média de vida. Este facto leva-nos a uma crescente preocupação em desenvolver conhecimento em prol da melhoria das condições de vida dos idosos de forma a contribuir para um envelhecimento o mais bem-sucedido possível.

À semelhança dos outros países europeus e do mundo, Portugal não foi exceção a essa evolução demográfica. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), Portugal apresentou no último Censos (2011), um índice de envelhecimento demográfico bastante acentuado. Nos últimos 50 anos, a população idosa (indivíduos com mais de 65 anos) duplicou, representado atualmente cerca de 19%, da população total, enquanto que a população jovem (indivíduos com menos de 14 anos) diminuiu, representando apenas 15% da população. Portanto, em 2011, o índice de envelhecimento populacional aumentou para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos. Assim, a percentagem de jovens diminuiu de 16% em 2001, para 15% em 2011, mas a percentagem de idosos aumentou de 16% para 19%, o que indica, que existe atualmente em Portugal mais idosos que crianças/ jovens. Verifica-se assim, que a estrutura etária da população em 2011 acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 1.693.493, em 2001, para 2.010.063. Curiosamente, é também significativa a prevalência de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo etário (42%), evidenciando uma “feminização” do envelhecimento, que tem vindo a ocorrer no nosso país desde 1960.

O índice de longevidade de 2001 a 2011 aumentou de 41 para 48. Deste modo, os ganhos na esperança média de vida da população portuguesa, indicam o aumento da sobrevivência em idades avançadas. A esperança média de vida aos 65 anos tem mantido uma tendência positiva, atingindo 18,75 no período entre 2009-2011.

Para além disso, prevê-se para o ano 2050 um aumento significativo da pirâmide etária, com 35% de pessoas com 65 e mais anos e 14% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Estima-se, ainda, que Portugal será no futuro um dos países da União Europeia (UE) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de jovens (Carrilho & Patrício, 2005).

Segundo Sokolovsky (2009), este aumento representa o avanço da medicina e o desenvolvimento económico sobre as doenças e lesões que limitaram a expectativa de vida humana durante muito tempo. De realidade, esses avanços atingidos até agora aumentaram a expectativa de vida de um número cada vez maior de pessoas idosas (Carrilho e Patrício 2005).

Capítulo II: Espiritualidade e Saúde Mental e Geral – qual a relação?

2.1 Religião e Espiritualidade

Estudos revelam que existe uma certa dificuldade em definir o fenómeno religioso por ser bastante complexo e multidimensional, na medida em que, existem inúmeras definições e significados deste constructo. Mesmo não existindo um consenso definitiva na literatura quanto à distinção do termo religião e espiritualidade, as investigações relacionados com esta temática têm vindo a estudar a religião e a espiritualidade conjuntamente, considerando-os sinónimos (Pinto e Ribeiro 2010). Porém, a literatura refere que são dois conceitos que se sobrepõem, mas também se distinguem. Deste modo, torna-se importante referir o que diferentes autores têm mencionado sobre esses constructos.

Para Mueller, Plevak e Rummans (2001, cit in Pinto e Ribeiro 2007), a religião ou religiosidade está frequentemente associada ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de um sistema religioso. Por sua vez, a espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião (Oliveira, 2012). Pode ser definida como a procura pessoal para respostas compreensíveis, para questões existenciais, sobre significado e de objetivos da vida relacionados com o sagrado ou transcende, que podem ou não levar ou originar o desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (Koenig et al., 2001). Ou seja, a espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião, sendo que, as pessoas podem ter crenças individuais sem se voltar a um Deus ou a crenças e atividades específicas de uma religião (APA, 2008).

Para autores como Pinto e Ribeiro (2010), a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjetiva e enfatiza a vida. Contudo, para Hill e Pargament (2008), a religião não deve ser considerada como algo institucional e a espiritualidade como individual, pois esta é uma visão incompleta, que diminui a importância das duas dimensões que interagem entre si. Para além disso, a religião envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo de pessoas, enquanto a espiritualidade está relacionado com questões sobre o propósito e o significado da vida, com crenças em aspetos espirituais para justificar o seu significados e a sua existência Sead et al., (2003, cit in Guimarães & Avezum, 2007).

Autores como Pinto e Ribeiro (2007) definem espiritualidade como os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes, incluindo um estado de paz, conexão aos outros e as suas crenças sobre significado e o propósito da vida. Para além disso, segundo Worthington, Kurusu e Mc Cullough (1996, cit in Molzahn, 2007), uma pessoa religiosa é aquela que tem crenças religiosas e que valoriza em alguma medida, a religião como instituição; a pessoa espiritual é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de religião institucionalizado.

Relativamente ao conceito de espiritualidade, alvo do nosso estudo, como já verificamos, os autores referem-no como mais abrangente. Netto (2002) define a espiritualidade em três dimensões diferentes, nomeadamente a espiritualidade como participação em uma organização religiosa (conduta objetivo), expressão formal da espiritualidade, a espiritualidade pessoal ou subjetiva (atividade ou planos internos), ou seja, refere-se a uma experiência pessoal e interna emitida em resposta a acontecimentos da vida e a espiritualidade expressada como crença integrativa a dar sentido e significado à existência humana. Como força integrativa entende-se a procura de significado que transcende a pessoa. Assim, tanto é espiritual uma pessoa que tem experiência mística ou uma pessoa não religiosa que busca sentido para a vida, como alguém devota dentro duma religião tradicional (Oliveira, 2012).

Inquéritos realizados nos Estados Unidos consideram a espiritualidade mais importante que a religião (APA, 2008). De mesmo modo, Molzahn, (2007) considera que a espiritualidade é mais inclusiva e abrangente do que a religiosidade, no entanto não separam muito as duas realidades. A complexidade do fenómeno religioso e o desafio conceitual e metodológico constituem alguns obstáculos a ultrapassar no decurso de investigação científica envolvendo esta temática.

Assim, é evidente, que muitos autores comparam a espiritualidade e a religiosidade como formas diferentes de se relacionar com o sagrado, não havendo assim um consenso sobre a sua definição e relação, devido aos diversos significados distintos atribuídos ao termo espiritualidade. Espiritualidade e religião não são conceitos considerados idênticos porém, estão de uma certa forma relacionados, e são frequentemente estudados conjuntamente na maioria das investigações, sobretudo no processo de envelhecimento. Tendo em conta a visão de Pinto e Pais-Ribeiro (2007) de que existem autores que referem que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirmam que a tendência a polarizá-los

não é útil para a pesquisa científica, optamos por considera-los idênticos, apesar de a o nosso estudo incidir sobre o conceito mais abrangente de espiritualidade.

2.2. Religião e Espiritualidade do Idoso

O tema religião e espiritualidade têm sido objeto de crescente interesse na sociedade atual, mesmo entre os psicólogos. Embora durante muito tempo ciência e religião tenham sido consideradas áreas contraditórias, neste milénio verifica-se uma abertura à investigação dos aspetos religiosos envolvidos na vida humana (Sousa, Tillman, Horta & Oliveira, 2004, cit in Veit & Castro, 2013).

O primeiro estudo sobre a religião, espiritualidade e ciência foi desenvolvido em 1916 pelo psicólogo suíço James Leuba, radicado, nos Estados Unidos de América, que realizou um estudo empírico sobre a crença dos cientistas americanos (Ávila, 2007). Deste então, existe um entusiasmo na produção de literatura sobre este tema, sobretudo numa perspetiva psicológica. Tem surgido inúmeras publicações científicas no ramo da medicina, da psicologia e da sociologia, discutindo os mais diversos aspetos relacionados com religiosidade e espiritualidade. Porém, existe ainda uma carência de literatura neste domínio fora de Estados Unidos sobretudo nos países europeus (Guimarães & Avezum, 2007). No entanto, também em Portugal, existem hoje algumas publicações quer sobre a psicologia da religião em geral Barros, 2000, 2006b, 2007b, 2010b; Neto & Ferreira (2004, cit in Oliveira 2012), quer aplicando à terceira idade Barros (2006b, 2007, cit in Oliveira 2012).

Até meados da década de 90 a investigação gerontológica não estudava praticamente a dimensão religiosa e espiritual, apesar de certamente esta dimensão revela ser importante na vida do idoso. Entretanto, com o envelhecimento da população a nível mundial (revolução da longevidade) e o grande interesse que denota por parte da pessoa idosa pela religião e espiritualidade, emergiram inúmeros estudos da religiosidade em relação ao envelhecimento. Assim, tem surgido bibliografias que tentam aproximar religião, espiritualidade e terceira idade (e.g., *Jornal of Religion, Spirituality & Aging* ou *Jornal of Religion Gerontology*).

Tal como foi referido anteriormente, o processo de envelhecimento acarreta uma série de desafios (e.g, biológicos, fisiológicos e psicológicos) que conseqüentemente originam crises existenciais, assim, o processo de envelhecimento exige que a pessoa idosa se adapte às mudanças e perdas que ocorrem nesta fase. Entretanto, estes fenómenos podem ocorrer em todas as fases da vida. No entanto, a terceira idade, é uma fase da vida em que a atenção do

sujeito volta-se para o interior de si, em busca de encontrar sentido e plenitude da vida, sendo assim, é nesta fase que frequentemente surge a necessidade da pessoa idosa encontrar um propósito para sua vida. De facto, perante à adversidade, muitas pessoas saem reforçadas, crescem com a provação, dando um novo sentido à vida, estabelecendo novas prioridades e tornando-se mais capazes de enfrentar situações futuras adversas (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007). Assim, alguns idosos vão desistindo de investir progressivamente nas ligação com o mundo, podendo por outro lado investir na entrega a funções e atividades religiosa (Barros, 2000, cit in Sequeira, 2007). Neste sentido, espiritualidade demonstra a existência de potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar (Netto, 2002). Emerge assim a espiritualidade, como uma dimensão muito importante do ser humano e que o distingue de outros seres vivos (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

A dimensão espiritual abrange questões ligadas à razão de viver e ao significado da vida e sendo caracterizada como uma sensação de paz individual, um pressuposto e uma ligação aos outros (Panzini, Rocha, Bandeira et al., 2007; Henoeh & Danielson, 2009). A espiritualidade, a religiosidade, as crenças, os comportamentos religiosos, práticas devocionais e atividades ligadas a grupos religiosos e de apoio social são meios usualmente encontrados pelos idosos para enfrentar os desafios diários que aparecem diante do processo do envelhecimento (Araújo, Almeida, Cidrack, Queiroz, Pereira & Menescal, 2008). Para além disso, estudos relatam que esses recursos são mais utilizados por idosos principalmente quando se trata de doenças (Oliveira, 2012).

Segundo Pinto e Pais-Ribeiro (2010), a religiosidade/espiritualidade é uma dimensão complexa e multidimensional que agrega aspetos comportamentais (modo como as crenças espirituais são manifestadas e a força do seu estado de espírito), aspetos cognitivos (procura de sentido e significado na vida) e aspetos emocionais (sentimentos de esperança, os afetos, o conforto e o apoio). Assim, muitas pessoas, especialmente as idosas, experimentam uma forte interação entre sua fé religiosa e um senso de espiritualidade.

Para o aperfeiçoamento de uma fé forte e resoluta, a espiritualidade pode dar um suporte necessário para que se possa envelhecer condignamente, vivenciando um envelhecimento saudável e bem-sucedido, a fim de lidar melhor com o sofrimento, os desafios e as transições ao longo da vida (Dalbay, 2006). De mesmo modo, possivelmente, as pessoas idosas que viveram verdadeiramente a sua fé e que acreditam na vida depois da morte vêm a religião como meio de enfrentar as doenças da velhice e como a apoio para enfrentar o desafio que acarreta o fim das suas vidas (Koenig, 1995).

De uma forma resumida, a religião e a espiritualidade são mais prementes em pessoas idosas, visto que, o envelhecimento acarreta questões existenciais que a religião tenta responder (Sommerhalder & Goldstein, 2006). Neste sentido, o estudo da religiosidade/espiritualidade revela-se promissor no futuro, sobretudo no que respeita à população idosa, como verificado neste ponto (Oliveira, 2012).

2.3. Idosos Institucionalizados e a religião

Atualmente assiste-se cada vez mais à institucionalização dos idosos, devido ao acréscimo populacional desta faixa etária e às modificações na estrutura familiar, pois a maioria das famílias de hoje não dispõe de tempo para cuidar dos seus idosos. Assim, a institucionalização do idoso muitas vezes apresenta-se como a única opção para a família, frente à falta de disponibilidade do suporte familiar, psicológico e financeiro que o mesmo necessita. Porém, existem inúmeras razões para a institucionalização de uma pessoa idoso (Cardão 2009).

