



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

O Sono e o Sonho numa População Idosa
Uma Abordagem Qualitativa e Quantitativa

Tatiana Ferreira Nr. 13532

Orientador da Dissertação

Prof. Doutor António Mendes Pedro

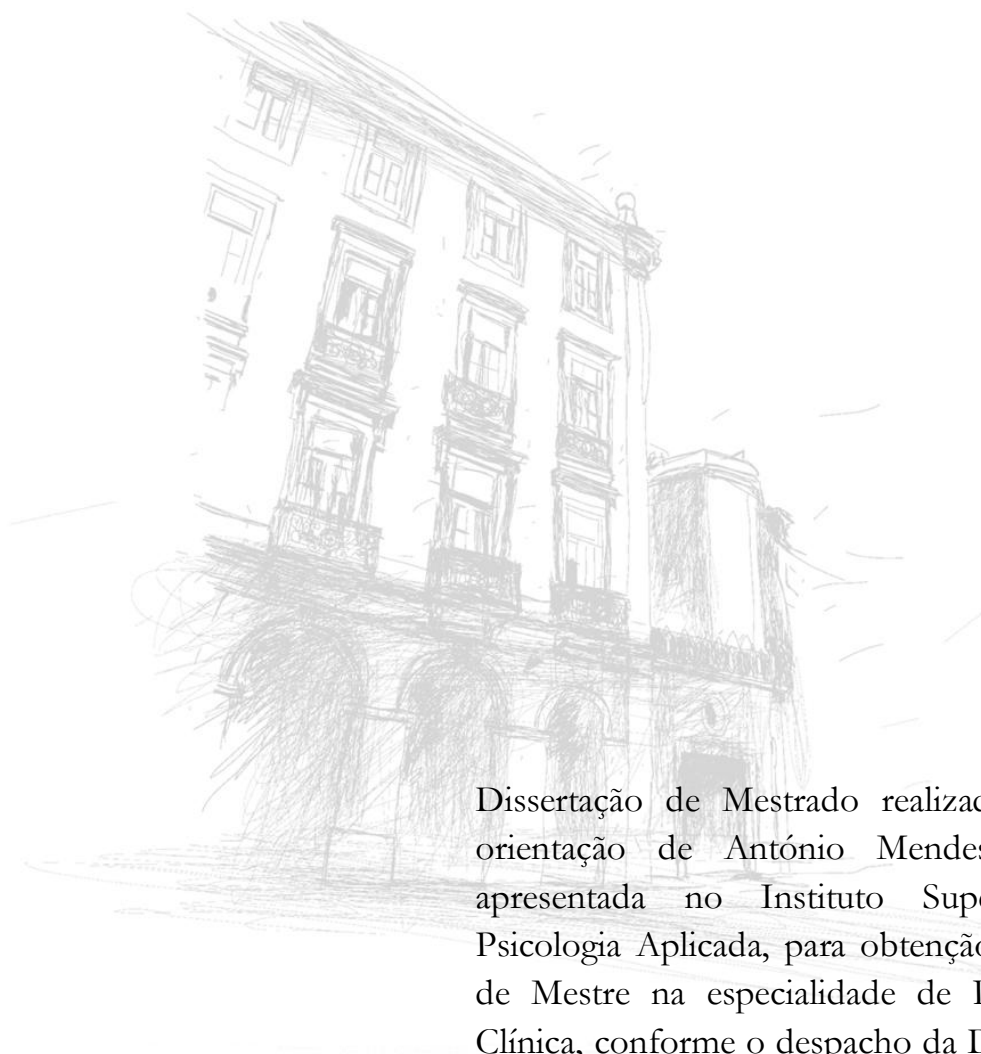
Coordenador do Seminário de Dissertação

Prof. Doutor António Mendes Pedro

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do
grau de:**

Mestre em Psicologia Clínica

2008 / 2009



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006, publicado em Diário da República, 2ª série, de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

Este é o trabalho pelo qual todos esperávamos, o meu trabalho final de Mestrado.

Agradeço a todas as famílias que me apoiaram desde o início, que fizeram de mim uma pessoa melhor. Agradeço quem acreditou em mim como pessoa, como psicóloga e como ser capaz de compreender os outros e ajudá-los.

Agradeço aos meus pais e irmão que fizeram de mim uma pessoa mais forte. Por tudo aquilo que me ajudaram a passar e por tudo o que viveram comigo.

Ao João pela sua incansável paciência, tolerância e horas sem dormir... Muito obrigada por tudo. Não há palavras para descrever o que sempre fizeste por mim e para mim...

Às minhas queridas colegas de curso que me ajudaram em tudo, que me tornaram na Psicóloga que sou e que vou continuar a ser.

Ao Professor Mendes Pedro pelo seu sábio aconselhamento e disponibilidade.

A todos os intervenientes da minha vida pessoal e profissional, que me permitiram a conclusão desta grande etapa da minha vida.

O meu sincero obrigado aos meus velhotes que se envolveram nesta investigação de alma e coração, sendo peças indispensáveis neste caminho.

Ao IASFA, em particular ao Chefe do GP e ao Director por me terem possibilitado a realização da presente investigação, nas suas instalações.

Esta é uma vitória nossa, de todos os que me conhecem e convivem comigo, pois estiveram presentes na gestação e no nascimento de uma nova profissional no mundo.

NOME:Tatiana Morgado Ferreira
CURSO:Mestrado Integrado em Psicologia Clínica
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO:Psicologia Clínica
ANO LECTIVO:2008/2009
ORIENTADOR:Prof.Doutor Mendes Pedro
DATA:18/01/2010

Nº ALUNO:13532

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: O Sono e o Sonho na População Idosa

RESUMO

O objectivo deste trabalho é contribuir para o conhecimento da população idosa, mais especificamente a militar, através de variáveis do sono e do sonho. A utilização do questionário da vida nocturna: sono e sonho (Mendes Pedro, Silvestre, Candeias, 2008), bem como o Mini Mental Test (Folstein, Folstein & McHugh (1975), permitiram a verificação da qualidade do sono e do sonho e da existência de deterioração cognitiva, respectivamente.

É um trabalho exploratório de tipo misto (qualitativo/quantitativo) onde a amostra, adquirida por conveniência, foi formada por 31 indivíduos, 13 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 70 e os 99 anos, com experiências e vivências de guerra. No estudo quantitativo, através da utilização do SPSS, procedeu-se ao somatório dos itens, ao cálculo das diferenças entre géneros e o alpha de cronbach das dimensões. A introdução do método qualitativo neste questionário permitiu uma nova leitura dos dados, consistindo no relato dos sonhos (N=12) e desenho do mesmo, para posterior interpretação e categorização.

A qualidade do sono e do sonho verificaram-se de média qualidade, contrastando com a hipótese inicialmente formulada. Procurou-se, ainda, estabelecer e elaborar uma classificação-padrão dos processos do sonho dos idosos. Nesta classificação conclui-se que o factor da subjectividade é imperativo para a análise.

Verificou-se que a maior parte da amostra (N=19) não evidencia sonhos, sendo o sexo feminino prevalente. Relativamente aos sonhos recolhidos, organizou-se um conjunto de conteúdos oníricos: guerra, relações interpessoais, natureza, religião e abandono. Salientaram-se os conteúdos de guerra, agressividade como se esperava, concordando assim com as experiências vividas.

Palavras-chave: Questionário da vida nocturna: sono e sonho, Qualidade do sono e do Sonho, Conteúdos oníricos

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO EM INGLÊS: The Sleep and Dream in the Elderly Population

ABSTRACT

The goal of this study is to contribute to the knowledge about the elder population, more specifically the military, through the variables of the sleep and dream. The use of the "Questionário da vida nocturna: o sono e sonho" (Pedro Mendes, Silvestre, Candeias, 2008), as well as the Mini Mental Test (Folstein, Folstein & McHugh (1975), allowed the verification of the quality of sleep and dream and the existence of cognitive deterioration, respectively.

This is a mixed type exploratory work (qualitative/quantitative) where the sample, acquired by convenience, was comprehended by 31 individuals, 13 males and 18 females, aging between 70 and 99 years, with war experiences and background. In the quantitative study, through the use of SPSS, the sum of items, the differences between the genres and Chronbach's Alpha of Dimensions were calculated. The introduction of the qualitative study within this questionnaire allowed a new reading of the data, consisting in the report of the dreams (N=12) and their drawing, for later interpretation and categorization.

The quality of sleep and dream were of medium quality, contrasting with the hypothesis initially formulated. It was also sought to establish and develop a classification standard of the processes of the dream of the elderly. In this classification it became evident that the subjectivity factor is imperative to the analysis.

The majority of the sample (N = 19) reported as not having dreams, where the female subjects prevailed. For the dreams collected, a series of dream contents were organized: war, interpersonal relationships, nature, religion and abandonment. In this study, the contents of war and aggression, as expected, were the most evident.

Key-Words: Questionário da vida nocturna: sono e sonho, Sleep and dream quality, dream contents

RESUMO

O objectivo deste trabalho é contribuir para o conhecimento da população idosa, mais especificamente a militar, através de variáveis do sono e do sonho. A utilização do questionário da vida nocturna: sono e sonho (Mendes Pedro, Silvestre, Candeias, 2008), bem como o Mini Mental Test (Folstein, Folstein & McHugh (1975), permitiram a verificação da qualidade do sono e do sonho e da existência de deterioração cognitiva, respectivamente.

É um trabalho exploratório de tipo misto (qualitativo/quantitativo) onde a amostra, adquirida por conveniência, foi formada por 31 indivíduos, 13 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 70 e os 99 anos, com experiências e vivências de guerra. No estudo quantitativo, através da utilização do SPSS, procedeu-se ao somatório dos itens, ao cálculo das diferenças entre géneros e o alpha de cronbach das dimensões. A introdução do método qualitativo neste questionário permitiu uma nova leitura dos dados, consistindo no relato dos sonhos (N=12) e desenho do mesmo, para posterior interpretação e categorização.

A qualidade do sono e do sonho verificaram-se de média qualidade, contrastando com a hipótese inicialmente formulada. Procurou-se, ainda, estabelecer e elaborar uma classificação-padrão dos processos do sonho dos idosos. Nesta classificação conclui-se que o factor da subjectividade é imperativo para a análise.

Verificou-se que a maior parte da amostra (N=19) não evidencia sonhos, sendo o sexo feminino prevalente. Relativamente aos sonhos recolhidos, organizou-se um conjunto de conteúdos oníricos: guerra, relações interpessoais, natureza, religião e abandono. Salientaram-se os conteúdos de guerra, agressividade como se esperava, concordando assim com as experiências vividas.

Palavras-chave: Questionário da vida nocturna: sono e sonho, Qualidade do sono e do Sonho, Conteúdos oníricos

ABSTRACT

The goal of this study is to contribute to the knowledge about the elder population, more specifically the military, through the variables of the sleep and dream. The use of the “Questionário da vida nocturna: o sono e sonho” (Pedro Mendes, Silvestre, Candeias, 2008), as well as the Mini Mental Test (Folstein, Folstein & McHugh (1975), allowed the verification of the quality of sleep and dream and the existence of cognitive deterioration, respectively.

This is a mixed type exploratory work (qualitative/quantitative) where the sample, acquired by convenience, was comprehended by 31 individuals, 13 males and 18 females, aging between 70 and 99 years, with war experiences and background. In the quantitative study, through the use of SPSS, the sum of items, the differences between the genres and Chronbach's Alpha of Dimensions were calculated. The introduction of the qualitative study within this questionnaire allowed a new reading of the data, consisting in the report of the dreams (N=12) and their drawing, for later interpretation and categorization.

The quality of sleep and dream were of medium quality, contrasting with the hypothesis initially formulated. It was also sought to establish and develop a classification standard of the processes of the dream of the elderly. In this classification it became evident that the subjectivity factor is imperative to the analysis.

The majority of the sample (N = 19) reported as not having dreams, where the female subjects prevailed. For the dreams collected, a series of dream contents were organized: war, interpersonal relationships, nature, religion and abandonment. In this study, the contents of war and aggression, as expected, were the most evident.

Key-Words: Questionário da vida nocturna: sono e sonho, Sleep and dream quality, dream contents

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico | 3 |
| 2.1 A visão psicofisiológica do Sonho | 3 |
| 2.2 Alfred Maury (1817-1892) | 4 |
| 2.3 Sigmund Freud..... | 5 |
| 2.3.1 Processos do Trabalho do Sonho | 8 |
| 2.4 Carl Gustav Jung (1875-1961)..... | 11 |
| 2.5 Funções do Sonho | 13 |
| 2.6 Modelo Multidimensional de Sami-Ali..... | 14 |
| 2.7 Teoria Activação-Síntese | 15 |
| 2.8 O Envelhecimento..... | 16 |
| 2.8.1 Envelhecimento em Portugal..... | 20 |
| 3. Metodologia | 21 |
| 3.1 Problemática e Hipóteses | 21 |
| 3.2 Amostra | 22 |
| 3.3 Procedimento | 23 |
| 3.4 Instrumentos | 24 |
| 3.4.1 Mini Mental Test..... | 24 |
| 3.4.2 Estudo Sócio-Demográfico..... | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.4.3 | Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho..... | 25 |
| 3.4.4 | Análise de conteúdo Categorical..... | 27 |
| 4. | Resultados..... | 28 |
| 4.1 | Dados Sócio-Demográficos..... | 34 |
| 4.2 | Questionário da Vida nocturna: Sono e sonho..... | 30 |
| 4.2.1 | 1ª Parte: Sono | 30 |
| 4.2.1 | 2 2ª Parte: Sonho..... | 31 |
| 4.3 | Análise de Conteúdo Categorical..... | 39 |
| 4.3.1 | Guerra (Agressividade, Culpa) | 40 |
| 4.3.2 | Relações Interpessoais (Casamento, Família)..... | 44 |
| 4.3.3 | Religião (Morte)..... | 48 |
| 4.3.4 | Abandono (Sofrimento, Desamparo) | 50 |
| 4.3.5 | Natureza..... | 52 |
| 5. | Análise das Hipóteses Elaboradas | 56 |
| 6. | Limitações..... | 62 |
| 7. | Discussão e Conclusão | 63 |
| 8. | Referências Bibliográficas | 66 |