Para Fonseca (2010), isso pode acontecer porque ao longo do processo de envelhecimento, o desenvolvimento psicológico está sujeito a um conjunto de adaptações individuais face às alterações do *self*, conseqüente de mudanças sociais, relações interpessoais, familiares, cognitivas, emocionais, corporais, alterações profissionais e na própria composição habitacional que leva a institucionalização do idoso.

Segundo Pimentel (2005), os principais fatores de institucionalização dos idosos, podem ser: o sucessivo envelhecimento da população, a mobilidade geográfica, aliado às condições da estrutura familiar, ou seja, a família de hoje já não garante a proteção dos seus membros mais velhos até ao fim da sua vida, a morte do cônjuge do idoso e conseqüentemente a habituação de viver sozinho, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições destes, a degradação e a vulnerabilidade das condições de habitação do idoso, o facto dos alternativos de proximidade serem insuficientes para garantir a manutenção dos idosos no seu domicílio e o receio que lhe aconteça algo e não esteja ninguém por perto para o socorrer.

Segundo Cardão (2009), a institucionalização pode ser compreendida como um duplo processo, por um lado pode perceber-se como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente

institucional, por outro lado como um recurso a serviços de internamento do idoso em casas de repouso ou lares, onde recebe assistência.

A institucionalização tanto pode significar, os efeitos observados nos idosos que são integrados na instituição, como pode significar o ato ou efeito de institucionalizar, Ferreira (2002, cit in Oliveira, 2012). No processo de institucionalização o idoso é confrontado com uma realidade totalmente nova e com a qual pode não ser capaz de lidar Lemos (2005 cit in Oliveira, 2012).

Autores como Paúl (1998) e Fernandes (2000) referem que o processo de institucionalização é vivido e sentido pelo idoso de uma forma angustiante difícil, envolvendo grandes perdas, nomeadamente, perdas psíquicas, físicas, relacionais, e sociais que talvez aceleram o processo do envelhecimento. Do mesmo modo, Cardão (2009) acrescenta também que a institucionalização é sempre um momento difícil, contudo, não é encarada da mesma forma para todos, pois o sentimento de perda é variável em função da pessoa da sua história de vida e da sua capacidade de fazer face às situações. Ou seja, cada idoso vivencia a sua institucionalização de uma forma única e distinta.

Segundo Bayle (2000, cit in Cardão, 2009), para alguns idosos enfrentar a institucionalização é ter de lidar com medo, angústia e desconfiança, proporcionado pelo sentimento de mudança, na medida em que o idoso tem que lidar com medo de ser maltratado, do desrespeito pela integridade física e psicológica, do abandono familiar, dos novos colegas, dos funcionários e da perda de liberdade.

Deste modo, verifica-se que institucionalização, geralmente acarreta perigos e riscos que podem influenciar negativamente na vivência do num lar. Assim, Fernandes (2000) apresenta, no seu estudo sobre essa temática, que existem diversos fatores que contribuem para esse impacto negativo, nomeadamente, a perda de responsabilidade por decisões pessoais, a falta de privacidade, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, o tratamento massificado e de forma igual para todos, as rotinas rígidas, a ausências de estimulação intelectual e da realização de atividades físicas. Estes são conjuntos de fatores que podem contribuir para a perda de interesse por si e pelos outros e a diminuição da autoestima, causando conseqüentemente a diminuição de respostas emocionais, uma regressão e desintegração social e dependências excessiva. A par dessas perdas, incluindo perda de capacidade funcional e a dependência excessiva, que caracteriza as pessoas idosas institucionalizadas, constatamos que a desvinculação do seu meio social e familiar, ao deparar-se com uma nova realidade habitacional, leva também a sentimentos de abandono e

solidão Oliveira (2006, cit in Carvalho & Dias, 2011). Assim, a pessoa sente-se, frequentemente, inconformada e vivência sentimentos de solidão (Pais, 2006). O sentimento de solidão e o isolamento social em contexto institucional acentuam uma série de perdas que provocam muitas vezes, a renúncia da própria vida (Netto, 2002). Neste sentido, recordando a importância da frase citada por Cardão (2009), podemos afirmar que neste processo “se a pessoa idosa nunca antes se encontrou face a face com a realidade de sua finitude, é agora, no espaço e no seu tempo institucional, que se voltará, para os fantasmas da morte, sentidos cada vez mais próximos”.

É nesta fase, que a espiritualidade parece ter uma dimensão central na vida de uma grande parte das pessoas idosas institucionalizados. Pois a religiosidade/espiritualidade, são estratégias que os idosos utilizam em seu quotidiano, no sentido de procuram apoio nas situações *stressantes*, relacionadas à finitude, contexto socioeconómico, distância da família, diante dos problemas de saúde comuns do dia-dia e a própria institucionalização (Vitorino & Vianna, 2012), parecendo assim contribuir definitivamente para atenuar os problemas da velhice, nomeadamente a redução da sensação de perda de controlo, de esperança entre outros.

É também neste sentido que surge a importância de avaliarmos a influência da espiritualidade na saúde destes idosos institucionalizados, especialmente a sua saúde mental. Assim, no próximo tópico será apresentado o constructo de saúde mental e geral nos idosos para posteriormente salientarmos a relação entre este constructo e a espiritualidade.

2.4. Saúde Física e Mental nos Idosos

A definição de saúde mais comumente utilizada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que afirma que a saúde “não é apenas a ausência de doença ou de enfermidades, mas é também o completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 2001b, p.3). Para além disso, Cabaço (1995, cit in Bernardo, 1988), define que a saúde física e mental são o produto de uma adaptação à esfera humana nas dimensões biológica, psicológica e social, devendo ser abordadas como um todo.

Alguns estudos na área da medicina comportamental e das neurociências e divulgam que o funcionamento físico esta inteiramente ligado ao funcionamento mental. (WHO, 2001b). Neste sentido, a saúde mental é intrínseca à saúde em geral e assim sendo, é indissociável à saúde física (WHO, 2001b).

As dificuldades de saúde mental, social e comportamental afetam o bem-estar e o próprio comportamento, de modo que patologias tais como ansiedade, depressão e doenças do coração são prevalentes e difíceis de ultrapassar (WHO, 2005). Os estudos relatam que estas mesmas patologias se têm observado sobretudo na população idosa. Isso provavelmente acontece devido ao crescimento percentual dos números de pessoas idosas nos países desenvolvidos que põs em evidência a problemática relacionada como o envelhecimento (Fonseca, 2006), bem como ao facto de todas as implicações que acarreta o processo de envelhecimento, já referidas anteriormente.

No que se refere a este aumento mencionado constatamos que o mesmo se deve, essencialmente, aos avanços tecnológicos e científicos que promovem melhores condições de saúde, trabalho, alimentação e higiene, resultando num aumento da esperança média de vida (Areosa e Areosa 2008). Porém, também conduziu ao surgimento de inúmeras patologias associadas ao envelhecimento (Villa 2005, cit in Sequeira 2007).

As doenças de que os idosos padecem atualmente, geralmente, são múltiplas e crónicas, Ministério da Saúde (2003, cit in Andrade, 2009). Assim, de acordo com Spar e La Rue, (2005), na sociedade atual verifica-se que a maioria das pessoas idosas (mais de 65 anos de idade) apresenta pelo menos uma doença crónica do foro médico, sendo que muitas delas têm vários problemas comórbidos. Segundo o mesmo autor, as pessoas idosas são frequentemente mais afetadas por diversas doenças (e.g., problemas ortopédicos, hipertensão, problemas cardíacos, défice auditivo ou visual).

Assim, verifica-se que o envelhecimento acarreta consigo um risco de disfunções e vulnerabilidade acrescidas. Estes riscos podem estar associados ao próprio envelhecimento em si, que é tido como um conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, é, assim, caracterizado por diversas alterações do organismo a nível biológico ou psicológico, em função do tempo (Fontaine, 2000). Essas alterações provocam diminuição das funções orgânicas, interferem na capacidade funcional dos idosos dificultando assim toda a sua vida. Ou seja, este declínio desenvolvido influencia diretamente a saúde dos idosos, pois esta fase da vida implica maior risco em adquirir doenças.

Pode-se assim, dizer que a velhice é um fenómeno natural, porém leva a um aumento da fragilidade e da vulnerabilidade. A fragilidade é uma síndrome biológica muito comum nas pessoas idosas, reconhecida pela redução da reserva em múltiplos sistemas orgânicos (Ahamed, Madel & Fain 2007).

De acordo com Paúl (2005), o processo de envelhecimento não é uma doença, mas predispõe à doença, pela alteração de resistência, pois afeta de modo diferente as funções dos tecidos. Em geral, o declínio é mais lento no tecido nervoso e mais rápido nos tecidos elásticos (aparelho circulatório, respiratório, entre outros). Deste modo, o corpo muda de e sofre alterações funcionais. É importante ter a noção de que a separação entre a doença e o envelhecimento é difícil, se não impossível, uma vez que são processos que cursam em simultâneo e com influências mútuas (Pinto & Botelho, 2007).

Para Paúl e Fonseca (2005), verifica-se em inúmeras investigações de diferentes patologias, que geralmente os idosos apresentam maior probabilidade de morrer com passar do tempo e repercussão de uma doença, que os adultos jovens. De acordo com Sequeira, (2010) as alterações corporais na pessoa idosa têm repercussões psicológicas, que se convertem na mudança de atitudes e comportamentos, pois o envelhecimento é um processo dinâmico e complexo.

No que concerne a saúde mental, os idosos estão sujeitos ao aparecimento de perturbações mentais tal como acontece em outras idades. No entanto, como a pessoa idosa se encontra numa situação de perdas contínuas nomeadamente perdas do estatuto profissional, a diminuição do suporte sociofamiliar, algumas alterações físicas, entre outras, estes podem transformar-se em fatores que podem contribuir para aparecimento de perturbações de saúde mental (Salgueiro, 2007).

De acordo com Spar e La Rue, (2005), alguns estados são especialmente preocupantes nesta população, quer devido ao aumento da sua prevalência, quer devido à sua elevada morbidade. Segundo Regier e colaboradores (1988, cit in Spar & La Rue, 2005) pelo menos 12% dos idosos apresentam perturbações mentais diagnosticáveis, sendo que para Spar e La Rue (2005) os défices cognitivos (e.g. demência), a depressão e as perturbações de adaptação (e.g. luto, ida para um lar) são os problemas mais comumente vistos nesta população.

Nos Estados Unidos, a taxa de suicídio entre os indivíduos com 65 anos ou mais é maior do que qualquer outro grupo etário, sobretudo para homens que compõem 85% desses suicídios. Na verdade, a saúde mental está intimamente ligada ao processo de envelhecimento, pois o envelhecimento esta intimamente ligado aumento nos sintomas depressivos e perda do senso de controlo Mirowsky & Reynolds (200, cit in Mc Farland 2009).

No entanto, a saúde mental também pode refletir-se na restante saúde, estando na origem de problemas graves. Cerca de 80% das doenças graves têm origem no meio ambiente e psicológica e só 20% das doenças têm origem genética (Lima, 2010).

2.5. Envolvimento religioso e Saúde Física e Mental

As práticas e crenças religiosas são predominantes em vários países do mundo, apesar de uma forma distinta (Hill & Pargament, 2008). Contudo, pesquisas nesta área, apontam maiores níveis de religiosidade nos Estados Unidos e menores em países europeus, contudo, ainda assim significativo (Halman & Draulans, 2006).

Em Portugal, os resultados de um estudo representativo da população europeia, mostra que 85% da população refere que “acreditam em Deus”, cerca de 12% acreditam que “existe alguma forma de espírito ou força da vida” e cerca de 6% não acreditam que “existe alguma força divina, Deus ou força vital” (European Commission, 2005). Ainda, segundo os Censos (2011), 81% da população portuguesa são católicos, conferindo, por isso, a Igreja Católica uma considerável influência junto da sociedade, embora essa realidade tenha mudado progressivamente nos últimos anos.

Como já referido anteriormente, o interesse sobre a religião sempre existiu na história da humanidade, contudo, apenas recentemente a ciência, sobretudo os psicólogos, têm demonstrado interesse em investigar o tema, especialmente no estudo da sua relação com a saúde em geral. Assim, em 1960 surgiram as primeiras revistas científicas a debater esta temática, nomeadamente, *Journal of Religion and Health* (Peres, et al. 2007 cit. in Sequeira 2007).

Em 1998, OMS admitiu a importância da dimensão da religiosidade/espiritualidade como sendo fundamental na definição de saúde, através da correlação positiva, comprovada em publicações recentes, entre religiosidade/espiritualidade, quer seja em sua dimensão de saúde física, social ou mental.

Nos Estados Unidos foram publicados, no século XX, na área de psiquiatria e psicologia cerca de 850 estudos que relacionaram espiritualidade/religiosidade e saúde mental (Moreira-Almeida, Guimarães & Avezum, 2007). Deste modo, a maioria desses resultados sugere que a religiosidade promove maior estabilidade no matrimónio, maior satisfação de vida e bem-estar, maior esperança e otimismo, maior senso de propósito e significado de vida, e menor depressão e ansiedade (Fleck, 2008).

Ainda nos Estados Unidos, autores como Propest (1992), Azhar e colaboradores (1995), Pargament (1997) & Berry (2002, cit in Fleck, 2008) realizaram estudos sobre a religiosidade em amostras específicas (e.g., doenças psicológicas e físicas graves) e apresentaram a pertinência quanto à investigação do impacto dessas práticas na saúde física e mental. Dada a pertinência de estudos neste âmbito, as publicações sobre espiritualidade/religiosidade e saúde aumentaram consideravelmente, tendo vindo a demonstrar ter cada vez mais relevância (Koenig, 2005) e indicam, assim, que o envolvimento religioso, geralmente, está associado com a saúde física e mental, influenciando positivamente os resultados em saúde geral (Koenig, 2007).

De mesmo modo, autores como Koenig, McCullough e Larson (2001) também analisaram essa associação positiva entre o envolvimento religioso e a saúde física e mental, tendo apresentado um estudo em que conferiram investigações publicadas, num total de 724 estudos neste século. No resultado desse levantamento, 75 % destes estudos demonstraram relação positiva entre atividade religiosa e melhor saúde mental, confirmando ainda que os sujeitos com maior envolvimento religioso apresentam também maiores níveis de bem-estar, senso de propósito, satisfação com a vida, significado de vida, otimismo, esperança e menores níveis de ansiedade, depressão e abuso de substâncias. Ainda, segundo estes autores existem quatro razões para a associação entre o envolvimento religioso e saúde, nomeadamente as crenças religiosas podem auxiliar uma visão do mundo que atribui sentido positivo ou negativo às experiências, as crenças também operam como agentes de controlo social, estruturando comportamento socialmente aceitáveis, as práticas religiosas ou crenças podem provocar emoções positivas e a religião em si encerra um conjunto de cerimónias que ajudam a enfrentar as fases de transições de vida (e.g., adolescência, casamento e morte) (Koenig, 2001b).

Mueller e colaboradores (2001, cit in Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski & Laranjeira 2010), também conferiram estudos publicados e analisaram a referida relação entre envolvimento religioso/espiritualidade e saúde física e mental. A maioria dos estudos analisados por este autor apontam que envolvimento religioso e espiritualidade estão associados com melhores índices de saúde física e mental, incluindo maior longevidade, ou seja, os níveis mais elevados da participação religiosa estão associados com maior bem-estar e saúde.

Ainda mais recentemente, Koenig, (2006) verificou os mesmos tipos de estudos, envolvendo religião e a espiritualidade relacionadas com saúde mental nos idosos, concluindo

assim que a religiosidade/espiritualidade ajuda a pessoa a confrontar-se com o *stress* e outras resistências da vida, contribuindo assim para uma melhor saúde física e sobretudo mental.

Outros estudos nesta área relacionaram a espiritualidade/religiosidade com a taxa de mortalidade em pacientes com doenças cardiovasculares e concluíram que indivíduos com práticas religiosas tinham menor taxa de mortalidade Hummer et al., (1999; Jaffe et al., 2005, cit in Guimarães & Avezum, 2007).

Colantonio e colaboradores (1992, cit in Guimarães & Avezum, 2007) realizaram um estudo empírico avaliando os fatores preditores psicossociais para acidente vascular cerebral (AVC), relacionando-os com outras doenças crônicas e hábitos de vida e verificaram que pessoas com práticas religiosas semanais têm maior proteção de doenças cardiovasculares, pois a religiosidade/espiritualidade promove o controle da ansiedade.

Também Hoffmann e colaboradores (2006), no seu estudo sobre “Repercussões Psicossociais, Apoio Social e Bem-Estar Espiritual em mulheres com Cancro da Mama”, notaram que as pessoas que haviam pensado em desistir do tratamento eram aquelas que apresentavam maior nível da crença religiosa e esperança declarando acreditar mais num ser divino para a sua cura do que na própria equipa médica.

Num estudo realizado por Saldanha e colaboradores (2004) com idosos, relacionando a espiritualidade com a visão de vida e morte, verificou-se que o envolvimento religioso e ter uma devoção individual têm um efeito indireto de satisfação dos idosos e que estes comportamentos fortalecem a crença e as visões de mundo, de vida e morte.

Como constatado, têm sido publicado centenas de estudos empíricos, investigando as relações entre envolvimento religioso/ espiritualidade e a saúde em geral. Esses estudos frequentemente apontam uma relação positiva entre a espiritualidade e melhor saúde física e mental (Guimarães & Avezum 2007). Para além disso, vários estudos salientam, a importância de se ter em conta diferentes variáveis, como a idade o género, o tipo de religião em causa, raça, entre outros, contudo, neste estudo só verifica a idade e o género.

McFarland (2009) desenvolveu um estudo longitudinal, com propósito de investigar como a relação entre o envolvimento religioso e saúde mental nos idosos, varia por género. Os resultados desse estudo confirmam uma serie de argumentos, sobretudo, a existência de indícios suficientes disponíveis para afirmar que o envolvimento religioso habitualmente está associado a melhor saúde física e mental verificando-se ainda que o interesse para envolver-se nas atividades religiosas é mais premente quanto se trata de pessoas idosas, principalmente, quando a morte se aproxima. Os resultados sugerem ainda que os homens com elevado nível

de envolvimento religioso apresentam melhores benefícios de saúde mental de que as mulheres com elevado nível de envolvimento religioso. As mulheres com nível mais elevados de envolvimento religioso têm também nível mais elevados de saúde mental de que aquelas que apresentam níveis moderados ou baixos de envolvimento religioso. Por fim, os homens com níveis muito alto de envolvimento religioso, tendem a ter níveis mais elevados de saúde mental, de que todos os outros homens. Nesse caso, todos resultados aponta que as pessoas com maiores níveis de envolvimento religioso apresentam os níveis mais elevados de saúde mental.

Acrescenta-se que vários estudos realizados nos Estados Unidos têm encontrado uma associação positiva entre envolvimento religioso com género feminino e maior idade (Moreira-Almeida & col. 2010). Ainda neste âmbito, foi realizado por Wink & Dillon (2002, cit in Oliveira, 2012), um estudo longitudinais sobre o desenvolvimento espiritual ao longo de arco de vida adulta, onde constatarem um crescimento significativo na dimensão espiritual desde a adustez média à velhice, sobretudo nas mulheres. Igualmente, o resultado de um dos estudos da psicologia da religião revela que as mulheres geralmente são mais religiosas que os homens.

A nível nacional existem também algumas publicações relacionando religiosidade/espiritualidade com saúde física e mental, como por exemplo Pinto e Pais-Ribeiro (2007) que afirmam a existenciais de bibliografia refletindo que as crenças espirituais/religiosas, mesmo que não relacionadas a uma entidade ou a uma religião específica, fornecem mecanismos de adaptação a eventos stressantes como doença grave. Esses mesmos autores realizaram um estudo, numa amostra de 426 sujeitos sobreviventes de cancro. Os resultados apontaram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da espiritualidade e as variáveis sociodemográficas e clínicas, onde o género feminino evidenciou maior espiritualidade e as pessoas mais velhas mais crenças, tal como aquelas com menor escolaridade. Verificou-se ainda, que com o passar do tempo, após o fim dos tratamentos, a dimensão espiritual/religiosa sofre um decréscimo. Deste modo, esses mesmos autores afirmam que o envolvimento religioso e a espiritualidade são reconhecidos como componentes essenciais de uma prática holística, podendo ter um impacto significativo na saúde. Do mesmo modo, Neto (2002) confirma que as mulheres são mais religiosas que os homens, tanto no que se refere à frequência da igreja como à leitura da Bíblia.

Para além dos estudos já referidos tendo em conta a relação da espiritualidade com a saúde mental e física e com os fatores sociodemográficos, os estudos têm também

identificado a espiritualidade como uma possível estratégia de *coping* utilizada pelos idosos, e não só. De forma apenas a contextualizar, o *coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante, ou seja, são as tentativas elaboradas pelos indivíduos para preservar a sua saúde mental e física em circunstâncias adversas Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Straub, (2005, cit in Veit & Castro, 2013). Deste modo, quando uma pessoa vivencia acontecimentos considerados estressantes, as práticas e crenças religiosas podem apresenta-se como forma específica de *coping* e parecem suscitar implicações diretas na saúde.

De acordo com Pargament (1997, cit in Veit & Castro, 2013), o *coping* religioso pode ser entendido como o uso da fé, religião ou espiritualidade na administração das situações estressante ou nos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida. Segundo Koenig (2008), frequentemente, as pessoas dependem de suas crenças e práticas religiosas para lidar com as adversidades da vida, sendo que essas servem de apoio para estimular a tomada de decisões e facilitar o processo de *coping*. O *coping* religioso tem como principais objetivos a busca de significado, o controle, o conforto espiritual, a intimidade com Deus e com os outros, a transformação de vida e o bem-estar físico, psicológico e emocional Pargament, Tarakeshwar, Ellison, & Wulff, (2001; cit in Veit & Castro, 2013).

Assim, da análise dos resultados destes estudos, constatamos que já existem várias investigações que se centram nesta temática e que de facto a maioria confirma a relação positiva entre a espiritualidade e a saúde mental e física, de forma até mesmo a evitar as doenças ou a ensinar a confrontarem-se com elas. Em síntese e de acordo com a literatura, pode-se afirmar que o envolvimento religioso está relacionado com melhor saúde física e mental entre os idosos e ainda pode ser uma estratégia de *coping* adequada encontrada por eles para enfrentar melhor os fatores de *stress* peculiares ao envelhecimento, como perdas e declínio (Oliveira, 2012).

Neste sentido e após a revisão da literatura, será elaborado o estudo empírico desta dissertação de forma a dar resposta aos objetivos deste estudo e contribuir para o aprofundamento do conhecimento nesta área.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O estudo empírico pretende analisar e descrever a relação entre a prática religiosa e a saúde mental e geral nos idosos institucionalizados.

Neste sentido, no primeiro capítulo será apresentada a metodologia de investigação, no segundo capítulo serão apresentados os resultados estatísticos obtidos e no terceiro será exposta a discussão dos resultados, e por fim, no quarto capítulo serão apresentadas a conclusão, as limitações do estudo bem com as implicações futuras.

1. Metodologia

Neste ponto descreve-se a metodologia utilizada na realização do presente estudo, apresentando os objetivos da investigação, as variáveis em estudo, procedimentos de recolha de dados e apresentação da amostra, incluindo a caracterização sociodemográfica e clínica da mesma. Posteriormente, apresenta-se o material e instrumentos utilizados neste estudo, bem como as suas características psicométricas. Por fim, são apresentados os procedimentos de análise de dados.

1.1. Objetivos e *design* do estudo

O objetivo geral do presente estudo passa por analisar a relação entre a espiritualidade e a saúde geral e saúde mental do idoso institucionalizado, ou seja, avaliar como a espiritualidade pode ter repercussões ao nível da saúde mental e geral, neste caso, nos idosos institucionalizados. Proveniente do objetivo geral do presente estudo, apresenta-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar a amostra com base nas variáveis sociodemográficas (género, idade, estado civil, habilitação literárias, religião, práticas religiosas situação profissional atual); avaliar a espiritualidade na amostra em estudo; avaliar os níveis de saúde mental, tendo em conta a sintomatologia, e saúde geral; analisar a relação, entre a espiritualidade a saúde mental e geral e analisar a variação da espiritualidade e saúde mental e geral em função das variáveis sociodemográficas.

Trata-se de um estudo quantitativo, na medida em tem como base as regras de lógicas, da dedução racional e nas características mensuráveis da experiência dos participantes (Almeida & Freire, 2007). Para além disso, este estudo é do tipo observacional, descritivo e correlacional, uma vez que se pretende descrever as variáveis em estudo e compreender a relação entre as mesmas, e transversal, tendo em conta que a recolha da dados ocorreu apenas num momento. No que concerne ao *design* do estudo, este foi entre sujeitos (*between subjects*) na medida em que todos os elementos da amostra passaram pela mesma avaliação.