Índice das Figuras e Tabelas

| | |
|--|----|
| Fig. 1: Modificações do Sono no Idoso segundo o Género..... | 19 |
| Fig. 2: Exemplo de 2 itens do Questionário de vida nocturna: sono e sonho..... | 26 |
| Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos participantes | 29 |
| Tabela 2 – Alpha de Cronbach da 1ª Parte : Sono..... | 30 |
| Tabela 3 – Alpha de Cronbach da 1ª Parte: Sono_ Caso se exclua um item..... | 31 |
| Tabela 4 – Alpha de Cronbach da 2ª Parte: Sonho..... | 31 |
| Tabela 5 – Alpha de Cronbach dos aspectos gerais dos sonhos..... | 32 |
| Tabela 6 – Alpha de Cronbach da 2ª Parte: Sonho_ caso se exclua um item..... | 32 |
| Tabela 7 – Alpha de Cronbach do conjunto de itens das Emoções, Sensações e Conteúdos (ECS), pertencentes à 2ª Parte – Sonho..... | 33 |
| Tabela 8 – Alpha de Cronbach do conjunto ECS, pertencentes à 2ª Parte – Sonho_ caso se exclua algum item..... | 33 |
| Tabela 9 – Alpha de Cronbach das relações interpessoais, pertencentes à 2ª Parte: Sonho..... | 34 |
| Tabela 10 – Alpha de Cronbach das relações interpessoais, pertencentes à 2ª Parte: Sonho_ caso se exclua algum item..... | 34 |
| Tabela 11 – Medidas de tendência central e de dispersão no Somatório do Sono..... | 35 |
| Tabela 12 – Frequências do Somatório do Sono..... | 36 |
| Tabela 13 – Medidas de tendência central e de dispersão do Somatório Sonho... | 36 |
| Tabela 14 – Frequências do Somatório do Sonho..... | 37 |
| Tabela 15 – Frequência da actividade onírica..... | 38 |

| | |
|---|----|
| Tabela 16 – Idade do último sonho..... | 38 |
| Tabela 17 – Conteúdos Oníricos..... | 57 |
| Tabela 18 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão..... | 58 |
| Tabela 19 – Frequência da amostra que não tem sonhos (actualmente)..... | 58 |
| Tabela 20 – Intervalos de tempo, em anos, do último sono..... | 59 |
| Tabela 21 – Diferenças entre o Sexo Masculino e Feminino..... | 59 |
| Tabela 22 – Frequência das Emoções – Tristeza, Culpa e Medo..... | 60 |

Índice Desenhos

| | |
|--|----|
| Desenho 1 – Tema Guerra..... | 40 |
| Desenho 2 – Tema Guerra..... | 41 |
| Desenho 3 – Tema Guerra (Agressividade)..... | 43 |
| Desenho 4 – Tema Guerra (Agressividade)..... | 43 |
| Desenho 5 – Tema Relações Amorosas..... | 44 |
| Desenho 6 – Tema Relações Amorosas..... | 45 |
| Desenho 7 – Relações Amorosas..... | 46 |
| Desenho 8 – Tema Relações Amorosas..... | 47 |
| Desenho 9 – Tema Religião..... | 49 |
| Desenho 10 – Tema Religião..... | 50 |
| Desenho 11 – Tema Abandono..... | 51 |
| Desenho 12 e 13 – Tema Natureza..... | 53 |
| Desenho 14 – Tema Natureza (Animais)..... | 55 |

Índice dos Anexos

Anexo A – Carta de Apresentação

Anexo B – Termo de Consentimento Informado

Anexo C – Mini Mental Test

Anexo D - Sonhos (descrição e desenho)

Anexo E -Tabela 23 – Diferença entre a Idade Actual e a Idade do último sonho

Anexo F – Tabela 24 – Frequências das emoções encontradas no Questionário

1. Introdução

Desde sempre, os sonhos têm fascinado os humanos. Estes representam-se sobre formas dinâmicas, complexas e imbuídas de emoções que de alguma forma, mostraram ser impulsionadores de alguns movimentos religiosos bem como de inspiração artística. Tudo isto demonstra a ideia simplista que a sociedade pré-moderna conferia ao acto onírico, sendo este visto como uma mensagem que não pode ser transmitida de outra forma.

A própria experiência do sonhar tem muito em comum com a consciência da vigília e com frequência tem se entendido o sonho como um estágio intermediário entre o sono e a vigília. Por exemplo, Alfred Maury (1817-1892) considerava o sonho como uma semi-vigília. A própria concepção freudiana do sonho considerava-o como guarda do sono.

No início do século XX, Sigmund Freud, sistematizou e elaborou a sua teoria sobre a actividade onírica. Freud pensava que os sonhos eram indícios do próprio dinamismo do inconsciente – a interpretação dos sonhos seria a via real que leva ao conhecimento das actividades inconscientes da mente. Tal como outros autores, Freud pensava que os sonhos encobriam significados ocultos, elaborados por uma parte da mente e que por sua vez o inconsciente tentava quebrar o consciente, no sentido de forçar a sua protecção. Assim, o marco que se convencionou para datar “oficialmente” o nascimento da psicanálise foi a publicação de A “Interpretação dos sonhos”, em 1900.

No entanto, para compreender o sonho hoje, devemos entender quais são as características do sono, e que influências podem ter nos sonhos.

Assim, compreende-se o sono como “um período de repouso para o corpo e a mente, durante o qual a volição, leia-se desejo, e a consciência estão em inactividade parcial ou completa” (Dorland, s.d, cit. Reimão, 1996)). Muitos autores complementaram esta definição, tal como Friedman (1995, 1827), citando ainda Reimão (1996), que diz que o sono é o “desencadear deliberado de uma alteração ou redução do estado consciente, que dura, em média 8 horas, tendo início sensivelmente à mesma hora, em cada período de 24 horas, e resultando, geralmente, em sensação de energia física, psíquica e intelectual restabelecida”.

Autores como Freud (1900), Sami-Ali (1992), Hobson (1996) e Jouvett (1992) irão ser analisados para demonstrar a variedade de teorias que existem, bem como os desenvolvimentos científicos sobre o tema em investigação.

No presente trabalho, pretendo investigar como se realiza e como se desenvolve o sonho na população idosa, relativamente à amostra militar, bem como estudar os seus processos de sono. Um aspecto relevante desta amostra é o facto de esta ter experiências na Guerra, mais concretamente da Guerra Colonial Portuguesa, entre os anos 1961 e 1974, que será um elemento importante na elaboração das hipóteses. Desta investigação espero construir um padrão de sonhos desta população em específico, relevando alguns dos seus sonhos, alguns traumáticos e outros como parte constituinte de um alter-ego, iludindo o consciente da população em causa.

A problemática desta investigação prende-se com algumas das questões abaixo mencionadas:

- Será a população idosa consciente dos seus sonhos?
- Qual é a frequência e quais os conteúdos envolventes? Serão maioritariamente sobre a guerra e os traumas vivenciados na época?
- Se não é consciente destas composições oníricas, qual foi o último sonho de que se lembra, em que idade é que aconteceu?
- Será que nesta população, em específico, existe uma fraca qualidade de sono e de sonho?
- Serão as emoções predominantes nesta população o medo, a culpa ou a tristeza?

Nesta investigação evidencio algumas hipóteses, que irão ser trabalhadas no presente trabalho:

- Se sonham com alguma frequência, poderão surgir temas agressivos, de guerra, possuindo algum tipo de carácter traumático.
- Espera-se que neste tipo de população, devido à sua vivência e experiência pessoal, a qualidade do sono e também do sonho apresentem uma fraca qualidade.
- Relativamente ao género, serão mais evidentes estes tipos de sonho no sexo masculino, por terem sido mais activos militarmente.

2. Enquadramento Teórico

2.1 A visão psicofisiológica do Sonho

Os sonhos podem ser considerados, ainda, como uma forma de comportamento, vista de dentro, como se o actor estivesse a observar as suas próprias acções.

A expansão da compreensão dos conceitos sonho e sono estão associados à descoberta do electroencefalograma em 1930 por Hans Berger (Rente & Pimentel, 2004), que demonstrou as alterações da actividade eléctrica cerebral que ocorrem durante o sono. Loomis, em 1938 (citado por Rente & Pimentel, 2004), define os diferentes padrões electroencefalográficos e relaciona-os com diferentes níveis de profundidade do sono.

O sono REM, bem como o conhecimento da existência de movimentos rápidos oculares durante o sono são referidos em 1950, por Kleitman e Dement.

É também nessa altura que a noção do sono se transforma e se delimita como um processo activo e não passivo, constituído por uma sequência organizada de estados (Montserrat & Badia, 1999).

Em 1974, a “polisonografia” possibilitou o registo simultâneo de diferentes variáveis fisiológicas durante o sono, sendo que o sono era agora visto como um processo em que todo o organismo participa, onde é necessário registar as flutuações dos ritmos cardíaco e respiratório.

Assim, delimitou-se que o sono tinha um padrão cíclico de quatro estágios, segundo Reimão (1996): entre os sons de baixa amplitude ou sono lento (NREM) distinguem-se o estágio I – que ocorre durante a sonolência e o início do sono nocturno, onde os movimentos oculares são lentos, podendo-se observar que o tónus muscular fica reduzido, comparado com o estado de vigília, bem como a respiração fica mais profunda; o estágio II – onde o sujeito fica alheio aos acontecimentos sonoros e visuais do ambiente; os estágios III e IV – chamados de sono delta, são os mais profundos no primeiro ciclo de sono.

O sono NREM, ou sono lento, é descrito pelo traçado electroencefalográfico onde se evidencia uma lentificação progressiva, aumentando à medida que o sono se torna mais profundo. Existe uma actividade a nível parassimpático dominante, onde se verifica uma diminuição da sudação, da tensão arterial e da temperatura.

O sono REM (Rapid Eye Movements), ou sono paradoxal, acontece seguido deste primeiro ciclo de sono. Neste, é possível verificar o aumento do fluxo sanguíneo, bem como o aumento da

frequência cardíaca, da respiração, da temperatura e a movimentação rápida dos olhos, que caracteriza este estágio.

Os períodos de sono lento e paradoxal, chamado de período REM, vão alternando durante a noite. O sono REM tem um total de cerca de 90 minutos.

Durante o sono REM temos sonhos visuais significativos. Aquando o estudo e investigação se despertam os indivíduos, cerca de 80% referem um sonho nítido, mas no entanto o movimento irregular dos olhos permanece um enigma.

A base neurológica do sonho pode ser estudada através do uso do electroencefalógrafo, mais conhecido por EEG, que mede a actividade eléctrica global do cérebro. É perceptível a diferença entre os traços EEG do estado de vigília e do sono. À medida que o sono se torna mais profundo, as ondas do cérebro tornam-se mais lentas, longas e bastante regulares, indicando um nível mais baixo de actividade cerebral. No entanto, isto apenas é visível nos períodos de sono lento. No sono REM, o EEG torna-se muito semelhante ao EEG de um indivíduo quando está acordado. Assim, pôde-se concluir que o cérebro se encontra desperto e activo, pois estamos a viver activamente um sonho.

Inicialmente pensava-se que a fase REM era capaz de fomentar os sonhos, já que correspondiam na intensa activação do cérebro. Eles correspondiam periodicamente em intervalos de 90 minutos, sendo que tal será mais do que suficiente para acomodar os sonhos (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

Contudo, os sonhos podem acontecer durante o início do sono e noutras fases do chamado sono NREM.

2.2 Alfred Maury (1817-1892)

Entre os precursores e preconizadores da utilização da análise e interpretação dos sonhos como ferramentas terapêuticas está Alfred Maury (1817-1892), médico e arqueólogo francês que estudou e publicou em 1850 mais de três mil registos oníricos. Concluiu que os sonhos eram o resultado de estímulos externos sobre a própria pessoa.

Maury pode ter sido a primeira pessoa a ter registado experiências intencionais sistemáticas sobre os seus próprios estados de sono e sonho, segundo Hobson (1996). O seu interesse não era somente o conteúdo dos sonhos, mas também as condições que podem influenciá-los. Para tal, o autor sujeita-se a anotar com precisão a posição e o local do seu adormecimento, bem como o

seu humor, as preocupações, as palavras que diz durante o sono. Estas últimas são anotadas por um familiar.

Para além desta sua experiência, Maury interessava-se pelas imagens visuais, bem como a complexidade dos acontecimentos e situações oníricas que ocorrem no primeiro momento do sono, as chamadas alucinações hipnagógicas, segundo Hobson (1996).

Em resumo, Maury tem a intuição da existência do inconsciente, a que ele chama de “parte da consciência inconsciente dela mesmo”, e para além disso, foca a importância do processo de associação de palavras como tendo um papel activo na evolução do sonho.

A sua contribuição para esta área é representada pela importância dada pelo mesmo ao sonho, tendo este um papel fundamental para o conhecimento e análise da psicologia do sonhador, segundo Gautier (1998).

“Em sonho o homem revela-se inteiro a si mesmo na sua nudez e na sua miséria inatas. Logo que suspende o exercício da sua vontade, torna-se o brinquedo de todas as paixões contra as quais, no estado de vigília, a consciência, o sentimento de honra, o medo que nos defendem”.

2.3 Sigmund Freud (1856 – 1939)

Numa tentativa de integrar a teoria do sonho num modelo geral da mente e a fim de conhecer e de delimitar a teoria do conflito e da defesa, Freud elaborou a divisão da estrutura do aparelho psíquico em três instâncias: consciente, pré-consciente e inconsciente, num primeiro momento, chamada de 1ª tópica. É com esta descrição do Inconsciente que a Psicanálise é reconhecida como uma ciência inteiramente à parte, citando Gautier, 1998.

Esta divisão foi descrita como um sistema homeostático destinado a gerir tensões e desequilíbrios. O aparelho psíquico é caracterizado pela organização psíquica dividida em sistemas, ou instâncias psíquicas, com funções específicas para cada uma delas, estando interligadas entre si. Assim, o inconsciente é uma zona em que recordações e desejos são recalçados. No entanto, possui uma energia própria, bem como leis e conteúdo próprios, que não se pode conhecer senão pelas suas manifestações no consciente (Gautier, 1998). Assim, todo o material é desprovido de conceitos como a negação, o tempo ou a morte. A sua natureza íntima também nos é tão desconhecida como a realidade do mundo exterior e a consciência informa-nos sobre ele de uma maneira tão incompleta como os nossos órgãos de sentidos sobre o mundo exterior, citando

Freud (1900). O pré-consciente é o lugar intermédio, garantindo assim o funcionamento dinâmico entre o inconsciente e o consciente. Esta zona contém material psíquico que pode ser levado ao consciente. O consciente, por último mas não menos importante, é a parte visível do modelo icebergiano de Freud, em que o nosso psiquismo vive sem qualquer repressão.

É perceptível que a nossa dinâmica psíquica vive em constante conflito, revestindo-se de contradições e de pares opostos, como fundamenta Freud.

Freud insatisfeito com a organização psíquica anteriormente mencionada, pois por vezes não explicavam alguns fenómenos psíquicos, elaborou a 2ª tópica. Esta mais dinâmica e estrutural divide o aparelho em três partes que se definem como três instâncias, onde o pensamento se exprime de maneira diferente. Contrariamente à 1ª tópica, que sugere a passividade, esta é dinâmica, onde os elementos interagem entre si e reciprocamente, estando indissociáveis entre si. Assim, o Id pertence ao inconsciente, o Ego ao pré-consciente e o Superego ao consciente. Descrevendo cada um deles percebemos diferentes funções. O Id é onde estão todos os nossos instintos primitivos e os nossos recalamentos, submetidos ao princípio do prazer. É, pois, o território onde se afrontam pulsões de vida e de morte. Já o Ego prende-se com a organização da síntese entre o Id e o Superego, onde se efectua o equilíbrio entre o instinto e a consciência social. A esta acção denomina-se de Princípio da Realidade. A última instância, Superego, interioriza a influência exercida pela sociedade e pelos actores sociais. Factores como a tradição, a religião e as proibições sociais são algumas das forças.

A censura vela, assim, o equilíbrio do indivíduo, exercendo assim um recalamento de certos desejos susceptíveis de contradizer os princípios sociais, amenizando os desejos inconscientes, antes que esses emerjam para o consciente, que é o que acontece no fenómeno onírico. Para Freud, o sonho é a realização, ainda que disfarçada, de um desejo reprimido, possuindo um conteúdo manifesto que corresponde à experiência durante o sono, e um conteúdo latente, que se torna inconsciente para o sonhador.

Os elementos constituintes do conteúdo latente do sonho são as excitações sensoriais nocturnas, que podem ser caracterizadas como externas ou internas dos órgãos dos sentidos; as pulsões do Id que estão relacionadas com fantasias de natureza agressiva ou sexual e os restos diurnos, que são caracterizados por pequenas memórias decorrentes do próprio dia ou de dias anteriores, que são ou não significantes.

No entanto, Freud focou a importância de outro factor relevante para o processo do sonho. A formação dos sonhos poderá ter na sua concepção o factor de marcha regressiva no aparelho psíquico. Isto traduz-se no reinvestimento das regiões sensoriais visuais, em vez da descarga motora (Freud, 1900). Actualmente, conhece-se que tal não se verifica. Este impulso originado no inconsciente tem normalmente a forma de um desejo infantil.

Porém, estes desejos sofrem uma deformação do seu conteúdo latente, que conduz inpreterivelmente à inconsistência e incompreensão do sonho. Neste momento, a tríade Freudiana do recalçamento – insucesso do recalçamento – retorno do recalçado toma forma dentro da teoria de Freud (1900).

Quando uma situação onírica não respeita a concordância, um processo de substituição desse elemento é repetido até que se encontre um elemento psíquico aceitável no sistema consciente.

Um sonho necessita sempre de uma interpretação da qual a associação livre é o instrumento fundamental. O sonho é um fenómeno onde se projectam as pulsões provenientes do inconsciente, tendo como fim último o seu não aparecimento no conteúdo manifesto. Assim, a interpretação, através da técnica da associação livre, permite encontrar o conteúdo latente do sonho, sem o sujeito sonhador se chocar com o material latente do mesmo. O verdadeiro sentido destas informações dadas indirectamente pelo conteúdo manifesto serão, desta forma, deslindadas.

As associações não podem ser consideradas como tal a menos que representem relações contendo significado. Este significado é determinado tanto pelo contexto na qual as associações são feitas, bem como pela sua fonte histórica.

Todo este processo de passagem do conteúdo latente para conteúdo manifesto nomeia-se de trabalho do sonho. De noite, durante o sono, toda a resistência encontrada pelo inconsciente durante o dia é enfraquecida, de tal maneira que o material inconsciente pode florescer ao material consciente, ainda que de maneira disfarçada. É natural que, ao acordar, a resistência outrora enfraquecida se torne de novo activa, causando por vezes o esquecimento dos nossos sonhos.

Segundo Freud (1900), salientando a relação entre o conteúdo latente e o conteúdo manifesto, os sonhos podem ser divididos em três categorias. Em primeiro lugar, existem os sonhos que fazem sentido e são compreensíveis, sendo susceptíveis de serem inseridos no

contexto da nossa vida psíquica sem que tal nos choque. São, maioritariamente, curtos e parecem-nos merecer pouca atenção, uma vez que não têm nada de bizarro nos seus conteúdos. Outros sonhos há, em que embora sejam coerentes, com sentido lógico, provocam ao indivíduo que sonha um efeito desconcertante e mesmo confuso, dado não conseguir absorver o conteúdo no seu funcionamento psíquico. Um sonho preponderante nesta tipologia é a morte de um ente querido. Ao terceiro grupo de sonhos, pertencem aqueles que são desprovidos de qualquer lógica ou sentido, difíceis de proceder à sua inteligibilidade. São estes incoerentes, confusos e absurdos.

2.3.1 Processos do Trabalho do Sonho

Aquilo que o sujeito se recorda do sonho, e que descreve ao terapeuta, é uma transcrição dos pensamentos latentes. Assim, Freud diz que o sonhador conta duas vezes o mesmo sonho, apesar de ser representado de maneiras diferentes. Para tal, utiliza duas línguas diferentes: a língua própria do sonho, ou seja o conteúdo latente, e a língua daquilo que nos recordamos do sonho, sendo este o conteúdo manifesto. A tradução do conteúdo latente para o conteúdo manifesto elabora-se nestes termos, sendo esta transformação o verdadeiro trabalho do sonho.

No entanto, para determinar o conteúdo latente do sonho, deveremos ter em conta que nesta transformação estão inerentes mecanismos de defesa, a fim de controlar esta metamorfose de conteúdo latente para manifesto.

Assim torna-se fulcral, para a compreensão do processo onírico, a descrição detalhada destes instrumentos psíquicos.

Um mecanismo de defesa, decorrente da teoria freudiana, é a condensação. O sonho manifesto é uma versão condensada dos pensamentos, sensações e desejos que compõem o conteúdo latente do sonho, isto é, a informação dada pelo sujeito ao terapeuta não é tão rica como aquela que aconteceu realmente no sonho. A análise do próprio sonho provoca um desdobramento dos conteúdos manifestos do próprio sonho, através das associações. Como nem todos os pensamentos do conteúdo latente se conseguem embutir na descrição do conteúdo manifesto do sonho, sendo por isso omissos aquando a associação livre do sonho, pode-se dizer que existe uma selecção na base da condensação. Existe, portanto, uma negligência de certos grupos de pensamentos. Certas imagens ou palavras do conteúdo manifesto, que permanecem mais vivas dentro de nós, após o acordar estão de alguma forma sobrecarregadas de várias ideias do conteúdo latente. Outra característica que se pode encontrar neste tipo de mecanismo é o

facto de poder haver no processo onírico figuras colectivas e estruturas compostas. Uma figura do sonho poderá representar muitas outras. Desta forma, vários elementos formam estruturas complexas, dificultando o deslumbre do conteúdo latente.

Outro mecanismo bastante relevante na obra freudiana é o deslocamento. Este mecanismo tem na sua base que não se deve conferir igual importância a certos elementos presentes no conteúdo manifesto. Isto significa que aquilo que nos apercebemos como elementos mais importantes e relevantes do conteúdo latente não o são, pois correspondem às imagens mais pobres dos nossos sonhos. O deslocamento serve, por assim dizer, a uma distorção do sonho. Segundo Gautier (1998), as imagens mais vivas das nossas recordações oníricas não são forçosamente aquelas cujo conteúdo latente será o mais rico, como se a intensidade psíquica dum imagem não correspondesse, de modo nenhum, à intensidade do seu conteúdo latente. Assim, deve-se ter em conta, que nem sempre a imagem que nos é mais chocante, durante o fenómeno onírico, é a mais significativa aquando a interpretação desta.

Todo o material onírico é modificado, a fim de formar o sonho. O trabalho do sonho, neste aspecto, irá realizar um processo de *representabilidade*, essencialmente em imagens visuais. A expressão abstracta dos pensamentos latentes do sonho deve assentar na expressão pictural, representativa do sonho. O sonho dá preferência àquilo que é passível de ser representado visualmente.

É fundamentalmente uma deslocação que se efectua substituindo um elemento abstracto do sonho por um outro, mais imagético, alterando por sua vez a sua forma verbal. É a chamada *tomada em consideração da figurabilidade*.

Para Freud, na representação pelo simbolismo, o sonho utiliza as simbolizações/símbolos presentes no inconsciente para disfarçar o conteúdo latente, visando a representabilidade e a possibilidade de não serem censuradas.

Outro mecanismo de defesa encontrado na teoria freudiana é a elaboração secundária. Este processo defensivo intervém, essencialmente, no decurso da formação do sonho e também no momento de memorização. Aplica assim ao sonho uma configuração inteligível, coordenando logicamente as imagens que dele fazem parte. Em suma, consiste num processo psíquico em que o sonho é remodelado, com a finalidade de apresentá-lo sob a forma de uma história relativamente coerente e compreensível. Retira, assim, o material absurdo e incoerente do sonho.

A maneira mais simples de formar uma ideia sobre a sua natureza é formulando a hipótese. A ideia de interpretar o sonho tem como função ordenar os seus constituintes, de maneira a formarem um todo mais ou menos coerente, uma composição onírica (Freud 1901). Assim, o sonho é visto como uma espécie de fachada, não cobrindo a totalidade do seu conteúdo, bem como a sua interpretação, sujeita à subjectividade e à falsa percepção e ligação do material. Muitas das vezes, aquilo que nos lembramos do sonho são pequenas partes, sem qualquer lógica e sem qualquer aparente ligação.

No caso dos sonhos inteligíveis e dotados de sentido, é sabido que estes são realizações do desejo indisfarçado, onde a situação onírica representa como realizado um desejo que é conhecido da consciência, sendo estes postos de lado na vida diurna e consciente do sujeito. Mas no caso dos sonhos confusos e obscuros, segundo Freud (1901) “a situação onírica representa de novo um desejo como realizado, que decorre invariavelmente dos pensamentos do sonho, mas que é representado sob uma forma irreconhecível e só pode ser explicado por *retrogressão* na análise, e em tais casos o desejo é, ele próprio, um desejo recalcado, estranho à consciência ou, então, está intimamente ligado com os pensamentos recalcados em que se baseia – são *realizações disfarçadas de desejos recalcados*”.

Nesta área, Freud divide os sonhos, segundo o comportamento para com a realização do desejo. Esta divisão está feita em três tipos: o primeiro é composto por aqueles sonhos que representam *sem disfarce* um desejo não recalcado. Estes são considerados os sonhos de tipo infantil que se vão tornando cada vez mais raros nos adultos. Em segundo lugar, os sonhos que exprimem disfarçadamente um desejo recalcado, que representa o sonho mais comumente tido, que carece de interpretação. O último tipo é composto por sonhos que representam um desejo recalcado, mas *sem disfarce* ou com um *disfarce insuficiente*. Estes são acompanhados, geralmente, por *angústia*, que interrompe o sonho. Para Freud, a angústia, neste tipo de sonho, serve como substituto da deformação do sonho.

“Se concebermos o conteúdo de um sonho como representação de um desejo realizado e a sua obscuridade como devendo-se às alterações a que a censura submete o material recalcado, não teremos dificuldade em descobrir a função do sonho. Contrariamente às opiniões correntes segundo as quais os sonhos perturbam o sono, devemos encarar o sonho como o guardião do sono (Freud, 1901).”

2.4 Carl Gustav Jung (1875-1961)

" Dentro de cada um de nós há um outro que não conhecemos. Ele fala connosco através dos sonhos "

Carl Jung. 1934

A teoria de Jung salienta a transparência e a criatividade, ao contrário de Freud que deu importância à obscuridade e à psicopatologia (Hobson, 1996).

Jung considerava os símbolos dos sonhos directamente expressivos de preocupações humanas e universais, não servindo o propósito de disfarce, como referia Freud.

Os sonhos constituem para Jung um processo de auto-regulação psíquica que, baseando-se nas experiências passadas, tanto do indivíduo quanto da espécie, as reorganiza orientando-as para uma melhor adaptação futura. Quando a pessoa se encontra numa situação na qual precisa dos seus recursos instintivos, estes aparecem nos sonhos em forma de imagens míticas, já que os mitos são a linguagem universal na qual os instintos se expressam.

Assim, para este autor o aparelho psíquico divide-se em três partes, semelhante a Freud: o consciente, onde o *Ego* é o centro e a *Persona*, o indivíduo social, a qual estabelece a relação com o mundo objectal; o inconsciente pessoal, que contém o material reprimido, as pulsões, chamado de *sombra*; e o inconsciente colectivo, onde se vive a memória da humanidade comum a todos “o fundo das imagens antigas que são os núcleos do imaginário humano e que Jung chama *arquétipos*” (Gautier, 1998).

“As imagens arquétipos têm um alcance que só a elas pertence: elas servem para incluir num quadro geral e supra-individual o caso de espécie pessoal que parece único e insolúvel; elas mostram, do mesmo lance, que o sofrimento de cada um é também o sofrimento de todos e que a situação particular constitui um problema humano em toda a generalidade (...) (Jung, 1964).

Estes *arquétipos* não são modelos fixos, são potencialidades que interagem entre si, exercendo influência. São, acima de tudo, estruturas dinâmicas que modelam a vida do sujeito.

A noção de inconsciente colectivo que Jung preconiza, aquando a constituição do aparelho psíquico, liga o homem a um passado milenário, bem como a todos os outros homens.

Relativamente à interpretação de sonhos, na teoria Junguiana, o sonho é considerado como a via ideal para a exploração do inconsciente.

“A função geral dos sonhos é tentar restabelecer o nosso equilíbrio psicológico com a ajuda de um material onírico que, de uma maneira subtil, reconstitui o equilíbrio perfeito de todo o nosso psiquismo. É o que eu chamo a função complementar (ou compensadora) dos sonhos na nossa constituição psíquica (Jung, 1984, citado por Gautier, 1998)”.