1.2. Variáveis do Estudo

Com base na revisão bibliográfica e nos objetivos de investigação anteriormente apresentados, foram selecionadas as seguintes variáveis:

Variáveis sociodemográficas (VSs): O *Questionário Sociodemográfico* (cf. anexo I) abrange variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra. Assim, as variáveis consideradas pertinente para esse estudo foram as seguintes: género, idade, estado civil, grau de instrução/escolaridade, religião, práticas religiosas e a última profissão exercida.

Variáveis Dependentes VDs: Nesta investigação, as variáveis dependentes (VDs) são a saúde mental e a saúde geral. A variável dependente saúde mental incorporará VDs específicas tais como: grau de stresse, instabilidade mental, queixas sintomáticas, sintomas de somatização, obsessão compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Na variável dependente saúde geral, as VDs específicas são: Função física; desempenho físico; dor física; saúde geral; vitalidade; desempenho emocional; saúde mental; função social e transição (obtidas através MOS SF-36v2).

Variável Independente (VI): Neste estudo a variável espiritualidade é considerada independente pelo facto de pretendermos avaliar a sua influência na saúde mental e geral dos idosos. Para além disso, possui dois domínios: crenças e optimismo/esperança.

1.3. Procedimento e Recolha de Dados

Com a finalidade de efetuar a recolha de dados na referida instituição, foi elaborado um pedido escrito dirigido ao senhor Provedor da Santa Casa de Misericórdia de modo a obter autorização necessária para recolha de dados (cf. Anexo I). Foram também constatados os autores e responsável pelos instrumentos de avaliação escolhidos, para autorizarem o seu uso (cf. Anexo VII). A estes pedidos foi anexada uma breve descrição do projeto de investigação, sendo posteriormente aprovadas. No contato inicial, foram cumpridos todos os requisitos éticos e deontológicos através da informação acerca da natureza da investigação, o propósito de confidencialidade e anonimato para garantir uma participação livre e informada dos participantes, seguindo-se as assinaturas do consentimento informado (cf. Anexo II). Por fim, iniciou-se a recolha de dados, tendo a aplicação dos instrumentos iniciado sempre com o *Questionário Sociodemográfica* com finalidade de fazer a caracterização da amostra (cf. Anexo III). Após isso, administrou-se a *Escala de Avaliação da Espiritualidade* (EE) (cf. Anexo VI), seguidamente o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) (cf. Anexo V) e por fim, o *Short-Form Health Survey* (SF-36v2) (cf. Anexo IV). A aplicação desses

instrumentos foi de caráter individual, teve uma duração entre 15 a 20 minutos para cada participante.

1.4. Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 55 idosos institucionalizados. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência, cujos critérios de inclusão foram: utentes institucionalizados na Santa Casa de Misericórdia de Braga (SCMB), nomeadamente valência de Nossa Senhora de Misericórdia, D. Diogo de Sousa e Nevarte Gulbenkian; os participantes apresentarem *insight* e juízo crítico; não apresentar condições psicopatológicas comórbidas que possam enviesar os resultados (variáveis parasitas) e aceitar participar de forma voluntária.

1.4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra total

Com base nos dados recolhidos no questionário sociodemográfico, apresenta-se a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Neste sentido, pode-se verificar no quadro 1 que a amostra final deste estudo, é constituída por 55 sujeitos institucionalizados (N= 55), sendo que a maior parte dos sujeitos (n=41) pertencem ao género feminino, correspondendo a 74.5%, e apenas 25.5 % (n=14) dos sujeitos pertencem ao género masculino. A idade dos sujeitos varia entre 55 anos (mínimo) e 99 anos (máximo), com uma média de idade de 80.31anos (DP=9.07).

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maior parte dos sujeitos são viúvos 60% (n=33), apenas 7.3 % (n=4) dos sujeitos são casados, 27.3% (n=15) são solteiros e 5.5% (n=3), são divorciados. No que concerne ao grau de instrução/escolaridade, 54,5% (n=30) são analfabetos correspondendo à maioria dos sujeitos, 20% (n= 11) sabem ler e escrever, 7.3% (n=4) têm o ensino básico, 7.3% (n=4) têm ciclo preparatório, 10.9% (n=6) têm ensino secundário e nenhum dos sujeitos têm o ensino superior. Quanto à última profissão exercida, a maior parte dos participantes da amostra total, 54.5% (n=30) foram domésticas, 7.3% (n=4) agricultor, 1.8% (n=1) auxiliar de ação médica, 1.8% (n=1) barbeiro, 1.8% (n=1) cabeleireiro, 1.8% (n=1) carpinteiro, 5.5% (n=3) comerciante, 5.5% (n=3) costureiro, 1.8% (n=1) enfermeira, 7.3% (n=4) funcionário público, 3.6% (n=2) padeiro, 3.6% (n=2) pedreiro, 1.8% (n=1) professora e 1.8% (n=1) sapateiro.

Relativamente à religião, 98.2% (n=54) ou seja, quase a totalidade dos sujeitos afirmaram ser praticante da religião católica e apenas 1.8% (n=1) afirma ser praticante da outra religião, sendo que 47.3% (n=26) dos participantes têm uma frequência à prática religiosa “todos os dias, 7.3%” (n=4) “mais de uma vez por semana”, 23.6% (n=13) “uma vez por semana”, 1.8% (n=1) “uma a três vezes por mês” e 20.0% (n=11) “apenas em casamentos, batizados funerais ou nunca”.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra total (N=55)

Variável Sociodemográficas	n	%	M	DP	Mín.	Max.
Idade	55		80.31	9.067	55	99
Género						
Masculino	14	25.5				
Feminino	41	74.5				
Estado Civil						
Solteiro	15	27.3				
Casado	4	7.3				
Divorciado	3	5.5				
Viúvo	33	60.0				
Escolaridade						
Analfabeto	30	54.5				
Sabe ler e escrever	11	20.0				
Ensino Básico	4	7.3				
Ciclo Preparatório	4	7.3				
Secundário	6	10.9				
Religião						
Católica	54	98.2				
Outro	1	1.8				
Última Profissão exercida						
Agricultor	4	7.3				
Auxiliar de ação médica	1	1.8				
Barbeiro	1	1.8				
Cabeleireiro	1	1.8				
Carpinteiro	1	1.8				
Comerciante	3	5.5				
Costureiro	3	5.5				
Doméstica	30	54.5				
Enfermeira	1	1.8				
Funcionário público	4	7.3				
Padeiro	2	3.6				
Pedreiro	2	3.6				
Professora	1	1.8				
Sapateiro	1	1.8				
Prática Religiosa						
Todos os dias	26	47.3				
Mais que uma vez por semana	4	7.3				
Uma vez por semana	13	23.6				
Uma a três vezes por mês	1	1.8				
Apenas em casam/bapt/e fun/nunca	11	20.0				

1.5. Instrumentos

No presente estudo, foram aplicados três instrumentos selecionados com base nos objetivos do estudo, as hipóteses delineadas e as características da amostra. Todos os instrumentos estão aferidos para a população portuguesa e possuem reconhecida validade psicométrica, daí apenas ser estudada a fidelidade dos mesmos no nosso estudo. Em seguida, será realizada a descrição dos instrumentos e análise da consistência interna para a amostra deste estudo através do coeficiente do alfa de *Cronbach*.

1.5.1. Questionário sociodemográfico

Trata-se de um questionário elaborado especificamente para os objetivos desse estudo, com pretensão de recolher um conjunto de informações relativas às variáveis demográficas, considerados pertinentes à caracterização da amostra, já analisada anteriormente.

O questionário é constituído por um conjunto de questões de identificações, nomeadamente a idade, o género, o nível de escolaridade, última profissão exercida religião e prática religiosa.

1.5.2. Escala de Avaliação da Espiritualidade

A escala foi utilizada para a “avaliação da espiritualidade” e construída por Pinto e Ribeiro (2007), a partir de um estudo em que se identificaram variáveis psicossociais relacionada à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro.

Esse instrumento nasceu da necessidade de avaliar esta dimensão em contextos de saúde. É uma escala com origem na combinação da análise do constructo teórico, dos itens da dimensão espiritual do *Quality of Life - Cancer survivor QOL - CS*, da sub-escala da espiritualidade do instrumento da *World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)*, e de dados clínicos resultantes das entrevistas com doentes oncológicos (Pinto & Ribeiro 2007). Trata-se de uma escala simples e pequena, de apenas cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com as crenças espirituais e religiosas como suporte para atribuição de significado à vida. Assim, as questões

centram-se na dimensão espiritual focalizadas na atribuição de sentido/significado da vida, sendo que as duas primeiras, nomeadamente “As minhas crenças espirituais/ religiosas dão sentido à minha vida” e “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”, estão relacionadas com as crenças na espiritualidade. As questões que se segue têm subjacente a construção da esperança e de uma perspectiva de vida positiva., sendo elas “Vejo o futuro com esperança”; “Sinto que a minha vida mudou para melhor” e “Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida”. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de quatro pontos e podem variar entre o “não concordo” e “concordo plenamente”.

Assim, da análise fatorial resultaram duas subescalas: uma constituída por dois itens que se referem a uma dimensão vertical da espiritualidade, a que denominamos “crenças” e outra constituída por três itens que se referem a uma dimensão horizontal da espiritualidade, tendo sido denominada “esperança/optimismo”.

A cotação de cada uma das subescalas é feita através da média dos itens, quanto maior o valor obtido em cada item, maior a concordância com a dimensão avaliada. Da análise da fiabilidade, observou-se que escala de avaliação da espiritualidade na sua versão original (Pinto & Ribeiro, 2007) apresenta uma boa consistência interna para a dimensão crença ($\alpha=.92$), para a dimensão esperança/optimismo ($\alpha=.69$) e para a escala global com uma consistência interna de .74.

1.5.2.1. Características psicométricas da Escala de Avaliação de espiritualidade na amostra em estudo

A análise das características psicométricas da referida escala incidiu na avaliação da sua fidelidade, através do cálculo da alfa de *Cronbach*, no sentido de analisar a sua consistência interna. Assim, tal como o resultado da escala de avaliação da espiritualidade na sua versão original (Pinto & Ribeiro, 2007), no presente estudo a análise do alfa de *Cronbach* permitiu-nos verificar também uma elevada consistência interna do instrumento na amostra utilizada, sendo que o valor do alfa obtido foi .97, verificado no quadro 2. A consistência interna para dimensão crença o valor .99 evidencia uma boa consistência interna, mais elevada que o valor obtido na validação do instrumento. Do mesmo modo, o resultado na dimensão esperança/optimismo evidencia uma boa fidelidade ($\alpha=.97$), bastante superior ao encontrado no estudo de validação. Deste modo, em geral, considera-se que a escala tem uma boa consistência interna.

Quadro 2. Resultado da avaliação da consistência interna EE (N=55).

Itens	Subescalas	Correlação item com total da escala	Alfa se o item for eliminado	Alpha de Cronbach
Item 1	Crenças	.899	.959	.986
Item 2		.885	.962	
Item 3	Esperança/ Optimismo	.892	.961	.970
Item 4		.932	.954	
Item 5		.914	.957	
Total				.967

1.5.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos: *Brief Symptom Inventory* (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* - BSI) é um instrumento de autorresposta que avalia sintomas psicopatológicos em populações com ou sem perturbação mental (Canavarro, 1999). Trata-se de uma versão reduzida do SCL-90-R (*Symptom Check-List*), desenvolvida por Derogatis (1982, cit in Canavarro, 1999), o qual verificou que apenas cinco ou seis itens de cada dimensão do SCL-90-R seriam o suficiente para apontar a presença de sintomatologia psicológica no indivíduo. Assim, esse instrumento foi validado e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999).

Este instrumento é um inventário composto por 53 itens em que os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana. Esta escala é indicada para doentes de foro psiquiátrico, perturbados emocionalmente ou pessoas da população em geral. É uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, em que as respostas podem variar entre zero (“Nunca”) e quatro (“Muitíssimas vezes”).