O que para Freud era apenas a expressão dos desejos inconscientes e recalcados, para Jung, o sonho serviria para prevenir o sonhador das armadilhas do seu modo de vida, aquando o momento do sonho, servindo pois para compensar as atitudes conscientes.

Nesta teoria, o sonho assentava sob a criatividade, ao contrário de Freud, que assentava na patologia.

Jung não distingue o conteúdo latente do manifesto, determinando que se as imagens dos sonhos não são mais explícitas é por pertencerem ao inconsciente. Se tal material fosse mais claro, mais congruente, faria parte do consciente.

Assim, refuta a utilização do método de associação livre, preconizado por Freud, preferindo considerar o sonho como um todo, buscando a significação dos símbolos à luz do seu contexto e da vida do sujeito sonhador – *amplificação*.

É necessário, para esta concretização, ter em conta que cada aspecto do sonho deve ser considerado como um único objecto, a fim de se descobrir todas as características e pormenores que o tornam num único. Cada história, leia-se sonho, contada pelo nosso espírito consciente tem um princípio, um desenvolvimento e uma conclusão, segundo Jung.

A análise do sonho é feita pelo terapeuta e pelo paciente, passando pelo processo de observação dos símbolos do sonho, que são a transcrição das preocupações do sujeito sonhador.

Neste intuito, Jung preceitua o método de *imaginação activa*. Este método refere-se à visualização da imagem de um sonho e deixá-la desenvolver-se livremente, observando-a e analisando todo o processo. A teoria de Jung permite que o indivíduo se ligue, assim, a um fundo comum cultural, segundo Gautier (1998).

Jung, diferindo de Freud, não considera nas imagens do sonho uma intenção sexual.

Compreende-se que a psicologia analítica de Jung é muito menos directiva e codificada do que a psicanálise freudiana. A infância não é predominante na formação de recalcamientos e as doenças psíquicas são sintomas que resultam de uma situação actual.

“A amplificação praticada por Jung é uma técnica centrífuga que permite andar à volta das imagens e dos símbolos dos sonhos, ir-se aproximando delas progressivamente e interpretá-las graças à iluminação do contexto pessoal e da realidade histórica. A associação de ideias praticada por Freud é uma técnica centrípeta que permite ao paciente descobrir um evento recalcado que não terá forçosamente uma relação com o material de origem do seu sonho” (Gautier, 1993).

2.5 Funções do Sonho

Para compreendermos a funções do sonho temos que ter em conta que existe uma diversidade de teorias sobre o assunto. Existem tantos investigadores como teorias que pretendem o conhecimento da composição onírica.

Identificando algumas teorias, poderemos apresentar alguns tipos de sonho, segundo Jouvét (1992): o sonho sentinela, por exemplo, torna periodicamente o sono mais leve para permitir a sobrevivência em meio hostil ao sujeito; o sonho que transforma a memória a curto prazo numa memória a longo prazo; o sonho “obrigatório” para “apagar” as informações sem interesse ou que provocam ao sujeito ansiedade.

Para Jouvét (1996), a função do sonho é “pessoal e rebatível e, portanto, não científica”. Assim, durante o sono paradoxal entrariamos em contacto com as nossas raízes instintivas e poderíamos treiná-las no sonho, para que ficassem disponíveis, caso precisássemos delas. A base é que o organismo deverá saber fazer tudo o que é essencial, antes de mesmo produzir esses actos. “Sonhar reforçaria periodicamente conexões neuronais responsáveis pela herança psicológica para mantê-las funcionais”, segundo Jouvét (s.d).

Tudo isto vai de encontro à variabilidade e diversidade de cada um, sendo que cada indivíduo tem qualidades individuais diferentes, predispostos a reagir de um modo diferenciado, permitindo uma maior possibilidade de dar resposta a diferentes características do ambiente. Jouvét designa de individuação a essa diferenciação, e para tal explica que o sonho teria a função de desenvolvê-la. Considerava que durante o sonho se poderia efectuar várias combinações entre a herança psicológica e as aprendizagens durante a vigília, disponibilizando novas estruturas de pensamento, que permitiriam uma nova forma de enfrentar e resolver problemas.

2.6 Modelo Multidimensional de Sami-Ali (1992)

Como alternativa ao modelo psicanalítico de Freud, apesar de afirmar que este conserva a complexidade das coisas, Sami-Ali (1987) apresenta o modelo multidimensional em psicossomática. Salienta que a questão da psicossomática não está em se considerar de um lado soma e de outro psique, mas considerar a relação original existente antes e depois do nascimento. Para ele a organização espaço-temporal é o parâmetro para a compreensão dos fenómenos psicossomáticos. Dentro dessa perspectiva, a organização espaço-temporal ou a actividade onírica funcionaria como criadora de realidade. A ausência da actividade onírica predispõe o surgimento da chamada patologia de adaptação ou dos problemas psicossomáticos.

Com esta nova perspectiva da somatização, a sua leitura deverá ser feita considerando a multidimensionalidade, permitindo assim um conhecimento dos fenómenos, não se centrando numa só área.

A teoria salientada, leva Sami-Ali (1992) a elaborar doze pares de conceitos que desenham as dimensões fundamentais do fenómeno de somatização. As dimensões são: corpo real – imaginário; sentido primário – sentido secundário do sintoma orgânico; imaginário (projectão) – banal (ausência de projectão); função psicossomática constituída – função psicossomática em vias de constituição; regressão – impossibilidade de regressão; sintoma neurótico ou psicótico (formação simbólica) – equivalente orgânico dum sintoma neurótico ou psicótico; recalçamento conseguido – recalçamento falhado; recalçamento de um conteúdo imaginário – recalçamento da função do imaginário; impasse ultrapassado (psicose) – impasse inultrapassável (somatização); causalidade linear – causalidade circular; somatização reversível – somatização irreversível e passagem do somático – passagem do somático ao psíquico. No entanto, não delimita nenhum conceito, pois essa análise deve ser feita aprofundadamente e de acordo com o sujeito em causa.

Afirma ainda que é uma ilusão, pensar que seja possível chegar a uma compreensão de todos os “funcionamentos individuais, grupais, biológicos e históricos”, partindo de um só e único modelo – a teoria Freudiana (Cerchiari, 2000).

Toda a patologia orgânica não deverá ser integrada num modelo histórico, nem num modelo de neurose actual e de psicose. Tudo é relacional, sendo que todo o problema patológico deve ser considerado globalmente, regendo-se primeiramente pelos ritmos biológicos.

Relativamente aos ritmos biológicos, existem dois estados fundamentais, o sonho e a vigília, “que são regidos por qualquer coisa que se encontre além ou aquém do psíquico” (Sami-Ali, 1987).

2.7 Teoria Activação-Síntese – Hobson (1996)

Como teoria neuropsicológica, Hobson e McCarley (1977) desenvolveram a hipótese activação-síntese, que contemplava uma visão mais formal da actividade onírica, que é revelada pelo modelo de interacção recíproca de fisiologia do sono REM.

Segundo este modelo teórico, os sonhos provêm da chamada consciência norma inerente a um cérebro-mente auto-activado, que possibilita melhor ajuste dos dados primários, produzidos por este cérebro-mente auto-activado.

Porem, Damásio (1994) vem a complementar esta teoria, quando determina a tríade corpo - cérebro - mente. Assim, o cérebro tem como função a regulação da vida, possuindo com efeito transversal a produção da mente, onde a própria elaboração de imagens são o resultado da modificação do corpo ou dos nossos órgãos sensoriais, relativo ao que rodeia o corpo, a nível exterior.

Hobson teoriza cinco aspectos formais, provenientes da actividade onírica: *a alucinação visual e motora; a aceitação delirante dessa experiencia alucinóide como real, a distorção espacial e temporal extremamente bizarra e a falha de memória.*

Como resumo desta teoria pós-freudiana, a activação-síntese assume a modelação do conteúdo onírico como sensório-motora, sendo que se o sentido da visão for predominante nos relatos dos sonhos, a activação neuronal visual no sono REM é evidenciada. Respeitante à *bizarria dos sonhos*, esta é atribuída à condição fisiológica única do cérebro durante a fase NREM. É considerada uma consequência directa de alterações nas propriedades operativas do cérebro nessa fase do sono, ao contrário da psicanálise, que interpreta a bizarria como o resultado da codificação defensiva de desejos inconscientes (Hobson, 1996).

O armazenamento, a organização e a recuperação de informação no cérebro é delimitada pelos próprios aspectos formais do sonho.

Relativamente à própria significação dos sonhos, para um teórico da activação-síntese, este significado é transparente e opaco, podendo o sonho ser lido sem qualquer descodificação. Tal teorização opõe-se à psicanálise tradicional, onde o relato onírico é visto como uma transformação simbolicamente codificada do verdadeiro indutor, estímulo do sonho. Assim, a

técnica de associação livre não é um instrumento utilizado na significação dos sonhos para a activação-síntese.

2.8 O Envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos grandes triunfos da humanidade mas ao mesmo tempo é um dos seus maiores desafios.

“O homem demonstra uma certa dificuldade em aceitar o envelhecimento como um processo natural e quase seguramente inevitável” (Almeida,2006)

O ritmo do crescimento da faixa etária a partir dos 60 anos tem sido o mais rápido, em contraste com as outras faixas. Entre 1979 e 2025 estima-se que o crescimento da população mais idosa ronde os 223%, falando portanto de um aumento de 694 milhões. Em 2025 estima-se que haverá um total de 1200 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

O envelhecimento ou senescência deve ser visto como um fenómeno multidisciplinar, pois envolve o indivíduo na sua contextualização psicológica, social e biológica. Estes factores podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura, citando Teixeira, 2006. Para delimitar a faixa etária da população idosa, a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o início desta fase entre a idade de 60 a 65 anos.

Assim, este fenómeno social tem implicações no relacionamento do indivíduo com o mundo. O relacionamento do idoso com o mundo é caracterizado pela dificuldade de adaptação, tanto a nível emocional como fisiológico.

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo impossível prever o seu aparecimento no ciclo de vida do indivíduo. Cada um envelhece ao seu ritmo, e das mais diversas maneiras. Sendo assim faz sentido falar de idade biológica, idade social e de idade psicológica que podem diferir da idade cronológica (Fontaine, 2000; citando Cancela, 2008).

A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico, onde cada órgão sofre alterações, diminuindo o seu funcionamento, bem como a sua capacidade de auto-regulação. Já a idade social refere-se ao papel, ao estatuto da pessoa dentro da sociedade. A idade psicológica está ligada às competências comportamentais que a pessoas tem em relação ao ambiente, à sociedade.

O envelhecimento é um processo dinâmico normal e não é uma doença. É normal envelhecer, todas as mudanças inerentes – a alteração do peso corporal, a diminuição de estatura, a diminuição na velocidade dos reflexos, o retardamento/ dificuldades na aprendizagem... É uma das fases da vida onde são marcadas várias perdas de ordem física, emocional e social.

Todas estas mudanças devem ser aceites passivamente, acolhendo-as como uma parte natural da vida.

Há uma variedade imensa quando se tenta definir o que é o envelhecimento. O envelhecimento pode ser visto, por exemplo, em termos dos processos que afectaram a pessoa conforme foram acontecendo. Assim, podem ser divididos em acontecimentos relativamente distantes, conhecidos como efeitos distais do envelhecimento, ou por acontecimentos mais recentes, sendo conhecidos como efeitos proximais do envelhecimento (Stuart-Hamilton, 2002).

O envelhecimento pode ser definido ainda em termos da probabilidade de se adquirir uma determinada característica da velhice. Os aspectos universais são aqueles que todas as pessoas mais velhas compartilham em certa extensão, a pele enrugada por exemplo, por outro lado, os aspectos de envelhecimento probabilísticos não são universais (i.e. a artrite). O envelhecimento tem sido descrito como normal quando envolve mudanças fisiológicas universais e inexoráveis, e usual quando inclui doenças relacionadas à idade (Geib, 2003). O envelhecimento deve ser encarado de forma individual, pois cada um tem uma maneira de envelhecer diferente do outro.

Outra das características apresentadas no processo de envelhecimento é a presença de várias doenças crónicas. Tal facto determina e realça a necessidade dos cuidados, bem como o tratamento destas enfermidades, onde muitas vezes são receitados vários fármacos que por um lado ajudam num problema mas, por outro, favorecem a acentuação de outros. O tratamento das doenças crónicas vai incidir fundamentalmente no alívio do desconforto, no retardamento da evolução, na prevenção de complicações futuras, no bem-estar e na melhoria da mobilidade.

Quando se fala em envelhecimento, fala-se também em qualidade de vida. Quanto mais tempo o idoso permanecer de boa saúde, sem incapacidade e produtivo, melhor será a sua qualidade de vida, maior a sua contribuição para a sociedade e, talvez, menor será o custo de lhe proporcionar serviços sociais e de saúde. No entanto, como já foi referido anteriormente, a esperança de vida saudável é influenciada por certas patologias crónicas, que se tornam incapacitadoras do indivíduo. Entre elas estão as doenças circulatórias, cardiovasculares, demência, depressão...

Os sinais de envelhecimento existem e fazem parte da nossa realidade. Tanto podem ser físicos como mentais. São medidos, então, pela idade biológica e idade psicológica. Assim, a idade biológica engloba todas as mudanças corporais, particularmente nos sistemas nervoso e sensorial, que influenciam directamente o funcionamento do cérebro (Stuart-Hamilton, 2002).

Morin (1999, citando Teixeira, 2006), diz que o processo de envelhecimento é encarado com recusa pelo sujeito, pois é a fase da vida que mais se aproxima da morte, tomando assim a velhice um peso. Assim, para Morin (1997), citando ainda Teixeira (2006), a morte e a velhice fazem parte da condição humana, estando inscritas na herança genética, onde “são coisas normais e naturais, porque uma e outra são universais e não sofrem qualquer excepção entre os mortais”.

O envelhecimento é assim, o estado final do desenvolvimento. A senescência é um processo natural do envelhecimento, o qual vai comprometer progressivamente aspectos físicos e cognitivos.

Relativamente a alterações neurofisiológicas durante o envelhecimento, este compreende uma vasta alteração nas funções orgânicas e mentais devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas comecem a declinar (Teixeira, 2006).

O declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal. As funções intelectuais sofrem, assim, alterações, sendo mais difícil aprender e memorizar.

No entanto, o que mais se observa na população idosa é um declínio cognitivo leve (Charchat-Fichman, H.; Caramelli, P. ; Sameshima, K. et Nitrini, R, 2005). É de salientar que em termos de prevenção, acredita-se que o estímulo para um bom funcionamento mental, físico e social configura-se como princípio para a promoção de saúde dos idosos, consequentemente levando à prevenção de demências.

Assim, são naturais as modificações inerentes a todas estas mudanças. Visíveis estão, também, as alterações na quantidade e qualidade do sono. Estas modificações no padrão de sono alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação. Existem vários factores que contribuem para a problemática do sono, como a dor, os factores ambientais, entre outros. Todos estes factores incidem sobre a diminuição da qualidade de vida no idoso.

A perturbação do sono pode ser verificada pela diminuição da duração do sono nocturno, o facto de se despertar mais cedo que o aconselhável. Pode-se verificar estas perturbações no aumento da fadiga diurna, bem como a sonolência, aumentando assim as sestas, chamadas também de cochilos. A nível cognitivo pode-se verificar uma lentificação mental, que limita o idoso a nível de pensamento, de motivação e de desempenho nas actividades quotidianas. Nesta população é muito comum a perda de força, não só pela perturbação do sono mas também pela sua condição física, que leva muitas vezes a quedas e ao isolamento social. Toda a vida do idoso é condicionada pela sua nova forma de estar no mundo.

No envelhecimento denota-se uma diminuição do limiar do despertar, um aumento de latência para o início do sono, uma redução tanto da duração total do sono REM, quanto do período entre o início do sono e do sono REM, um maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília. É possível verificar que existe um maior número de problemas respiratórios durante o sono.

Como é possível verificar na figura 1, existem diferenças entre o sexo feminino e masculino, relativamente ao padrão do sono (retirado de Haponik & McCall, 1999; citando Geib, 2003):

Figura 1 - Modificações do Sono no idoso segundo o Género

| Padrão de sono | Idosos | Idosas |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| Duração de sono | Levemente maior | Levemente menor |
| Tempo de permanência na cama | Maior | Menor |
| Demora em dormir | Maior | Menor |
| Micro-despertares | Mais longos | Mais frequentes |
| Eficiência e manutenção do sono | Menor | Maior |
| Estágios 1 e 2 | Maior | Menor |
| Estágios 3 e 4 | Menor | Maior |
| Sono REM | Mais curtos | Mais longos |

Como perturbações propriamente ditas, o envelhecimento pode provocar no indivíduo insónias, apneias etc.

Nesta população em específico é natural a ocorrência de terrores nocturnos, chamados também de experiências emocionais. São considerados sonhos recorrentes de stress pós-traumático (Hobson, 2002), onde ocorre uma intensa activação do coração, a taxa respiratória aumenta e a pressão sanguínea pode subir para valores extremamente elevados. As observações com veteranos de guerra com síndrome de stress pós-traumático sugerem que tal como o

pensamento em vigília tende a ser dominado por preocupações com estas experiências desagradáveis, também a actividade mental durante o sono tende a ser dominada por elas.

O sono é visto, como já foi focado anteriormente, como restaurador da preservação da vida e desempenho diurno.

Actualmente verifica-se que a população idosa menospreza este problema, considerando-o como normal, característico da velhice. Tal, quando relatado ao médico, é mal diagnosticado e consequentemente mal medicado.

Todas estas perturbações devem ser analisadas individualmente, sendo propostas intervenções terapêuticas para cada caso, incluindo medidas não farmacológicas.

Para explicar o envelhecimento, podemos encontrar várias teorizações a nível biológico, nas quais não me vou debruçar neste trabalho.

2.8.1 Envelhecimento em Portugal

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a população residente continuará a aumentar até 2034, atingindo assim os 10897.7 milhares de indivíduos.

Referem ainda que irá haver um decréscimo da população jovem e adulta, em detrimento da população idosa, com 65 anos ou mais. Assim considerando o decréscimo da população jovem, em paralelo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população crescerá.

É estimado, que em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens.

Portugal está a tornar-se um país envelhecido, onde o peso dos idosos na estrutura social tem vindo a aumentar progressivamente, por um lado devido ao aumento da esperança de vida e por outro lado devido à diminuição dos nascimentos.

Toda esta nova definição social exige de parte da sociedade uma alteração a nível político, onde o plano de saúde e o apoio social têm de ser pensados e alterados para esta nova realidade.

3. Metodologia

Para esta problemática decidi fazer um estudo exploratório, onde procuro responder a perguntas acerca de como se processa o sono e o sonho bem como de que forma recordamos o sonho.

O alvo desta investigação é a terceira idade, por ser uma faixa etária para a qual o estudo do sonho não se encontra ainda explorada de forma abrangente. A investigação do sono, em paralelo à do sonho, pretende complementar o estudo e abranger uma parte da realidade.

Pretende-se encontrar assim diferenças entre os dois géneros, de maneira a estabelecer uma linha diferencial entre eles.

No presente trabalho, a avaliação foi feita seguindo duas abordagens, a quantitativa, com a ajuda do programa estatístico SPSS, e da qualitativa, analisando os sonhos a nível de conteúdo. Estas duas abordagens permitiram o conhecimento mais aprofundado da população idosa, captando a sua diversidade e complexidade.

Relativamente à amostragem, foi determinada que seria uma amostragem por conveniência num primeiro momento, sabendo que esta traz algumas limitações e enviesamentos. Porém, nesta população, a escolha dos indivíduos e a sua própria vontade são fundamentais para a realização deste trabalho, que implica algum dispêndio de tempo e vontade de partilhar, o que por vezes nesta população específica se torna complexo e difícil de adquirir.

3.1 Problemática e Hipóteses

A problemática desta investigação cinge-se às componentes do sono e às composições oníricas que dela surgem.

Assim, como primeiro problema apontado será a população idosa consciente das suas composições oníricas? Respeitante a esta amostra em concreto, onde as experiências de guerra fazem parte das vivências dos indivíduos, é esperado que os seus sonhos sejam de tal forma conscientes que manifestem o grau de experiências traumáticas. Como já evidenciámos no capítulo anterior, nesta população em específico é natural a ocorrência de terrores nocturnos, sendo de carácter recorrente de stress pós-traumático.

Seguindo esta linha de pensamento, se existe consciência deste tipo de sonhos, qual é a sua frequência e quais os conteúdos nela envolventes. Serão somente sobre

guerra e sobre traumas vivenciados? Se tal acontece com alguma frequência é provável que exista, em maior quantidade, composições oníricas de carácter traumático, pois como já foi dito, estes indivíduos foram activos militarmente na Guerra Colonial.

No entanto, poderá haver casos de indivíduos que não sejam conscientes destas composições. Se tal acontecer, quando teve o último sonho de que se lembra? O facto de não se ser consciente aquando a recordação do sonho, não significa que não houve sonho, que se tornou memorável.

Outro tema em investigação no presente trabalho é as emoções predominantes nesta população. Nesta amostra em específico, será o medo, a culpa e/ou a tristeza emoções frequentes? Hipoteticamente espera-se que nestes sujeitos estas emoções sejam uma constante, devido às experiências de vida. Estas, ao serem interiorizadas pelo indivíduo, podem se manifestar tanto na vida concreta como na vida onírica.

Relativamente ao que o questionário do sono e do sonho pretende responder, a qualidade do sono bem como a do sonho espera-se que seja de fraca qualidade.

3.2 Amostra

Participaram neste estudo 31 pessoas, de idades compreendidas entre os 72 e os 94 anos (M=82.55 anos).

Nesta amostra verifica-se a presença de 13 participantes de sexo masculino e 18 de sexo feminino, sendo que foram entrevistados 13 civis, 1 coronel, 2 tenentes-coronéis, 2 majores, 1 capitão, 2 tenentes, 1 alferes, 1 aspirante a oficial e 8 enfermeiras.

A amostra foi cedida pelo Centro de Apoio Social de Oeiras (Caso), pertencente à Instituição de Apoio Social das Forças Armadas. Assim, esta amostra representa, apenas, a população idosa que vive nesta instituição, sendo específica a sua vida militar, servindo o País.

Para delimitar a amostra, e para que a validade do estudo fosse concreta, delineeii alguns factores de exclusão. Para tal, retirei do estudo indivíduos que representassem algum tipo de deterioração cognitiva, através da aplicação do teste MMSE, ou que apresentassem algum tipo de distúrbio de personalidade, a qual foi conferida através da verificação das pastas individuais dos participantes, onde se pode encontrar o histórico clínico do indivíduo em causa.

3.3 Procedimento

Foi contactado o Gabinete de Psicologia do Centro de apoio social de Oeiras, a fim de apresentar a pertinência do estudo, entregando ao Chefe do Gabinete uma carta de apresentação (anexo A). A carta de apresentação foi assinada pelo Chefe do gabinete e pelo Director do Caso.

Relativamente à amostra, todos os indivíduos foram contactados, antes do primeiro momento de avaliação, como uma mais-valia para este estudo, sendo-lhes apresentado o estudo de forma sucinta e todos os parâmetros da investigação a decorrer, bem como o termo de consentimento informado (anexo B).

A recolha da amostra foi feita, num primeiro momento, com a avaliação de um teste que permite delimitar o facto de haver ou não défice cognitivo. O teste escolhido foi o Mini Mental State Test (MMSE), sendo a versão original a de Folstein, Folstein & McHugh (1975). A versão utilizada, já se encontra validada para a população portuguesa (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia (2008).

Neste primeiro momento foi utilizada a amostragem por conveniência, sabendo que esta poderia ser um factor de enviesamento. Este primeiro momento permitiu, assim, a delimitação da amostra no momento seguinte.

Depois do teste de despiste foram feitas entrevistas, a nível individual, para a avaliação do questionário. Não foram feitas a nível grupal, pois nesta população torna-se uma tarefa complexa conseguir a atenção durante grandes períodos de tempo. Assim, optei por fazer pequenas entrevistas, onde na primeira foi preenchido o questionário propriamente dito, e numa segunda entrevista executado o desenho e efectuada a descrição dos sonhos.

No primeiro momento de avaliação foram entrevistados 54 indivíduos, pertencendo à amostra, apenas 31 indivíduos. No segundo momento, cada participante teve em média 2 a 3 entrevistas individuais, a fim de se poder avaliar o questionário da vida nocturna: o sono e sonho.

Ao todo foram dispendidas 180 horas nas entrevistas com os participantes. No decorrer do processo de recolha de dados alguns participantes faleceram, o que de certa forma restringiu o número de sonhos encontrados.

Quanto à análise dos dados propriamente ditos, utilizei o software estatístico SPSS 17.0. Para a depuração dos itens deste questionário foram analisados valores como o valor máximo, valor mínimo e a mediana. Este teste, como irei apresentar abaixo, está dividido nos temas sono e

sonho. De forma a determinar a qualidade destes dois conceitos, tornou-se necessário efectuar um somatório de todos os itens correspondentes ao sono e de todos os itens correspondentes ao sonho, para o qual recorri à utilização deste software estatístico.

Ainda a respeito deste questionário, na parte do desenho do sonho, foram colocadas à disposição dos indivíduos canetas de feltro de várias cores, a fim de se poder verificar quais as cores utilizadas, e se tal tem alguma influência no conteúdo do sonho desenhado.

Seguidamente apresento os instrumentos utilizados nesta investigação.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Mini Mental Test – Mini-Exame do Estado Mental (Anexo C)

Para a avaliação da deterioração mental utilizei o MMSE, elaborado por Folstein, Folstein, & McHugh em 1975.

Este método de avaliação não dispensa um diagnóstico, mas é utilizado para verificar se existe algum défice cognitivo. É de fácil manuseamento e cotação, demorando apenas dez minutos, sendo por isso utilizado mundialmente, estando disponíveis versões em diversas línguas.

Permite, como já referi, determinar se o indivíduo possui deterioração cognitiva, estando dividido em sete categorias, cada uma avaliadora de funções cognitivas. As categorias encontradas neste teste são a orientação, a retenção, a atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade construtiva.

Assim, este teste permite avaliar a medida de orientação temporal e espacial; a memória imediata e de curto prazo e função da linguagem.

A nível de cotação, o valor máximo deste teste é de 30 pontos. Assim, considera-se com defeito cognitivo, na validação da população portuguesa a partir dos 40 anos feito por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas & Garcia C (2008), os indivíduos analfabetos com a cotação menor ou igual a 15 valores; os indivíduos com escolaridade de 1 a 11 anos com valores inferiores ou iguais a 22 e os indivíduos com escolaridade superior a 11 anos com valores inferiores ou iguais a 27.

Esta avaliação é comumente utilizada na população idosa, a fim de se poder verificar o nível de deterioração.

No entanto têm sido apontadas algumas limitações no que respeita à avaliação deste teste.

Como factor relevante, aquando a avaliação do teste, a escolaridade no sujeito pode “esconder” uma disfunção a nível mental no indivíduo. Outras limitações prendem-se com a diversidade cultural entre grupos sociais, ou mesmo a baixa educação, que poderão levar a um diagnóstico de deterioração mental nesses indivíduos. Já nos indivíduos que possuíram uma boa formação, a nível escolar bem como uma boa educação, têm geralmente uma boa avaliação neste teste.

3.4.2 Estudo Sócio-Demográfico da Amostra

Para o conhecimento da amostra relativamente a aspectos sócio-demográficos, estudou-se variáveis como a idade, o género, o grau académico, o estado civil e a região geográfica.

Estas variáveis permitiram uma caracterização da amostra em questão, sendo uma condição necessária para a elaboração da presente investigação.

Os resultados deste estudo sócio-demográfico serão descritos na parte dos resultados.

3.4.3 Questionário da vida nocturna: Sono e Sonho

Este é um questionário, ainda não publicado, elaborado pelo Professor Mendes Pedro e outras duas colegas, Isa Silvestre e Lucília Candeias (2008/2010). Por ainda se encontrar em fase de validação não se encontra em anexo, no presente trabalho.

É um teste que procura conhecer os hábitos de sono, bem como do sono na população portuguesa.

Actualmente, só existe uma dissertação final sobre este questionário. No entanto, é de salientar que já foram feitas algumas alterações do teste, sendo esse o actual questionário.

A composição do questionário é feita em duas divisões. Na parte I foi incluída apenas uma divisão, avaliando a qualidade do sono. Nesta parte poder-se-ão verificar pequenas subdivisões. São elas: os hábitos de sono e os períodos de transição sono-vigília e vigília-sono. Podem-se encontrar questões sobre a medicação tomada, sensações durante o sono (...).