Trata-se de uma escala que tem a finalidade de avaliar os sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Assim, faz-se a cotação e interpretação das nove dimensões, nomeadamente, Somatização, distresse psicológico relacionada disfunções corporais (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); Obsessões-Compulsões, impulsos e comportamentos que indivíduo percebe como persistente e irresistível e aos quais não possui controlo (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), Sensibilidade Interpessoal, centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, especialmente a comparação com outras pessoas (itens 20, 21, 22, 42); Depressão, sintomas do quadro depressivo, nomeadamente, de afetos, humor disfórico, perda de energia vital, entre outros (9, 16, 17, 18,

35, 50); Ansiedade, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, nomeadamente, nervosismo, pânico tensão, entre outros (1,12,19,38,45,49); Hostilidade, inclui emoções cognições e comportamentos tais como, cólera, irritação e aborrecimento (itens 6, 13, 40, 41, 46); Ansiedade Fóbica, centra-se nas manifestações do comportamento fóbico tais como, fobias e agorafobias (itens 8, 28, 31, 43, 47); Ideação Paranoide, comportamento paranoide, o individuo manifesta o funcionamento cognitivo perturbado (itens 4, 10, 24, 48, 51); Psicoticismo, enquadra sintomas de psicose (itens 3, 14, 34, 44 e 53). Contudo, quatro dos itens deste inventário não pertencem a nenhuma das dimensões descritas mas são indicadores vegetativos importantes (itens 11, 25, 39 e 52). Ainda existem os três índices globais que complementam o inventário, nomeadamente o Índice Geral de Sintomas (IGS), referente à sintomatologia atual ou passada e a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivos (TSP), indica o número de sintomas alcançado e o Índice de Sintomas Positivos (ISP), referente a média da intensidade dos sintomas (Canavarro, 1999).

De acordo com Dorogatis (1993), o alfa *Cronbach*, das nove dimensões clinicas, encontra-se entre .71 (dimensão Psicoticismo) e .81 (dimensão Depressão), Sendo que não existe medida de fiabilidade para os três índices globais. A análise fatorial confirmou que as correlações entre BSI e o SCL-R-90 eram de .90 a .99.

No que concerne às características psicométricas do referido instrumento, o resultado dos estudos psicométrico efetuados na versão portuguesa por (Canavarro, 1999), revelaram que a escala apresenta valores adequados de consistência interna para as nove dimensões, com valores de alfa entre .62, no Psicoticismo, e .80, na Somatização e coeficientes testes-reateses entre .63 e .81, sendo que o valor médio foi de .85 (DP=0.34) no IGS, 26.99 (DP=11.72) no TSP e 26.99 (DP=1.72) no ISP. Assim, o ponto de corte para separar os indivíduos emocionalmente perturbados da população geral foi de 1.7. Deste modo, o instrumento oferece boa fidelidade, heterogeneidade, estabilidade temporal, validade preditiva e capacidade discriminativa indicando propriedades métricas adequadas (Canavarro, 1999).

1.5.3.1. Características psicométricas do *Bref Symptom Inventory* (BSI) para amostra em estudo

Sendo que o Inventário de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) na sua versão original (Canavarro, 1999) apresenta uma boa consistência interna para as nove dimensões clinica, com valores de entre .78 e .92, é possível verificar, pela análise do quadro 3, que, de

igual forma, no presente estudo a análise do alfa de *cronbach* permitiu-nos evidenciar uma elevada consistência interna do instrumento nas nove dimensões clínicas da amostra utilizada ($\alpha=.98$).

Relativamente à análise da fiabilidade das subescalas do instrumento, verifica-se pela análise do mesmo quadro que no que concerne à subescala somatização, este indica uma boa consistência interna, sendo que apresenta um valor elevado de alfa de Cronbach ($\alpha=.92$), pois o valor obtido é superior ao valor verificado no processo de validação e adaptação do instrumento a população portuguesa ($\alpha=.80$), realizado por (Canavarro, 1999).

No que concerne à subescala obsessões-compulsões, a consistência interna é boa, de acordo com o valor esperado de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.88$), sendo este valor superior ao obtido quando da validação do BSI ($\alpha=.77$).

Relativamente à subescala sensibilidade-interpessoal, a consistência interna é boa, de acordo com o valor esperado de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.88$), sendo este valor superior ao obtido quando da validação do inventário ($\alpha=.76$).

Quanto à subescala depressão, os resultados apresentados permitem concluir que este apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.89$), também superior ao valor verificado no estudo de validação ($\alpha=.73$).

Para a subescala ansiedade, verifica-se uma boa consistência interna, de acordo com o valor esperado de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.82$), sendo este valor superior ao obtido quando da validação do inventário ($\alpha=.77$).

No que refere à subescala hostilidade, observa-se uma boa consistência interna, de acordo com o valor esperado de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.85$), sendo este valor superior ao obtido quando da validação do instrumento ($\alpha=.76$).

Quanto à subescala ansiedade-fóbica, é possível constatar uma boa consistência interna, de acordo com o valor esperado de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.78$), sendo este valor superior ao obtido quando da validação do instrumento ($\alpha=.62$).

Relativamente à subescala ideiação-paranoide, a consistência interna é boa, de acordo com o valor de alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.88$), é superior ao valor verificado quando no processo da validação do inventário ($\alpha=.72$) para a população portuguesa.

Por fim, no que refere à subescala psicoticismo, de igual modo, os resultados apresentados permitem concluir que este apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* obtido ($\alpha=.85$), também superior ao valor verificado no estudo de validação do BSI ($\alpha=.62$).

Quadro 3. Resultado da avaliação da consistência interna BSI (N=55)

Escala	Alfa de Cronbach
Somatização	.922
Obsessões-compulsões	.878
Sensibilidade Interpessoal	.858
Depressão	.890
Ansiedade	.815
Hostilidade	.851
Ansiedade Fóbica	.780
Ideação Paranoide	.875
Psicoticismo	.854
Total	.981

1.5.4. Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36): Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36, v2: Versão Portuguesa)

Por último utilizou-se ainda o *Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Survey* (MOS SF-36), questionário construído por Ware e Sherbourne (1992), versão portuguesa do Questionário de avaliação do Estado de Saúde (MOS SF-36,v2). Foi traduzido e validado por Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ferreira, 1998).

Trata-se de um instrumento de avaliação da saúde com 36 itens, que engloba a saúde tal como a OMS a define, tendo em conta o bem-estar físico, mental e social. O SF-36, v2 se divide em duas grandes componentes. A componente mental representada pelos itens de avaliação dos aspetos sociais, vitalidade, aspetos emocionais e saúde mental, e a componente física, composta pelos itens de avaliação funcional, aspetos físicos, dor e estado geral de saúde (Ferreira, 2000).

Estas componentes subdividem-se por oito subescalas, que avaliam as seguintes dimensões do estado de saúde mais importante, quer em termos positivos quer em termos negativos, nomeadamente, Funcionamento físico, (FF) mede a limitações de papéis decorrentes de problemas físicos (itens, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i e 3j); Desempenho Físico (DF), avalia as limitações físicas, em termos do tipo e qualidade de trabalho executado (itens, 4a, 4b, 4c, e 4d); Dor Física (DF), mede a intensidade e o desconforto causado pela dor e forma que esta interfere nas atividades normais (itens, 7e 8); Saúde Mental (SM), analisa questões

ligado à perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais bem como ao bem-estar psicológico (itens, 9b, 9c, 9d, 9f e 9h); Desempenho Emocional (DE), examina as limitações emocionais, e, termos do tipo e qualidade de trabalho executado (itens, 5a, 5b e 5c); Funcionamento Social (FS), avalia a qualidade e a quantidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas atividades (itens, 6 e 10); Vitalidade (VT), analisa os níveis de anergia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar (itens 9a, 9e, 9g, e 9i); Saúde Geral (SG), mede a percepção da saúde global, incluindo saúde atual, resistência à doença e a aparência saudável (itens 1, 11a, 11b, 11c, e 11d); Transição da Saúde (TS) não constitui por si só uma dimensão, a resposta do indivíduo a este item informa acerca da percepção da mudança da sua saúde tendo como referencia o que acontecia mais ou menos, há um ano atrás (item 2) (Ferreira, 2000).

Os itens e dimensões desse instrumento são cotados de forma para que à nota mais elevada equivalha uma melhor percepção do estado de saúde. A cotação de alguns itens inclui a transformação (itens 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, e 11d), o cálculo das notas das dimensões somando os itens que pertencem à mesma dimensão (notas brutas das dimensões) e a transformação das notas brutas numa escala de 0 a 100 (Ferreira, 2000). Ou seja, os resultados distribuem-se por uma escala de zero a cem, onde um resultado elevado indica um melhor estado de saúde.

As respostas são dadas segundo escalas tipo *Likert* com um número de opções. É considerado como um instrumento de medição facilmente aplicável aos vários grupos etários com ou sem doença em diferentes contextos, nomeadamente, prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde.

O perfil obtido permite uma avaliação multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem-estar.

1.5.4.1. Características psicométricas do *Short-Form Health Survey* (MOS SF-36) para amostra em estudo

O total do questionário revela uma boa consistência interna, tendo-se verificado um alfa de *Cronbach* de .72 (quadro 4). Porém, da análise da consistência interna das subescalas, constatamos que três destas apresentam valores de alfa muito reduzidos e, por este motivo, tendo em conta que não podemos considerar a fiabilidade dos resultados posteriormente nestas subescalas, as mesmas serão eliminadas (saúde geral $\alpha=.08$, dor corporal $\alpha=-.329$, e

vitalidade $\alpha=.350$). O valor do alfa de *Cronbach* nas restantes escalas varia entre .65 (funcionamento social) e .95 (funcionamento físico), o que evidencia uma boa consistência interna. Salienta-se ainda que a subescala transição saúde não foi analisada pelo facto de ser composta apenas por um item.

Quadro 4. Resultado da avaliação da consistência interna SF-36 (N=55)

Subescalas	Alfa de <i>Cronbach</i>
Funcionamento Físico	.947
Desempenho Físico	.933
Dor Corporal	.320
Saúde Mental	.740
Desempenho Emocional	.934
Funcionamento Social	.646
Vitalidade	.350
Saúde Geral	.084
Total	.723

1.6. Procedimentos de análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado através do *software* IBM® SPSS® (IBM - Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0) através de procedimentos de análise diferenciados na caracterização da amostra e nas análises exploratórias.

A análise descritiva dos dados incidiu sobre as frequências absolutas (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio padrão (DP) e os valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Assim, para análise das características sociodemográficas foram usados os testes de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências.

No estudo exploratório foram elaborados testes de normalidade (*Kolmogorov-Smirnov*), homogeneidade da variância (teste de *Levene*) e foi, ainda, analisada a assimetria e curtose. Constatamos que não existe normalidade da distribuição em todas as variáveis em estudo. Assim, não estando cumpridos os pressupostos para estatística paramétrica, foram utilizados testes não paramétricos

Na análise inferencial dos dados foram realizados os testes de correlação de *Spearman* e o teste de comparação de grupos *Mann-Whitney*, para análise de género, e *Kruskal-Wallis*, para análise da variação em função do estado civil e da escolaridade. Salienta-se que estas variáveis foram categorizadas de forma a poderem ser cumpridos todos os princípios de estatística.

No que diz respeito à análise das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados no nosso estudo, foram elaborados testes para análise da consistência interna dos mesmos, sendo analisado o alfa de *Cronbach*.

Nos resultados do teste de hipótese, o limite inferior de nível de significância estatístico adotado foi de $p \leq 0.05$ (grau de confiança de 95%), foram considerados significativo e valores de significância superiores 5% e iguais ou inferior a 10%, foram considerados marginalmente significativos ($0.05 < p \leq 0.10$).

2. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo serão descritos os resultados das análises estatísticas efetuadas, sendo salientados os mais relevantes e com maiores implicações para este estudo, nomeadamente da análise descritiva dos instrumentos utilizados e das associações e variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas. Os dados foram organizados de forma a dar resposta aos objetivos do estudo. Deste modo, inicialmente serão relatados os resultados descritivos obtidos nos diferentes instrumentos. Posteriormente, serão apresentados os resultados das associações entre as variáveis e da variação dos resultados segundo as variáveis sociodemográficas.

2.1. A Espiritualidade dos Idosos Institucionalizados da Amostra em Estudo

Com o propósito de caracterizar a variável espiritualidade nos idosos institucionalizados na amostra em estudo, foram observados os resultados obtidos através do instrumento aplicado – EE. A análise descritiva indica uma pontuação média de 3.16 (DP=.805), nas subescalas de crenças, sendo a resposta mínima encontrada foi 1 e a máxima foi 4. O que significa que os participantes atribuem grande importância à dimensão vertical da espiritualidade, refugiando-se na fé e na relação com o transcendente para superar os desafios do dia-dia.

Relativamente às subescalas optimismo/esperança, a média aferida foi de 2.10 (DP=.809), com o valor da resposta mínima de 1 e máxima de 3. Através deste resultado, conclui-se que os participantes deste estudo conseguem perspetivar o futuro com alguma esperança e tendem a revelar uma perspetiva positiva da vida, apesar, que os resultados

obtidos nesta subescala de espiritualidade revelam-se menos expressivos do que na subescalas de crenças.

No quadro 5 expõe-se os resultados da análise descritiva obtidos, no total da amostra.