Para avaliar a qualidade desta variável, deverá se calcular o somatório destes itens. Relativamente aos valores desse somatório, e àquilo que isso representava, foi elaborada uma cotação padrão. Assim, considera-se uma baixa qualidade de sono se o valor do somatório estiver

entre 30 e 82; uma média qualidade do sono se o valor estiver entre 83 e 97 e muito boa qualidade de sono se o valor obtido for entre 98 e 150.

A parte II do questionário avalia a qualidade do sonho. Para se calcular a qualidade do sonho, é igualmente necessário o somatório desses itens.

Assim, este somatório divide-se na baixa qualidade do sonho, entre valores de 82 a 129; na média qualidade do sonho, que varia entre os 130 e 251 valores e na muito boa qualidade do sonho, variando entre 252 e 410 valores.

Assim, num primeiro momento, avalia-se os sonhos gerais dos indivíduos. Questões como a frequência da recordação dos sonhos, como o sonho é vivido pelo sujeito que sonha, as emoções que vivencia, as sensações (...).

No segundo momento desta segunda parte são avaliados os conteúdos destas composições oníricas que são os sonhos. Nesta dimensão podemos encontrar questões sobre os conteúdos implícitos e explícitos dos sonhos, bem como as sensações e emoções.

No terceiro momento salientam-se as relações interpessoais, onde a relação com o outro é o tema fulcral.

Na última dimensão podemos encontrar questões direccionadas para o contexto de vida de cada sujeito participante. Salienta-se a presença de doenças somáticas/físicas e de doenças psicológicas.

A forma de resposta dos elementos deste questionário composto por 112 itens, trata-se de uma escala tipo-likert de 5 pontos, variando entre nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes e sempre. No entanto, os dados sócio-demográficos, apresentados no início do questionário variam entre sim e não, o que determinou que a sua análise fosse apenas de carácter descritivo.

Ainda sobre a cotação de itens, esta é feita atribuindo 1 ponto ao registo mais à esquerda, 2 ao seguinte, 3 ao seguinte, 4 ao seguinte e 5 ao mais da direita, excepto para aqueles que são indicados como invertidos. Nestes casos a atribuição da nota é inversa (5,4,3,2,1). Para a conceptualização e compreensão desta cotação, atenda ao exemplo abaixo descrito:

| | NUNCA | RARAMENTE | ALGUMAS VEZES | MUITAS VEZES | SEMPRE |
|---------------------------------|----------|-----------|---------------|--------------|----------|
| Tomar medicação para adormecer. | 5 pontos | 4 pontos | 3 pontos | 2 pontos | 1 ponto |
| Gosto de dormir acompanhado. | 1 ponto | 2 pontos | 3 pontos | 4 pontos | 5 pontos |

Fig.2: Exemplo de 2 itens do Questionário de vida nocturna: sono e sonho

A fim de avaliar a consistência interna, ou fiabilidade, avaliou-se o alpha de Cronbach (α). Este coeficiente é uma das medidas mais usadas sendo uma “correlação que se espera obter entre as escalas usadas e outras (...) hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens que meçam a mesma característica” (Pestana e Gageiro, 2003, p. 542). Assim, apenas são aceitáveis itens com alpha superior a 0.6, sendo que entre 0.6 a 0.7, a fiabilidade é fraca; de 0.7 a 0.8, a fiabilidade é razoável; de 0.8 a 0.9 é boa e daí até à unidade é muito boa.

Relativamente à parte qualitativa desta investigação é de referenciar que estes relatos e descrições foram feitos à investigadora, com o auxílio de um gravador. Este foi uma mais-valia devido às paragens, muito frequentes, dos idosos para falar da realidade, do contexto concreto em que vivem.

No entanto, todo este trabalho de recolha tornou-se exaustivo na medida em que a população idosa, geralmente, não centra a sua atenção numa só actividade. E esta era de carácter muito pessoal e por vezes traumatizante.

Tal levou a um maior investimento da investigadora e uma escolha dos desenhos, pois existiam muitos que não eram constituintes do sonho. Eram apenas coisas que gostariam de desenhar naquele momento e de partilhar. Toda esta investigação tornou-se gratificante neste sentido.

3.4.4 Análise de conteúdo Categorical

Neste trabalho, a análise de conteúdo tornou-se fundamental para a compreensão dos conceitos-chave desta investigação.

Para tal a análise de conteúdo deve ser “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a «discursos» extremamente diversificados”, citando Bardin, 2004.

O tratamento sistemático e objectivo das mensagens, a fim de se tentar conhecer o indivíduo e o seu meio, transmite-se no distanciamento da incerteza, enriquecendo por outro lado a leitura dos dados.

Como Bardin (2004) refere, a análise destes dados prende-se ao desenvolvimento de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Nesta investigação utilizou-se a técnica da análise de conteúdo categorial, inferindo-se no desmembramento do texto em núcleos de sentido, sendo posteriormente reagrupados em classe ou categorias de significação (Bardin, 2004).

4. Resultados

Para a análise dos dados fornecidos nesta investigação, a qual é apresentada de forma pormenorizada neste documento, foi utilizado o software SPSS 17.0.

4.1 Dados Sócio-Demográficos

Na tabela 1 podemos encontrar os valores percentuais relativos aos participantes desta investigação.

Em traços gerais podemos verificar que a amostra é maioritariamente feminina, sendo cerca de 58.1 %.

A idade média nesta amostra é de 82.55 anos, o que poderá confirmar o baixo grau de escolaridade, pois “antigamente não se ia para a escola, trabalhava-se” (retirado de um depoimento de um participante). Assim, é visível que a maior parte desta população frequentou apenas o ensino básico, considerado como a antiga 4ª classe. Apenas 4 pessoas afirmam ter frequentado o ensino secundário, e após ingressar o serviço militar.

Relativamente ao estado civil, devido ao avançar de idade, mais de 90% dos sujeitos desta amostra são viúvos, como se pode verificar na tabela abaixo mencionada.

Ainda, em termos sócio-demográficos, pode-se verificar que nesta amostra existem tantos indivíduos provenientes da região Norte como Centro.

Nesta amostra, em específico, foram entrevistados mais civis e enfermeiras de guerra, pois os indivíduos dos outros postos militares, excepto aqueles que foram entrevistados, pertenciam ao grupo de exclusão, sendo sujeitos com alguns distúrbios de personalidade.

Tabela 1 – Dados Sócio-demográficos dos participantes

| | N | % |
|-----------------------------|----|------|
| Género | | |
| Masculino | 13 | 41,9 |
| Feminino | 18 | 58,1 |
| Faixa Etária | | |
| 70 – 75 | 4 | 12,9 |
| 76 – 81 | 11 | 35,5 |
| 82 – 87 | 11 | 35,5 |
| 88 – 93 | 4 | 12,9 |
| 94 – 99 | 1 | 3,2 |
| Estado Civil | | |
| Casado | 3 | 9,7 |
| Divorciado | 0 | 0 |
| Viúvo | 28 | 90,3 |
| Grau de Escolaridade | | |
| Ensino Básico | 27 | 87,1 |
| Ensino Secundário | 4 | 12,9 |
| Licenciatura | 0 | 0 |
| Mestrado | 0 | 0 |
| Doutoramento | 0 | 0 |
| Região Geográfica | | |
| Norte | 12 | 38,7 |
| Centro | 12 | 38,7 |
| Sul | 7 | 22,6 |
| Posto Militar | | |
| Coronel | 1 | 3,2 |
| Tenente-Coronel | 2 | 6,5 |
| Major | 2 | 6,5 |
| Capitão | 1 | 3,2 |
| Tenente | 2 | 6,5 |
| Alferes | 1 | 3,2 |
| Aspirante a oficial | 1 | 3,2 |
| Civil | 13 | 41,9 |
| Enfermeiro | 8 | 25,8 |

4.2 Questionário da Vida nocturna: Sono e sonho

Como pretendido nesta investigação, a avaliação prende-se no conhecimento da vida nocturna na população idosa, relativamente ao sono e ao sonho.

Para tal compreensão, foi necessária a análise dos dados, verificando que tipo de qualidade, fraca ou forte, existia nesses dois momentos.

Para constatar a qualidade, teria que se calcular o somatório dos itens correspondentes ao sono e ao sonho, individualmente.

Antes da elaboração do somatório, irei fazer uma análise mais exaustiva, às dimensões do questionário.

Assim, relativamente à parte I do questionário, o sono, existem 31 itens.

Todavia, por vezes a eliminação de um factor pode subir o valor de alpha, e tal quer dizer que esse factor tem uma fraca correlação como os restantes itens.

4.2.1 1ª Parte: Sono

Dito isto, a análise da I parte foi iniciada segundo este parâmetro.

Avaliando o conjunto dos 31 itens, o valor do alpha é inferior ao aceitável (tab. 2).

Tabela 2 – Alpha de Cronbach da 1ª Parte : Sono

| Alpha de Cronbach | Número de Itens |
|-------------------|-----------------|
| 0,492 | 30 |

A fim de garantir a fiabilidade da dimensão, e para não a eliminar de todo, procede-se à investigação do item que está a prejudicar este valor.

Constatou-se que seria o item 1.4H. A sua exclusão faz subir o alpha para 0.526. No entanto, a fiabilidade ainda não é aceitável, pelo que se continua a investigar qual ou quais os itens a retirar da escala, como se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3 – Alpha de Cronbach da 1ª Parte: Sono_ Caso se exclua um item

| Itens | Alpha de Cronbach se o Item for eliminado |
|--------------|--|
| 1.4H | 0.526 |
| 1.7 | 0.548 |
| 1.3C | 0.568 |
| 1.4I | 0.607 |

Como se verifica na tabela acima, para que houvesse fiabilidade, ainda que fraca, teria que se eliminar 4 itens. Para que a fiabilidade se tornasse satisfatória, ou seja, que chegasse ao valor de 0.7, teria que se eliminar 10 itens desta escala. Estes seriam 1.4G, 1.5, 1.4^a, 1.8, 1.15C, 1.15G, para além dos 4 primeiros apresentados na tabela.

Assim, para que não se anulasse vários itens desta dimensão, entendeu-se que a fiabilidade ainda que fraca, seria preferível para este caso em particular. Isto só se demonstrou pertinente pois ao retirar algumas das questões como se se acorda habitualmente durante a noite, ou se acorda, habitualmente, em estado de alerta, perdia-se, talvez, alguns dos sintomas e consequências dos traumas evidenciados neste tipo de população.

4.2.1 2 2ª Parte: Sonho

Relativamente à segunda parte do questionário, estes ajustamentos de itens continuaram.

Inicialmente, considerou-se agrupar os itens todos desta dimensão, mas quando se verificou o alpha entendeu-se que se devia elaborar uma reorganização dos itens. O alpha inicialmente era de 0.135, relativo aos 82 itens pertencentes desta dimensão, como se pode ver na tabela 4.

Tabela 4 – Alpha de Cronbach da 2ª Parte: Sonho

| Alpha de Cronbach | Número de Itens |
|--------------------------|------------------------|
| 0.135 | 82 |

Perante esta constatação era evidente que a organização seria uma mais-valia, não só para aumentar a fiabilidade mas também para que houvesse uma divisão nesta dimensão, pois apresenta diversos termos.

Assim, a divisão desta parte cingiu-se a 4 partes: a primeira corresponde aos aspectos gerais do sonho, sob forma de afirmações; a segunda engloba os conteúdos, bem como as sensações e emoções neles experienciados; a terceira incide nas relações interpessoais, onde a relação com o outro está presente e a última referindo-se ao contexto de vida, dimensões como a saúde e a doença. Esta hierarquia é semelhante à do trabalho realizado por Silvestre (2008), aquando a construção e o pré-teste do instrumento em causa.

Relativamente aos aspectos gerais do sonho, o alpha de Cronbach era de 0.262, tendo 17 itens, como se verifica na tabela 5.

Tabela 5 – Alpha de Cronbach dos aspectos gerais dos sonhos, pertencentes à 2ª Parte – Sonho

| Alpha de Cronbach | Número de Itens |
|-------------------|-----------------|
| 0.262 | 17 |

Assim, para que a fiabilidade se tornasse satisfatória teria que se proceder à eliminação de alguns itens, como se pode constatar na tabela abaixo.

Tabela 6 – Alpha de Cronbach da 2ª Parte: Sonho_ caso se exclua um item

| Itens | Alpha de Cronbach se o Item for eliminado |
|-------|---|
| 1. F | 0.446 |
| 1. D | 0.558 |
| 1. B | 0.653 |
| 1. G | 0.722 |

A fim de garantir a consistência interna, procedeu-se à eliminação destes itens, sendo o valor alpha 0.722 um valor satisfatório.

Relativamente ao conjunto das sensações, emoções e conteúdos, inicialmente obtive o valor alpha de 0.069, (Cf tabela 7). Este era muito fraco, e para garantir a validade deste grupo procedi à eliminação dos itens abaixo descritos na tabela 8.

Tabela 7 – Alpha de Cronbach do conjunto de itens das Emoções, Sensações e Conteúdos (ECS), pertencentes à 2ª Parte – Sonho

| Alpha de Cronbach | Número de Itens |
|-------------------|-----------------|
| 0,069 | 37 |

Tabela 8 – Alpha de Cronbach do conjunto ECS, pertencentes à 2ª Parte – Sonho_ caso se exclua algum item

| Itens | Alpha de Cronbach se o Item for eliminado |
|-------|---|
| 1.2F | 0.251 |
| 2.L | 0.383 |
| 2.A | 0.438 |
| 2.K | 0.487 |
| 2.H | 0.523 |
| 1.2D | 5.63 |
| 1.1D | 5.92 |
| 1.1H | 6.2 |

Para alcançar um valor mais elevado de alpha, teria que se proceder à eliminação de 12 itens, obtendo o valor de 0.723 de alpha.

No entanto, entendeu-se que eliminando mais itens, a compreensão desta investigação seria posta em causa, e como já obtivemos um valor fraco, mas com alguma fiabilidade, de alpha, foi preferível manter os restantes itens.

A terceira parte desta 2ª área do questionário é referente às relações interpessoais, onde a relação com o outro é mencionada.

Quando observamos a análise do alpha de Cronbach, determinamos que é um valor baixo (Conf. Tabela 9). Assim, o procedimento conseguinte de eliminação de um item consegue contornar a questão, aumentando o valor de fiabilidade, como se pode verificar na tabela 10.