Quadro 5. Resultados descritivos da EE e escala para amostra total (N=55)

	M	DP	Mínimo	Máximo
Crença	3.16	.805	1	4
Esperança/Optimismo	2.10	.809	1	3

2.2. Saúde Mental dos Idosos Institucionalizados na amostra em estudo

Relativamente aos resultados obtidos através do BSI no total da amostra é possível observar que para a dimensão somatização na amostra total verificou-se uma média de 1.17 (DP=1.26). Para a dimensão depressão na amostra total verificou-se uma média de 1.18 (DP=1.13). Para a dimensão sensibilidade interpessoal na amostra total verificou-se uma média de .80 (DP=1.02). Para a dimensão obsessões-compulsões na amostra total verificou-se uma média de 1.36 (DP=1.07) Para a dimensão ansiedade na amostra total verificou-se uma média de .95 (DP=.90). Para a dimensão hostilidade na amostra total verificou-se uma média de .75 (DP=.94). Para dimensão ansiedade fóbica na amostra total verificou-se uma média de .65 (DP=.87). Para a dimensão ideação paranoide na amostra total verificou-se uma média de 1.08 (DP=1.14). Para a dimensão psicoticíssimo na amostra total verificou-se uma média de .94 (DP=1.10). Assim sendo, pode-se designar que os participantes da amostra não possuem problemas psicopatológicos, revelando saúde mental.

Relativamente à análise dos resultados do IGS, TSP e ISP constatamos que apenas a média do TSP se encontra abaixo dos valores de referência para uma população não clínica (TSP – M=22.7, DP=15.32 – valores referência M=26.99, DP=11.72). O IGS (M=1.01, DP=.94) e o ISP (M=2.06, DP=.80) encontram-se superiores à média para uma população não clínica (valores de referência IGS – M=0.84; DP=.05; ISP – M=1.56; DP=0.39). Porém, nenhum destes se encontra superior aos valores de referência médios apresentados para uma população clínica (valores de referência ISG – M=1.40, DP=.71; TSP – M=37.35, DP=12.17; ISP – M=2.11, DP=.60). Acrescenta-se, ainda, que a média do IGS é bastante inferior ao ponto de corte 1.7. Estes dados indicam que a amostra é constituída por sujeitos que pertencem à população portuguesa em geral, sem perturbação mental. A média obtida no IGS

e no TSP também revelam que se trata de uma amostra sem elevados níveis de stresse e com poucas queixas de sintomas psicopatológicos.

No quadro que se segue (6), encontram-se expostos os resultados da análise descritiva obtidos, no total da amostra.

Quadro 6. Resultados descritivos do BSI e suas dimensões para amostra total (N=55)

	M	DP	Min	max
Somatização	1.17	1.26	0	4
Obsessões-compulsões	1.36	1.07	0	4
Sensibilidade Interpessoal	.80	1.02	0	4
Depressão	1.18	1.13	0	4
Ansiedade	.95	.90	0	3
Hostilidade	.75	.94	0	3
Ansiedade Fóbica	.65	.87	0	3
Ideação Paranoide	1.08	1.14	0	4
Psicoticismo	.94	1.10	0	4
IGS	1.01	.94	0	3.09
TSP	22.7	15.32	0	53
ISP	2.06	.80	1	3.63

2.3. Saúde geral dos idosos institucionalizados na amostra em estudo

Apesar de as subescalas dor corporal, vitalidade e saúde geral terem sido eliminadas devido aos seus baixos resultados na análise da consistência interna do instrumento, na estatística descritiva do instrumento serão apresentadas estas mesmas subescalas. Porém, as mesmas não serão incluídas posteriormente na análise da correlação e variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas.

Os resultados da análise descritiva dos valores obtidos pelo SF-36 estão expostos no quadro 7. Os resultados demonstram que os idosos institucionalizados que compuseram a amostra apresentam resultados mais favoráveis e indicadores de saúde nas dimensões desempenho emocional (M=3.67; DP=1.35), funcionamento social (M=3.67; DP=1.13) e dor corporal (M=3.66; DP=1.03). Por sua vez, as subescalas onde os idosos apresentam índices menos elevados de saúde são a saúde mental (M=1.99; DP=.68) e o funcionamento físico (M=2.07; DP=.67).

Quadro 7- Resultados descritivos do SF-36 e suas dimensões para amostra total (N=55)

	M	DP	min	max
Funcionamento Físico	2,07	,666	1	3
Desempenho Físico	2,92	1,257	1	5
Dor Corporal	3,66	1,032	2	6
Saúde Mental	1,99	,680	1	4
Desempenho Emocional	3,67	1,352	1	5
Funcionamento Social	3,67	1,127	1	5
Vitalidade	3,24	,492	2	4
Saúde Geral	2,92	,468	2	5
Transição Saúde	3,29	,737	2	5

2.4. Associação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral dos idosos

Da análise do resultado da associação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral, podemos constatar, pela análise do quadro 8, que a espiritualidade se associa de forma estatisticamente significativa, negativa, com as dimensões que avaliam a doença mental, quer na dimensão crenças: somatização ($r=-.70$; $p=.00$), obsessões-compulsões ($r=-.56$; $p=.00$), sensibilidade interpessoal ($r=-.50$; $p=.00$), depressão ($r=-.67$; $p=.00$), ansiedade ($r=-.55$; $p=.00$), hostilidade ($r=-.53$; $p=.00$), ansiedade fóbica ($r=-.48$; $p=.00$), ideação paranoide ($r=-.62$; $p=.00$) e psicoticismo ($r=-.59$; $p=.00$), quer na dimensão esperança/optimismo: somatização ($r=-.72$; $p=.00$), obsessões-compulsões ($r=-.70$; $p=.00$), sensibilidade interpessoal ($r=-.59$; $p=.00$), depressão ($r=-.72$; $p=.00$), ansiedade ($r=-.58$; $p=.00$), hostilidade ($r=-.66$; $p=.00$), ansiedade fóbica ($r=-.43$; $p=.00$), ideação paranoide ($r=-.66$; $p=.00$) e psicoticismo ($r=-.58$; $p=.00$).

Assim, estes dados indicam que quanta mais elevada a dimensão espiritual menor a indicação de problemas de saúde mental. Assim, podemos verificar que todas as dimensões do BSI se associam de forma significativa e negativa com as dimensões crenças e esperança/optimismo da espiritualidade, indicando que quanto mais elevada a espiritualidade nos idosos menor é a sintomatologia psicopatológica, sendo esta um indicador de uma melhor saúde mental.

No que respeita aos domínios do questionário de avaliação da saúde em geral, constatamos que a espiritualidade apenas se associa significativamente, de forma positiva, com a função social, tanto nas crenças ($r=.29$; $p=.04$) como na esperança/optimismo ($r=.27$; $p=.04$), o que nos indica que quanto mais elevada a espiritualidade para estes idosos maior o seu funcionamento social, o contacto com a família e os amigos.

Quadro 8. Resultados da associação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral (N=55)

	Crenças	Esperança/optimismo
Somatização	-.696***	-.718***
Obsessões-compulsões	-.564***	-.696***
Sensibilidade Interpessoal	-.502***	-.587***
Depressão	-.672***	-.722***
Ansiedade	-.552***	-.580***
Hostilidade	-.530***	-.658***
Ansiedade Fóbica	-.475***	-.430***
Ideação Paranoide	-.622***	-.664***
Psicoticismo	-.588***	-.582***
Função Física	.090	-.058
Desempenho Físico	.060	.026
Saúde Mental	-.112	-.097
Desempenho Emocional	.117	.176
Função Social	.285*	.273*
Transição saúde	.049	.024

2.5. Variação dos resultados em função das variáveis sociodemográficas

Neste ponto será analisada a variação dos resultados da espiritualidade dos idosos em função do género, da idade, do estado civil e da escolaridade. Neste sentido, as variáveis idade (menos de 80 e 80 ou mais anos), estado civil (solteiros, casados/divorciados e viúvos) e escolaridade (analfabetos, sabe ler e escrever, ensino básico/preparatório) foram utilizadas reagrupadas de forma a conseguirmos obter dados mais fidedignos.

2.5.1. Variação dos resultados em função do género

Os resultados da comparação entre homens e mulheres no que concerne à espiritualidade demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, nas duas dimensões, crenças ($z=-4.24$; $p=.00$) e esperança/optimismo ($z=-4.84$; $p=.00$), sendo mais elevados os resultados de ambas no sexo feminino (quadro 9). Estes resultados indicam que as mulheres apresentam valores bastante superiores de espiritualidade comparativamente com os homens.

Quadro 9 - Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (participantes femininos e masculino) relativamente à espiritualidade

	Feminino (n=41) <i>Mean Rank</i>	Masculino (n=14) <i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Crenças	33.05	13.21	-4.243	.000
Esperança/optimismo	33.90	10.71	-4.843	.000

2.5.2. Variação dos resultados em função da idade

Os resultados da comparação entre os idosos mais velhos e mais novos, no que concerne à espiritualidade, indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apenas na dimensão crenças ($z=-3.35$; $p=.00$), sendo os resultados mais elevados nos idosos com mais idade (quadro 10). Estes resultados indicam que os idosos mais velhos apresentam mais crenças na espiritualidade comparativamente com os mais novos.

Quadro 10 - Resultados do teste de *U Mann Whitney* na comparação de grupos (por idade) relativamente à espiritualidade

	<80 (n=24) <i>Mean Rank</i>	≥80 (n=31) <i>Mean Rank</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Crenças	20.25	34.00	-3.349	.001
Esperança/optimismo	23.83	31.23	-1.758	.079

2.5.3. Variação dos resultados em função do estado civil

Da análise dos resultados da comparação de grupos tendo em conta o estado civil, não se observou diferenças estatisticamente significativas ao nível da espiritualidade, ou seja, não podemos afirmar que o estado civil seja um dos fatores que influencia a maior ou menor crença na espiritualidade e a esperança/ optimismo (quadro 11).

Quadro 11 - Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos (por estado civil) relativamente à espiritualidade

	Solteiro (n=15) <i>Mean Rank</i>	Casado/divorciado (n=7) <i>Mean Rank</i>	Viúvo (n=33) <i>Mean Rank</i>	χ^2	<i>p</i>
Crenças	24.63	26.07	29.94	1.404	.50
Esperança/optimismo	26.67	25.36	29.17	.504	.78

2.5.4. Variação dos resultados em função da escolaridade

Da análise dos resultados da comparação de grupos tendo em conta a escolaridade, constatamos diferenças significativas ao nível das crenças na espiritualidade ($\chi^2=8.35$; $p=.02$), que se apresentam mais elevadas naqueles que não frequentaram a escola mas sabem ler e escrever (quadro 12). Estes resultados podem indicar que quanto menos escolaridade maior a crença na espiritualidade.

Quadro 12 - Resultados do teste de *Kruskal-Wallis* na comparação de grupos (por estado escolaridade) relativamente à espiritualidade

	Analfabeto (n=30)	Sabe ler/ escrever (n=11)	Ensino básico/ preparatório (n=8)	χ^2	p
	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Mean Rank</i>		
Crenças	21.98	35.32	22.13	8.347	.015
Esperança/otimismo	23.80	31.05	21.19	2.962	.227

3. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados, apresenta-se neste capítulo a discussão dos resultados apresentados anteriormente, pretendendo articula-los com o enquadramento teórico. A discussão dos resultados será efetuada pela ordem de apresentação dos mesmos de forma a facilitar a sua leitura e compreensão.

Relativamente aos dados descritos da nossa amostra no que concerne à espiritualidade, verificamos que estamos perante idosos com resultados elevados na dimensão crenças, o que indica que os mesmos acreditam que a espiritualidade dá sentido à sua vida e força nos momentos mais difíceis. Para além disso, demonstram que conseguem perspetivar o futuro com alguma esperança e tendem a revelar uma perspetiva positiva da vida, apesar de os resultados da dimensão esperança/otimismo serem um pouco mais baixos do que a anterior. Estes dados indicam-nos que os idosos parecem não ter uma esperança muito elevada no futuro mas assumem que a espiritualidade os motiva e dá forças para as suas vidas. Estes resultados vão de encontro ao que abordamos na revisão da literatura pelo facto de compreendermos que o processo de envelhecimento, bem como o processo de institucionalização, são acompanhados de uma série de repercussões no idoso, levantando uma série de questões existenciais (Sommerhalder & Goldstein, 2006). Deste modo, a própria

espiritualidade apresenta-se aqui como uma estratégia que o idoso utiliza no seu cotidiano no sentido de buscar apoio nas situações *stressantes*, relacionadas à finitude, distância da família, contexto socioeconómico, diante dos problemas de saúde comuns do dia-dia e a própria institucionalização (Vitorino & Vianna, 2012).