Tabela 9 – Alpha de Cronbach das relações interpessoais, pertencentes à 2ª Parte: Sonho

| Alpha de Cronbach | Número de Itens |
|--------------------------|------------------------|
| 0.626 | 28 |

Tabela 10 – Alpha de Cronbach das relações interpessoais, pertencentes à 2ª Parte: Sonho_ caso se exclua algum item

| Itens | Alpha de Cronbach se o Item for eliminado |
|--------------|--|
| 4.E | 0.708 |

Ao retirar este item obtemos um valor satisfatório, garantindo um bom indicador de consistência interna.

Como já havia referido, a importância deste questionário prende-se na procura de haver ou não qualidade no sono e no sonho.

Para tal, foi necessário o somatório de todos os itens da Parte I, num primeiro momento e num segundo momento proceder à cotação dos itens relativos ao sonho, para que se constatasse que tipo de qualidade se verificava nesta população.

Na tabela 11 estão evidenciadas algumas características do somatório da 1ª parte, referente ao Sono.

Tabela 11 – Medidas de tendência central e de dispersão no Somatório do Sono

| | |
|----------------------|-------|
| Média | 91,68 |
| Mediana | 93 |
| Moda | 95 |
| Desvio Padrão | 9,9 |
| Variância | 97,2 |
| Valor Mínimo | 74 |
| Valor Máximo | 124 |
| Percentis | |
| 25 | 86 |
| 50 | 93 |
| 75 | 95 |

Como se pode constatar, a média do somatório é superior a 90 valores, o que já é considerado uma média qualidade do sono.

No entanto, existem indivíduos cujo somatório indica uma baixa qualidade do sono, como se evidencia no valor mínimo apresentado. A tabela abaixo vem confirmar que, de facto, 16% da amostra apresenta-se com uma baixa qualidade de sono. Contudo, a maior parte da amostra (71%) revela uma média qualidade de sono, como já foi referido anteriormente.

Nesta amostra, apenas quatro indivíduos apresentaram uma muito boa qualidade do sono, perfazendo a percentagem de 12,9%.

Tabela 12 – Frequências do Somatório do Sono

| Valores | Frequência | Percentagem Acumulada |
|----------------|-------------------|------------------------------|
| 74 | 1 | 3,2 |
| 75 | 1 | 6,5 |
| 77 | 1 | 9,7 |
| 80 | 1 | 12,9 |
| 82 | 1 | 16,1 |
| 83 | 1 | 19,4 |
| 86 | 2 | 25,8 |
| 87 | 2 | 32,3 |
| 88 | 1 | 35,5 |
| 90 | 2 | 41,9 |
| 91 | 1 | 45,2 |
| 92 | 1 | 48,4 |
| 93 | 2 | 54,8 |
| 94 | 2 | 61,3 |
| 95 | 5 | 77,4 |
| 96 | 3 | 87,1 |
| 100 | 1 | 90,3 |
| 106 | 1 | 93,5 |
| 107 | 1 | 96,8 |
| 124 | 1 | 100 |

Na 2ª parte do questionário – o sonho, o somatório é feito da mesma forma que o somatório anterior, apesar de apresentar valores diferentes.

Relativamente aos valores de tendência central, descritos na tabela 13, podemos observar que a média corresponde a uma média qualidade do sonho, com o valor de 239.

Tabela 13 – Medidas de tendência central e de dispersão do Somatório Sonho

| | |
|----------------------|--------|
| Média | 239,13 |
| Mediana | 239 |
| Moda | 233 |
| Desvio Padrão | 6,35 |
| Variância | 40,38 |
| Valor Mínimo | 229 |
| Valor Máximo | 250 |
| Percentis | |
| 25 | 233 |
| 50 | 239 |
| 75 | 244 |

Todo o intervalo de resultados deste somatório reside apenas na categoria de média qualidade do sonho, como se pode apurar na tabela abaixo.

Tabela 14 – Frequências do Somatório do Sonho

| Valores | Frequência | Percentagem Acumulada |
|---------|------------|-----------------------|
| 229 | 2 | 6,5 |
| 231 | 2 | 12,9 |
| 232 | 1 | 16,1 |
| 233 | 3 | 25,8 |
| 234 | 1 | 29 |
| 235 | 1 | 32,3 |
| 236 | 3 | 41,9 |
| 237 | 1 | 45,2 |
| 238 | 1 | 48,4 |
| 239 | 2 | 54,8 |
| 241 | 2 | 61,3 |
| 242 | 1 | 64,5 |
| 243 | 2 | 71 |
| 244 | 2 | 77,4 |
| 245 | 2 | 83,9 |
| 248 | 2 | 90,3 |
| 249 | 2 | 96,8 |
| 250 | 1 | 100 |

A título de curiosidade, 2/3 da amostra, cerca de 20 indivíduos, afirmaram não ter sonhos frequentemente, mas tal não se verificou na tabela 14, em que todos os indivíduos apresentaram uma média qualidade de sonho. O que seria esperado era que estes 20 indivíduos possuísem uma fraca qualidade de sonho.

Este resultado pode ter sido enviesado por vários factores. Um deles é a falta de motivação de alguns participantes em desenhar os desenhos, e portanto afirmavam que não tinham sonhos. Outro factor que pode ter contribuído é o nível de ansiedade, de medo, de culpa que alguns indivíduos demonstraram aquando a realização do questionário.

O material de análise deste questionário não finaliza neste momento dos somatórios. Como já foi referenciado anteriormente, alguns dos participantes participaram em mais um momento, sendo apenas 1/3 da amostra. Este momento trata-se da vertente qualitativa deste trabalho, onde se recolheu os sonhos e o desenho do mesmo.

Assim, a tabela seguinte (Cf. tabela 15) mostra a frequência dos indivíduos que afirmam sonhar e que se disponibilizaram a elaborar o desenho do mesmo.

Tabela 15 – Frequência da actividade onírica

| Frequência | Percentagem |
|-------------------|--------------------|
| Sim | 35,5 |
| Não | 64,5 |

Como se pode verificar apenas cerca de 35% da população relata ter sonhos, possuindo composições oníricas activamente, em oposição de 64,5% afirmar que não sonham.

Assim, foi necessário que se questionasse a todos os indivíduos qual seria a idade que teria quando sonhou pela última vez. Apesar de esta questão se tornar um pouco subjectiva, poderá dar uma alusão à idade em que os idosos já não possuem uma vida nocturna activa, respeitante aos sonhos.

Perante isto, obteve-se o seguinte quadro.

Tabela 16 – Idade do último sonho

| Valores | Frequência | Percentagem | Percentagem Acumulada |
|----------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| 60 | 1 | 3,2 | 3,2 |
| 65 | 1 | 3,2 | 6,5 |
| 70 | 6 | 19,4 | 25,8 |
| 72 | 1 | 3,2 | 29 |
| 74 | 1 | 3,2 | 32,3 |
| 75 | 5 | 16,1 | 48,4 |
| 77 | 1 | 3,2 | 51,6 |
| 80 | 2 | 6,5 | 58,1 |
| 81 | 2 | 6,5 | 64,5 |
| 83 | 2 | 6,5 | 71 |
| 85 | 3 | 9,7 | 80,6 |
| 86 | 1 | 3,2 | 83,9 |
| 87 | 1 | 3,2 | 87,1 |
| 90 | 1 | 3,2 | 90,3 |
| 91 | 1 | 3,2 | 93,5 |
| 93 | 1 | 3,2 | 96,8 |
| 94 | 1 | 3,2 | 100 |

Através desta tabela pode-se verificar que existem cerca de 19% da amostra que refere ter o último sonho na idade dos 70, bem como 16% refere ter tido o último sonho na idade dos 75.

Na discussão de dados iremos analisar mais pormenorizadamente este ponto, a fim de elaborar um padrão considerando os sonhos dos idosos.

4.3 Análise de Conteúdo Categorical

Nesta investigação, tornou-se pertinente enveredar não só pela abordagem quantitativa, mas também pela qualitativa. A razão de se elaborar uma abordagem qualitativa prende-se com o carácter experimental deste questionário, sendo que no único trabalho referente a este, somente a abordagem quantitativa foi verificada e validada.

A análise de conteúdo categorial consiste, como já foi referido anteriormente, na divisão do texto, neste caso dos sonhos em núcleos de sentido, sendo agrupados em categorias de significação, neste caso conceitos.

Assim, no início da investigação foram discutidas quais as áreas que poderiam ser características desta população, tendo em conta que esta análise vai ser representativa dos sonhos relatados. Essas áreas foram escolhidas pela investigadora, aquando o estágio académico da mesma, que foi onde se recolheu esta amostra.

A convivência com este tipo de população permitiu a saliência de alguns temas, sendo estes os escolhidos para esta investigação.

Assim, como dimensões – chave determinei que seriam as seguintes: **Guerra** (limitando-se à população em específico); **Relações Interpessoais** (amorosas e outras); **Religião**; **Abandono e Natureza**.

O conceito de guerra era indispensável nesta investigação, visto esta população ter vivências e experiências neste campo. A escolha do tema relações interpessoais prende-se essencialmente à importância que este tipo de população lhe dá. O tema do abandono e as relações interpessoais são temas que estão intimamente ligados, mas tornou-se fulcral a sua divisão para uma melhor compreensão. A religião foi escolhida como conceito-chave devido ao escape que fazem desta actividade. Esta população liga-se muito a Deus, como refúgio dos problemas de abandono.

Naturalmente que nestas dimensões estão presentes e incutidos outros conceitos, revelando assim uma parte da sua complexidade.

De seguida apresento alguns sonhos, mais marcantes, sob forma de relato e desenho. É importante referir que foram dispostas canetas, para que os sujeitos pudessem escolher as cores com que queriam desenhar os sonhos.

Todas as citações a itálico foram dadas pelos participantes, sendo comentários subjectivos e de acordo com aquilo em que participaram.

4.3.1 Guerra (Agressividade, Culpa)

A maior parte dos indivíduos entrevistados estiveram de serviço militar na Guerra Colonial, bem como alguns sujeitos inquiridos, do sexo feminino, estavam relacionados com a área da medicina.

Um dos sonhos relatados fala sobre a guerra propriamente dita.

“Eu não gosto muito de falar disto...e quando sonho já tenho vontade de contar. Tenho medo de ser morto...e também de matar. Estava numa caserna, escondido, à espera que ele saísse dali, daquele matagal, que só nos pegava doenças. Ouvia os passos dele, ouvi tiros, ouvi gritos. Saí, na esperança de tudo ter acabado, mas vi-me na Guerra... Guerra outra vez (...). Ouvia aviões, tiros, gritos. Explosões!”

Francisco, 85 anos

Desenho 1 – Tema Guerra



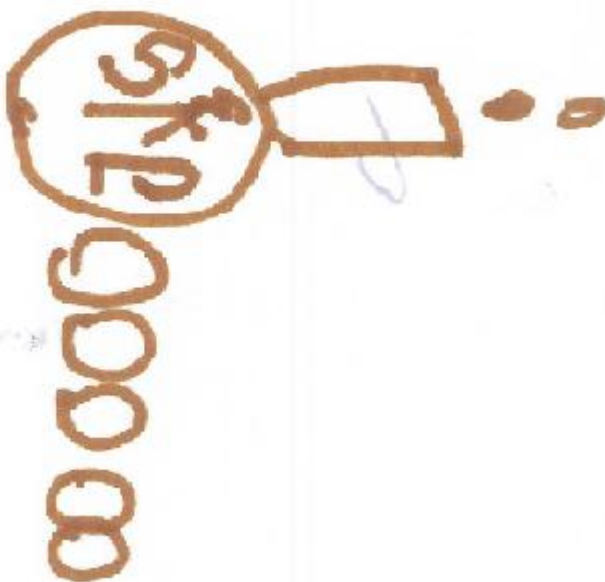
Nesta imagem, o indivíduo desenhou um avião (a azul) e a explosão que evidencia no relato. Por ser tão traumático, o sujeito entende a necessidade de contá-lo e desenhá-lo para que se fizesse entender. Este sujeito esteve em Guerra durante muitos anos, e ainda hoje diz que sonha frequentemente com tiros, explosões, mas que tal é difícil de comentar pois causa-lhe *medo e traumas, que são difíceis de aguentar*. Este sonho tem um carácter recorrente neste indivíduo, o que transparece a dificuldade e os sentimentos negativos e tenebrosos que este sujeito vivenciou na guerra.

As emoções experienciadas neste sonho são, maioritariamente, a agressividade, o medo e a luta pela sobrevivência.

Denota-se nesta descrição que existe ambivalência entre o ser morto e o matar, bem como o facto de ter medo e estar escondido e ter coragem para sair do esconderijo.

Relativamente às cores utilizadas observa-se que a explosão é feita de cor vermelha, transmitindo agressividade, violência, guerra, sendo a cor do sangue. Note-se ainda o traço carregado e irregular.

Desenho 2 – Tema Guerra



Outro sonho que relata a violência e os traumas experienciados na guerra é o de uma utente que viveu, através do marido, momentos hostis.

“Eu não sei como fui lá parar. Eu nunca tinha lá estado. Só em imaginação, só para imaginar o que o meu marido sofreu naquele lugar. O meu marido estava sempre a falar... a falar de armas, de canhões, de sangue... lembro-me de uma vez ter pegado no sono, e ver uma arma apontada a mim, e não conseguir fugir. Ouvi os tiros e consegui acordar a tempo. Hoje sonhei com o meu marido. Estava outra vez na Guerra. Lembro-me de ter levado uma fotografia minha... mas vi voar essa fotografia. Senti nesse instante que o tinha perdido...”

Fernanda, 83 anos

Neste relato é visível o medo e a transmissão de vivências traumáticas. A saudade faz também parte deste conceito, além de não ser relacionado directamente com a guerra. A violência que transmite nas palavras, e o pesadelo que viveu pela experiência do marido, é apoiado pelo desamparo e abandono que se poderia englobar numa outra dimensão que abaixo irei referir: o abandono.

A oscilação entre aquilo que ouvia do marido e a composição onírica fazem parte da descrição confusa deste sonho.

Outros relatam a experiência dos barcos de guerra.

“Senti-me um marinheiro, percorrendo o grande mar e vendo a costa africana, lá no fundo. Sentia-me confuso, sem saber o que estava ali a fazer. Chegámos. (...) Vi serem massacradas pessoas... vi pernas, braços.... Foi horrível. Não consigo mais.”