No que concerne aos resultados da análise da saúde mental, constatamos que estamos perante uma população de idosos que na sua maioria não apresenta sintomatologia psicopatológica, nem elevados níveis de *stress* ou de queixas. Porém, verificamos desde logo que os valores médios, apesar de não serem indicadores de problemas mentais, são já superiores à média de referência para a população “normal”. Tal como verificamos na literatura, os idosos estão mais sujeitos ao aparecimento de perturbações mentais devido a uma série de implicações do próprio processo de envelhecimento e institucionalização, como diminuição do suporte sociofamiliar, perdas do estatuto profissional e até económico e algum declínio físico, estes podem constituir-se como fatores que podem contribuir para aparecimento de perturbações de saúde mental (Salgueiro, 2007). É previsível que com o avançar da idade os idosos venham a apresentar mais problemas mentais, ansiedade, depressão e demências, tal como refere a OMS (2005).

Por sua vez, no que concerne à saúde em geral, verificamos que os mesmos evidenciam melhores resultados ao nível do desempenho emocional, do funcionamento social e dor corporal (não apresentam queixas de dores), indicando que os seus problemas de saúde não afetam estas dimensões do seu dia-a-dia. Contudo, apresentam indicadores de menos saúde ao nível da saúde mental e do funcionamento físico, indicando que apresentam dificuldades em tarefas que requerem esforço físico e que se têm sentido mais deprimidos, com pouca energia ou nervosos. Estes resultados são indicadores de que os idosos, apesar de sentirem algumas limitações físicas e emocionais não deixam de fazer as suas atividades diárias e estar com a família e amigos, mantendo a sua vida social.

Relativamente aos resultados da associação entre a espiritualidade com a saúde mental, constatamos que todas as dimensões avaliadas pelo BSI se associam com as duas dimensões do questionário da espiritualidade, crenças e esperança/optimismo, de forma significativa negativa. Assim, estes dados indicam que quanto mais elevada a dimensão espiritual menor a indicação de problemas de saúde mental, ou seja, os idosos apresentam menor sintomatologia psicopatológica quando têm mais crenças na espiritualidade e esperança e optimismo no futuro. Estes resultados vão de encontro aos dados da literatura que têm apontado no sentido de uma associação entre a espiritualidade e saúde mental. Têm sido

vários os estudos que demonstram esta associação. Nos Estados Unidos foram publicados, no século XX, na área de psiquiatria 850 estudos que relacionaram espiritualidade/religiosidade e saúde mental (Moreira-Almeida, Guimarães & Avezum, 2007), que sugeriam que a religiosidade promove maior satisfação de vida e bem-estar, maior senso de propósito e significado de vida, maior esperança e otimismo, maior estabilidade no matrimónio, menor ansiedade e depressão (Fleck, 2008). Também Koenig, McCullough e Larson (2001) demonstraram relação positiva entre atividade religiosa e melhor saúde mental, confirmando os dados do estudo anterior. Ainda mais recentemente, Koenig, (2006) verificou os mesmos tipos de estudos, envolvendo religião e a espiritualidade relacionadas com saúde mental nos idosos, concluindo assim que a religiosidade/espiritualidade ajuda a pessoa a confrontar-se com o *stress* e outras resistências da vida, contribuindo assim para uma melhor saúde física e sobretudo mental. Para além destes, uma série de outros estudos como os de Mueller e outros (2001, cit in Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski & Laranjeira 2010) e Hummer e outros 1999, Jaffe et al., (2005, cit in Guimarães & Avezum, 2007) constatarem a associação positiva entre a espiritualidade e uma melhor saúde mental.

Por outro lado, da associação entre a espiritualidade e a saúde geral, apenas apuramos associações estatisticamente significativas, positivas, entre as duas dimensões da espiritualidade, crenças e esperança/ otimismo, com a função social. Estes resultados parecem indicar que quanto mais elevada a dimensão espiritual nestes idosos maior o contacto social com familiares e/ou amigos. Estes resultados corroboram também em parte uma série de estudos que comprovaram a associação entre espiritualidade e saúde geral. Porém, apenas apuramos associação com o funcionamento social. Os resultados vão de encontro ao que afirmam, Puchasli (2001), Ellermann e Reed (2001) Oliveira (2008), quando afirmam que transcendência vivenciada através das experiências espirituais é um preditor importante da saúde mental e bem-estar e da qualidade de vida.

Relativamente à variação dos resultados da espiritualidade em função das variáveis sociodemográficas, constatamos diferenças significativas ao nível do género nas crenças e esperança/otimismo, sendo mais elevadas ambas nas mulheres. Estes resultados vão de encontro à literatura que aponta que as mulheres geralmente são mais religiosas que os homens McFarland, 2009; Moreira-Almeida, Wink & Dillon (2002, cit in Oliveira, 2012). A maioria dos estudos, principalmente nos Estados Unidos, tem demonstrado um crescimento significativo na dimensão espiritual desde a adultez média à velhice, sobretudo nas mulheres Wink & Dillon (2002, cit in Oliveira, 2012). Do mesmo modo, Neto (2002) confirma que

mulheres são mais religiosas que os homens, tanto no que se refere à frequência da igreja como à leitura da Bíblia.

Para além disso, apuramos diferenças significativas na dimensão crenças tendo em conta a idade, sendo que os participantes mais velhos apresentam resultados mais elevados. Também estes dados acabam por corroborar em parte alguma da literatura, apesar de ainda não haver muitos dados no que concerne à variação da espiritualidade em função da idade. Porém, estudos já afirmam que a espiritualidade tende a acentuar-se com a idade, aumentando assim a dimensão espiritual em idades mais avançadas Wink & Dillon (2002, cit in Oliveira, 2012).

Ao nível da variação dos resultados em função do estado civil, não foram encontradas diferenças significativas entre os participantes e também não encontramos evidências na literatura que fundamentem ou justifiquem estes resultados ou contraditórios.

Por fim, constatamos diferenças estatisticamente significativas ao nível das crenças na espiritualidade tendo em conta a escolaridade, sendo que os inquiridos que apenas sabem ler e escrever e não frequentaram a escola apresentam resultados mais elevados. Apenas se evidenciou num estudo de Silva (2012) resultados similares, ou seja, as pessoas idosas que apresentavam mais experiências espirituais e religiosas eram aquelas que tinham apenas o 1º ciclo completo.

Os resultados apresentados e discutidos apresentam-se como significativos no âmbito da temática em estudo e devem continuar a ser alvo de novos estudos aprofundados.

4. Conclusão, Limitações do Estudo e Implicações Futuras

Por último, considera-se pertinente concluir mencionando os aspetos considerados mais significativos do presente estudo, bem como algumas limitações e implicações futuras.

A realização deste estudo na área da Psicologia Clínica e da Saúde revela-se de extrema importância pelo facto de ser um tema ainda pouco investigado, pelo aumento contínuo da população idosa e implicação da espiritualidade no quotidiano, para esta faixa etária.

Os resultados, de uma forma geral, permitem-nos concluir que esta é uma população que acredita que a espiritualidade traz mais sentido à sua vida e futuro, não parece apresentar

sintomatologia psicopatológica grave e parece não deixar que as dificuldades físicas e problemas emocionais interfiram nas suas relações sociais.

Ao par destes resultados descritivos, compreendemos, pela associação significativa entre a espiritualidade e a saúde mental e geral, que as pessoas com uma maior crença na espiritualidade e esperança e otimismo no futuro apresentam menor sintomatologia psicopatológica e um melhor funcionamento social.

Por último, relativamente aos resultados da variação da espiritualidade em função das variáveis sociodemográficas, apuramos que as mulheres apresentam maior crença na espiritualidade e esperança/otimismo no futuro e na sua vida; os idosos com mais idade apresentam mais crenças na espiritualidade; não existem diferenças ao nível do estado civil e aqueles que não frequentaram a escola mas sabem ler e escrever apresentam maior crença na espiritualidade.

Estes resultados corroboram, de uma forma geral, os dados da literatura. Para além disso, apresentam-se como importantes nesta área de investigação uma vez que em Portugal ainda se verifica uma escassez de estudos sobre a temática. Para além disso, foram cumpridos os objetivos deste estudo e esperamos que o mesmo seja útil para ao compreendermos aquilo que dá sentido à vida destes idosos possamos proporcionar cada vez mais bem-estar, saúde e um processo de envelhecimento bem-sucedido.

É de salientar, que deparou-se com algumas limitações ao longo da realização deste estudo. Inicialmente, a dificuldade de encontrar bibliografia em português, relacionada com o tema em estudo. A amostra é reduzida, o que não nos permite fazer uma generalização dos resultados para esta população em geral. Além disso, a maior dos participantes da amostra é do género feminino. Ainda outro dos fatores que pode ter limitado o estudo foi o facto de a amostra ser uma amostra por convivência, não sendo representativa da população e o facto de a recolha ter ocorrido num único momento, impossibilitando a avaliação da variação da resposta das participantes ao longo do tempo. Sendo que este estudo é transversal e correlacional não foi possível estabelecer diretamente a causalidade. Acrescenta-se ainda, o facto de os instrumentos serem de autorrelato, o que pode ter limitado as respostas das participantes. Ainda nos instrumentos, a baixa fidelidade de algumas das dimensões do questionário de avaliação da saúde. Por fim, é importante referir que esses tipos de instrumentos são sujeitos a erros de desejabilidade social e de interpretação.

Para estudos futuros, sugere-se o aumento do tamanho da amostra, a realização da recolha dos dados seja em mais instituições distintas geograficamente, bem como uma recolha

aleatória. Assim sendo, são necessários mais estudos de natureza longitudinal de forma a compreender e avaliar melhor este assunto. Além disso, sugere-se também, a análise mais perspicaz das estratégias utilizadas para o combater os problemas que acarreta os processo de envelhecimento, de forma a conseguirmos desenvolver programas de intervenção cada vez mais eficazes e direcionados, de forma a promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar nos idosos.

Para finalizar, não se pode deixar de mencionar, que trata-se de uma temática pouco abordada a nível nacional, assim espera-se, que este estudo bem como a reflexão acerca dos resultados obtidos, possam constituir um ponto de referência para despertar mais curiosidades e para futuras investigações, reforçando, assim os resultados e as conclusões obtidas no presente estudo.

Referências Bibliográficas

- Ahmed, N; Mandel, & Fain, M. J. (2007). Frailty: An emerging geriatric syndrome. *The American Journal of Medicine*. Disponível em: <http://linkinguhubelservior.com/retrieve/pii/5002934306012605>. (Acedida em 20/11/2012).
- American Psychiatry Association (2008), *Psychology of Religion and Spirituality*. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer> (Acedida em 10/11/2012).
- Andrade, F.M., M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MestradoFernanda%20Andrade-Vers%C3%93final.pdf>. (Acedida em: 20/03/2013).
- Areosa, S., V., C. & Areosa, A., L. (2008). Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revista Textos e contextos Porto Alegre*, 7 (1), 138-150.
- Ávila, A. (2007). *Para conhecer a psicologia da religião*. São Paulo: Edições Loyola.
- Ballone, G.J. (2004). *Transtornos Emocionais no Envelhecimento*. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=65&sec=16>. (Acedida em: 24/10/2012).
- Bernardo, O.P.F. (1988). *Relacionamento Humano e Saúde* (5ª ed.) Porto.
- Caldas, C.P. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Intercidência, p. 399.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Teste e provas Psicológicas em Portugal* (vol. II, pp.95-109). Braga: Sistema Humana e Organizacionais.

- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão Crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. S Almeida (coords.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (vol. III, pp.305-331). Coimbra: Quarteto.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium* 40, 161-184.
- Carrilho, M., & Patrício, L.J. (2005). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 111-140.
- Dalby, P. (2006). *Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research*. *Aging & Mental Health*, 10 (1), 4-12.
- Dalgarrondo, P. (2007). Estudo sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 25-33.
- Duarte, M., e Paúl, C. (2006). Avaliação do ambiente institucional – público e privado: Estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, p. 12-20.
- Duarte, M., & Paúl, C. (2006). *Avaliação do ambiente institucional – público e privado*. Universidade Sénior, Porto.
- Duarte, Y.A.O., M. L., & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 24, 173-177.
- Ellemann, C. R. & Reed, P. G. (2001). *Transcendence and Depression in Middle-age Adults*. *Wester Journal of Nursing do research*, 23 (7), 698-713.

European Commission. (2005) “Social values, Science and Technology”. Special e
Eurbarometer. Disponível em:
<http://ec.europa.eu/publicopinion/archives/ebs225reporten.pdf>.

Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso – Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Ferreira, P.L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa de Mos-SF-36*. Coimbra: Cento de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Ferreira P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*; (vol. I, 13: pp.55-66).

Ferreira P.L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II. Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*; (vol. II, 13: pp.119-127).

Ferreira P.L., Santana P. (2003). Perceção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 21 (2): pp.15-30.

Fleck, M.A. & Colaboradores (2008). *A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artemend editora.

Fonseca, A.M. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem Psicológica* (2ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Fonseca, A.M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3 (2), 124-131.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1999).
- Guimarães, H. P.; Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física: *Revista de Psiquiatria Clínica*. Acedida em: 09/10/2013. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/88.html>
- Hill, P.C., & Pargament, K., I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1, 3-17.
- Hoffmann, F. S.; Muller, M.C. & Frasson, A.L. (2006). Repercussões Psicossociais, Apoio e Bem-estar Espiritual em Mulheres com Câncer de Mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (2), 239-254.
- Hortelão, A. P.S. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.
- INE, (2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos – Portuga*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. I.P. Disponível em: <http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011>
- Koenig, H.G. (2001a). Religion and Medicine II: religion, mental health and related behaviors. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 31 (1), 97-109.
- Koenig, H.G. (2001b). Religion and Medicine III: developing a theoretical model. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 31 (2), 97-199.

- Koenig, H.G. (2009). Reseach on Religion, Spirituality, and Mental Health: *A review the Canadian Journal of Psyachiatry*, 54 (5), 283-291.
- Koenig, H.G., McCullough, M. E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press.
- Lima, M. (2006). Posso participar? *Atividades de desenvolvimento para idosos*. 2ª Edição Porto. Âmbar.
- Lima, N. (2010). Como Rejuvenescer a Mente. In: *Idade Maior: Saber Viver*. Acedida em: 10/10/2013. Disponível em: <http://www.idademaior.iol.pt/bem-estar/ginastica-mental/comorejuvenescer-a-mente>.
- McFarland, M. J. (2009). Religion and mental health among older adults: do the affects of religious involvement vary by gender? *Journal of Gerontology: Social Sciences*. (Acedida em 20/10/2012). Disponível em: <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org>.
- Molzahn, A. E. (2007). Spirituality in Later Life: Effect on Quality of Life. *Journal Gerontological Nusing*. 33 (1): 32-39. (Acedida a 10/11/2011). Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>
- Moreira-Almeida, A., Pinky, I., Zaleskl, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: Resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria clinica*. (Acedida a 20/10/2012). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n1/a03v37n1.pdf>.
- Netto, M.P. (2002) *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Ateneu.p. 496.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso*. Legis Editora: Porto.

- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso*. Temas Complementares. (2ª Ed.). Livpsic, Edições de Psicologia.
- Organização Mundial de Saude (2005). *Prevenção de Doenças Crônicas um Investimento Vital*. Traduzido por Oliveira C., M. (Acedida a 20/03/2013). Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf.
- Ortiz, A. L., Ballesteros, C.J.; & Carrasco, M.M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. 2ª Ed. Masson, S.A. (Acedida a 10/01/2013). Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=edlZxnTV8xgC&printsec=frontcover&dq=Ortiz,+Ballesteros+%26+Carrasco,+2006&hl=ptPT&sa=X&ei=6g3yUobmHoaQ0QWVIYCQB A&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=Ortiz%2C%20Ballesteros%20%26%20Carrasco%2C%202006&f=false>
- Osório, A. R., (2007). Os idosos na sociedade atual. In A. R. Osório, & F.C. Pinto (Coord.). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa* p.11-45. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pais, J. M. (2006). *Nos Rastos da Solidão- Deambulações Sociológicas*, Porto: Âmbar.
- Paúl, C.M. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, famílias e meio ambiente*. Coimbra: Almeidina.
- Paúl, C. M., Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa Climepsi
- Paúl, C. M. (2009). Lares Acentuam Declínio dos Idosos. *Seminário Expresso*. (Acedida a 13/09/2013).<http://aeiou.expresso.pt/gen.pl?p=print&op=view&fokey=ex.stories/54377&sid=ex.sections/23412>.
- Panzini, R. G., Rocha, N.S.; Bandeira, D R., & Fleck, M.P.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade: *Revista de Psiquiatria Clinica*, 34. (Acedida a 05/01/2014) Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>.

- Pinto, A. M., Botelho, M. A. (2007). *Fisiologia do envelhecimento*. Lisboa: Lidel. ISBN p.493-514.
- Pinto, C., & Ribeiro, J.L.P. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contexto de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Pinto, C., & Ribeiro, J.L.P. (2007). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto
- Porcu, M., Scantamburlo, V. M., Albrecht, N.R., Silca, S.P., Vallim, F.L., Araújo, C.R., Deltreggia, C., & Faila R.V (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Revista Acta Scientiarum*, 24 (3), 713- 715.
- Puchalski, C. M. (2001). *The Role of Spirituality in Health Care*. Proceedings (Baylor University Medical Center), 14, (4), 352-357.
- Saldanha, A.L.; Caldas C.P. (2004). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Salgueiro, H.D. (2007) Determinantes Psico-sociais da Depressão no idoso. Lisboa. 7-11.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Edição Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos dependentes*. Edição Quarteto
- Silva, C.M. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese de Doutoramento apresentado à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

- Soares, E. (2006). *Memória e envelhecimento: aspetos neuropsicológicos e estratégias preventivas*. (Acedida a 20/10/212). Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0302.pdf>.
- Sommerhalder, C., & Goldstein, L.L. (2006). *O Papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice*.
- Sokolovsky, J.(2009). *The Cultural Contexto of aging: Wordwide Perpectives*. 3rd e ed. Creenwood: Publishing Group. (Acedida a 28/ 10/ 2012) Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=vUqE0l4AapIC&pg=PR26&lpg=PR26&dq=\(Sokolovsky,+2009\)&source=bl&ots=zKru0q5rO&sig=hWEky_o39RmWZ4mBZ9tXx1MmzSY&hl=ptPT&sa=X&ei=4wnyUtGnFMmg0QWh_YCQCg&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=\(Sokolovsky%2C%202009\)&f=false](http://books.google.pt/books?id=vUqE0l4AapIC&pg=PR26&lpg=PR26&dq=(Sokolovsky,+2009)&source=bl&ots=zKru0q5rO&sig=hWEky_o39RmWZ4mBZ9tXx1MmzSY&hl=ptPT&sa=X&ei=4wnyUtGnFMmg0QWh_YCQCg&ved=0CDMQ6AEwAQ#v=onepage&q=(Sokolovsky%2C%202009)&f=false).
- Spar. J., La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Teixeira. P. (2006). Envelhecendo Passo a Passo. O Portal dos Psicólogos. Acedido em 22/11/2012). Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>.
- Vaz Serra, Adriano – “ *Que significa envelhecer?*”. In *Psicogeriatrics*, Editora Psiquiatria Clinica, 2006, 21-33.
- Veit, M.c. & Castro, K., E. (2013). Coping religioso/espiritual e câncer de mama de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 14 (1), 1-22. Sociedade Portuguesa de Psicologia de Saúde. SPPS.
- Vitorino L.M., Vianna. L. A. C., (2012). *Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados*. Acta Enfermagem.
- World Health Organization. (2001a). *World Health Report: Mental Health – New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2001b). *Atlas: Mental Health Resources in the World*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (20015). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration With the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I

**Pedido de autorização para realização de
investigação na SCMB**

De: Sandra Carvalho Fernandes
Licenciada em Psicologia
Universidade Católica Portuguesa – Braga

Ao Ex.mo Senhor
Provedor da Santa Casa de
Misericórdia de Braga, (Dt.º Bernardo Reis)

Assunto: Solicitação de autorização para a realização de uma investigação na Santa Casa de Misericórdia, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, venho por este meio solicitar a autorização do Ex.mo Sr. Provedor desta Instituição para neste contexto realizar uma investigação. O tema da Dissertação será **Espiritualidade a Saúde Mental e Geral nos Idosos Institucionalizados**. A Dissertação apresentada à Universidade de Católica Portuguesa de Braga – Faculdade de Filosofia para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Doutora Eleonora Cunha Veiga Costa, Professora e Coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Católica Portuguesa de Braga – Faculdade de Filosofia.

O objetivo principal da investigação consiste em avaliação da relação entre a espiritualidade e a saúde mental e geral nos idosos institucionalizados. Estima-se uma amostra de 50 utentes. A participação na investigação será voluntária com consentimento informado, respeitando igualmente o princípio da confidencialidade ao longo de todo o processo.

Junto envio um breve resumo do projeto de Dissertação do Mestrado.

Agradecendo a atenção de V. Ex.a. para este assunto,
Subscrevo-me atenciosamente,

(Sandra Carvalho Fernandes)

Anexo II

Consentimento Informado

Consentimento Informado

No âmbito de uma investigação sobre o **Espiritualidade e a Saúde Mental e Geral nos Idosos Institucionalizados**, desenvolvida no contexto de Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em Braga, venho pedir a sua colaboração.

Para tal, peço que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. Inicialmente deverá preencher o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização pessoal.

Depois deverá preencher o questionário A Escala de Avaliação da Espiritualidade que pretende avaliar a religiosidade ou a dimensão espiritual.

Seguidamente, deverá preencher também o questionário Short-Form General Health Survey (SF-36v2), que pretende avaliar o estado de saúde geral. Por fim, deverá preencher o questionário Brief Symptom Inventory (BSI), que pretende avaliar a sintomatologia psicopatológica. O preenchimento dos referidos questionários não excede os trinta minutos.

Este estudo é realizado com fins estritamente académicos e científicos, sendo o anonimato e a confidencialidade dos dados absolutamente garantidos. Se decidir colaborar no nosso estudo deverá indicá-lo explicitamente na declaração que se segue.

Reconhecidamente, agradecemos a sua disponibilidade e preciosa colaboração

(assinatura)

Declaração

Declaro, ao colocar uma cruz no quadrado que se encontra no final da presente declaração, que aceito participar num estudo da responsabilidade de Sandra Fernandes, no âmbito da sua Dissertação para obtenção do grau de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado do objetivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou cessar a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Declaro que aceito participar no presente estudo:

Data: ____ / ____ / ____

Anexo III

Questionário Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Data: ____ / ____ / ____

Género:

Masculino:

Feminino:

Idade: ____ Anos

Estado Civil:

Solteiro(a):

Casado(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Viúvo(a)

Grau de Instrução/Escolaridade

Analfabeto

Sabe ler e escrever

Ensino Básico

Ciclo preparatório

Secundário

Ensino Superior

Religião:

Católica

Outra

Sem Religião

Práticas Religiosas:

Todos os dias

Mais que uma vez por semana

Uma vez por semana

Uma a três vezes por mês

Apenas em casamentos, batizados e funerais/nunca

Última Profissão exercida: _____

Obrigada pela participação!

Anexo IV

Questionário SF-36v2

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente Igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor Interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu chelo/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo V

Questionário BSI

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: H.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de temor ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo VI

Escala de Espiritualidade

ESPIRITUALIDADE
(Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4

Anexo VII

**Autorização dos autores para utilização dos
instrumentos**

Autorização SF-36

Coimbra, 9 de Junho de 2014

Ex.ma Senhora Dr^a: **Sandra Fernandes**

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey - 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Autorização BSI

Re: FORMULÁRIO Brief Symptom Inventory (BSI)

From: **Cristina Canavarro** (mccanavarro@fpce.uc.pt)
Sent: Wednesday, February 27, 2013 10:00:05 AM
To: Sandra Fernandes (sandramcfernandes4@hotmail.com)

2007_Inventario_de_Sintomas_Psicopatologicos.pdf

View online

[Download all as zip](#)

Cara Dra. Sandra Fernandes,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.
Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>. Em anexo, envio também capítulo de livro, que se encontra esgotado.

Com os melhores cumprimentos,
MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro
Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Daniel de Matos
mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

Autorização Escala de Espiritualidade

DECLARAÇÃO

Cândida Assunção Santos Pinto, professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora da escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde, autoriza que Sandra Maria Carvalho Fernandes, aluna no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Católica Portuguesa de Braga – Faculdade de Filosofia, está autorizada a utilizar a referida escala no desenvolvimento da sua tese subordinada ao tema “Envolvimento Religioso e a Saúde nos Idosos Institucionalizados”.

Porto, 28 de novembro de 2012

Cândida Assunção Santos Pinto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto

Telefones: 22 507 35 00
96 728 81 93/4

Fax: 22 509 63 37

E-Mail: candidapinto@esenf.pt