João, 81 anos

É notória a experiência traumática vivida por este homem, que confunde o sonho com a realidade, relatando toda a sua angústia e medo.

Inicialmente evidencia-se um sentimento de calma, transmitido pelo mar, e depois a entrada na guerra, onde o medo, a ansiedade e a recusa de continuar a descrição se implantam.

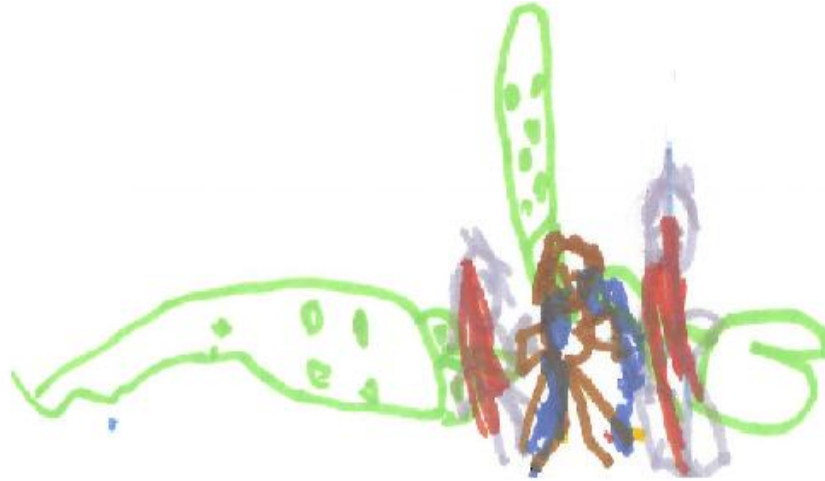
Existem outros sonhos, em que a temática, apesar de ser agressividade tem *monstros* e *bestas*.

De seguida apresento a descrição de um sonho.

“Fui atacado. Não sei pelo quê. Senti-me encurralado. Eram umas bestas!! Senti-me preso, sem forças! Comecei a chorar, queria sair dali! Não aguento mais! Vi muito sangue! Senti-me fraco! Chorei muito! Depois acordei...que alívio!”

Luís, 85 anos

Desenho 3 – Tema Guerra (Agressividade)



Como é visível, este sonho é concretizado em redor de uma experiência traumática. A fragilidade do sujeito e o desejo de sair são características desta composição onírica. Existe uma entrada directa na acção, onde o sujeito é atacado.

O sentimento de impotência e de pânico são evidentes nesta composição.

Relativamente às cores, podemos constatar que o sujeito utiliza a cor vermelha, característica de agressividade e sangue, evidenciado neste desenho. Utiliza ainda a cor azul, para as lágrimas de medo e de angústia.

O próximo desenho tem a mesma temática do anterior, mas este relato tornou-se impossível de transcrever pois a participante que o desenhou recusou-se a contar, limitando-se a desenhá-lo.

Desenho 4 – Tema Guerra (Agressividade)



)

Apesar de não possuir uma descrição exacta deste sonho, é verificado que se trata de um animal, uma espécie de elefante, *que ataca sem dó nem piedade*. O medo faz parte da expressão facial da personagem desenhada neste sonho.

4.3.2 Relações Interpessoais (Casamento, Família)

Nesta faixa etária, no que respeita principalmente ao sexo feminino, são evidentes os sonhos que revelam esta temática.

Num dos sonhos relatados e desenhados, uma participante conta o dia do seu casamento, como se este tivesse sido assim:

“Estava linda! Estava um belo dia de Verão, e eu tinha certeza que algo de bom me iria acontecer... uma surpresa! Era isso que sentia. De repente, vi-me num campo de flores. Muito vermelhas. Senti-me sozinha e perdida. Oiço o meu nome (...) Vou-me casar! Tenho um vestido lindo. Tenho um banquete à minha espera.

Vejo o meu marido (...).

Maria, 77 anos

Desenho 5 – Tema Relações Amorosas



Desenho 6 – Tema Relações Amorosas



Nos desenhos acima apresentados, a sonhadora desenha o seu vestido dizendo que *este fui eu que fiz*. Este comentário revela, talvez, a confusão da realidade com o sonho onírico, uma vez que a senhora, aquando o desenho do mesmo, refere que o seu vestido de casamento foi feito por ela, mas que aquele do sonho era uma espécie de fantasia. O desenho 6 é referente às flores vermelhas encontradas no campo. É a primeira vez que aparece a referência da cor numa composição onírica. Esta cor representa vitalidade e é também considerada a cor da paixão (Daco, 1981).

Na descrição do sonho, para além da surpresa, a sonhadora transparece alegria, e em oposição medo e abandono.

A partir desta composição podemos sugerir que a utente mostra um medo do desconhecido, o de casar e não saber o que esperar. Inicialmente passa por um período de esperança e de solidão, que logo é ultrapassado pela união.

Esta idosa, ainda me descreveu um outro sonho em que sonhava que fazia amor com o seu marido. Este sonho foi o único com o tema da sexualidade. No entanto, a participante não pormenorizou a composição onírica, e não quis desenhar, por ser *uma coisa muito privada e difícil de explicar*. Estes sonhos, com o casamento, a relação com o marido, mostram na participante sentimentos de fraqueza e angústia, pois o seu marido faleceu na guerra, onde os sentimentos de perda são predominantes.

Outra participante relata um sonho, baseado na sua relação de mãe e filho.

“Sonhei que estava a abraçar o meu filho. Que lhe dava de comer à boca e que o punha na cama. Despedi-me dele com um beijo na cara... Senti-me completa. Acordei.”

Carolina, 90 anos

Este sonho relata a relação maternal na infância do seu filho. Todas as rotinas de dar de comer à boca, de o pôr na cama, transmite saudade. De referenciar que este filho tem deficiências psico-motoras e que não é costume visitar a mãe, devido à condição acima mencionada. Isto faz com que se sinta desamparada e sozinha, saudosa do tempo de infância em que estava junta com o filho. Por outro lado, pode transparecer um sentimento de impotência, incapacidade de voltar a cuidar dele por já não ter as mesmas capacidades físicas que tinha, resultantes da idade que tem.

Estes sonhos conjugam-se muitas das vezes com a religião, que terá lugar nesta investigação.

Desenho 7 – Relações Amorosas



Neste desenho a sonhadora representa a sua relação com o filho, focando o seu reencontro. O esticar da mão do filho evidencia uma forte relação. Torna-se evidente a relação interpessoal.

Neste desenho ainda se pode inferir sobre a imagem física que a participante tem de si própria. Ela ao fazer o desenho menciona que é *muito gorda* mas que se este sonho se realizasse era *muito feliz*. Na realidade, a participante tem uma estatura bastante magra e pálida.

Outro tipo de sonho bastante recorrente é o banho. De seguida apresento o sonho de uma senhora de 94 anos.

“Sonhei que me davam banho. Cheirava a rosas. Era tão meiguinho, tão delicado. Somos só amigos, mais nada. Eu fui casada. (...). Eu sei quem era e não era o meu marido, mas não era nada de mal. A água estava tão quente... Senti-me nova outra vez”.

Inês, 94 anos

Desenho 8– Tema Relações Amorosas



No contacto com estes participantes foi verificado que dão muita importância às relações interpessoais, podendo ser ou não ser representativo da população idosa. Neste sonho temos presente a visão, o olfacto e o tacto. Para além disso, entende-se a preocupação em definir a relação encontrada no sonho, com outra pessoa que não o marido.

Neste sonho está presente a erotização com o sujeito que lhe dá banho. Ainda em análise à descrição do sonho, podemos sugerir que o facto de “ a água estava tão quente”, poderá ter dois sentidos contrários. Primeiramente poderá se falar numa temática de nascimento, a qual se associa à água. Por outro lado, poderá representar uma entrada à temática sexual, salientando a carência afectiva desta utente. O sentimento de rejuvenescimento, no final do sonho, é elaborado e concretizado pelo contacto físico.

No entanto, deve-se referir que estas fantasias são comuns nesta amostra em específico. Durante o tempo de investigação, várias foram as vezes que me abordaram para contar os “namoricos”, que julgavam ter com um enfermeiro da Instituição.

Porém, esta participante mostra preocupação e vergonha nos seus comentários à investigadora, ao ter elaborado o sonho desta forma.

4.3.3 Religião (Morte)

Neste tipo específico de população é comum a prática do catolicismo. Desde a sua infância que foram educados desta forma, a respeitar Deus.

Nesta investigação, os sonhos relatados são compostos por uma cruz e por anjos.

Um exemplo disso é esta descrição.

“ (...) vi uma luz. Era bastante clara e intensa. Fui ao encontro dela. De repente, tudo ficou escuro e vi nascer uma cruz; (...)”

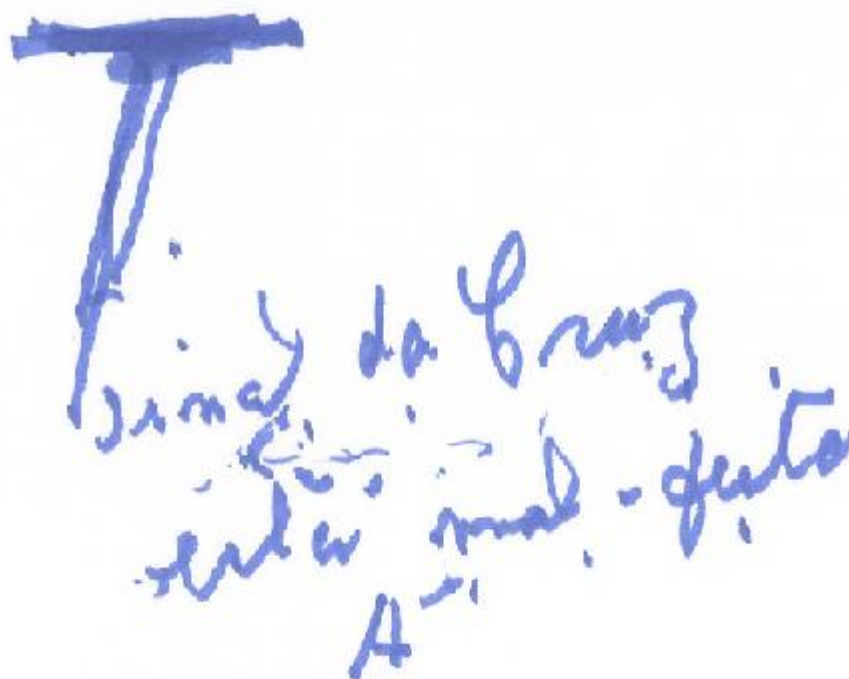
Gonçalo, 83 anos

Esta transcrição tem um carácter bastante religioso. Tal como já disse anteriormente, esta amostra dá muita importância a esta temática. Esta descrição faz então referência ao símbolo cristão, que é a cruz, sugerindo uma forte ligação às questões relacionadas com a fé.

A oposição entre a luz e escuridão, bem como o facto de ir ao encontro da luz intensa, podem sugerir a preparação da morte. Numa abordagem mais filosófica, podemos entender que esta utente se encontra em paz consigo mesma e que pode deixar o mundo.

O desenho seguinte foi feito pelo mesmo sujeito.

Desenho 9 – Tema Religião

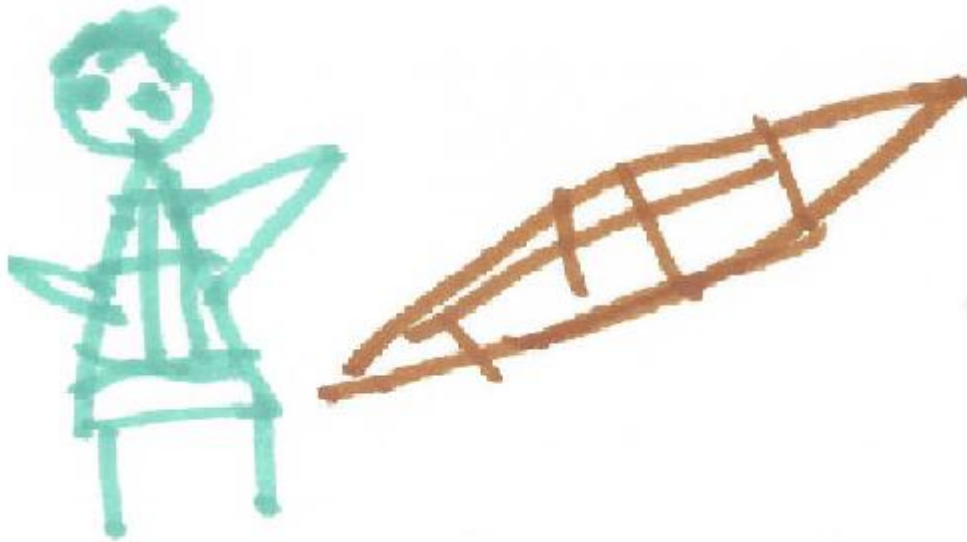


Como se pode verificar, o indivíduo que desenhou, para além de fazer a cruz, escreve que está mal feita. Este sujeito sempre que fazia um desenho tinha necessidade de escrever o que é que isso significava, rematando sempre que estava mal feito.

No concreto, a cruz encontra-se numa forma pouco convencional, mas no entanto considera-se como símbolo cristão.

No próximo desenho, podemos verificar um anjo, decorrente da descrição do sonho, abaixo descrita.

Desenho 10 – Tema Religião



“Sonho muitas vezes com anjos... hoje sonhei que era um deles e que o meu trabalho era fazer vento. Soprava e soprava. Não me lembro de mais nada. Eu não me via, mas sabia que era eu, pois via as coisas como eram mesmo. Mas não vi mais ninguém, mas não me senti sozinho. (...)”

Fernando, 81 anos

Nesta descrição, uma vez mais, a religião é uma temática divina. Aqui, o anjo é visto como um elemento divino, capaz de fazer vento.

O anjo é muitas das vezes conotado como um desejo de protecção bem como exprimir o desejo da morte. Neste sonho, o anjo, como símbolo aéreo que é, poderá representar um elemento protector em relação aos outros. O vento, em conjunto com o anjo, é associado ao ar dinamizado, sendo que é ele que leva o sopro do espírito aos quatro pontos cardeais (Gautier, 1993).

Na imagem acima, a explicação dada sobre o objecto castanho, é que este é *o vento a sair da boca*.

4.3.4 Abandono (Sofrimento, Desamparo)

Outra das temáticas bastante destacada é o abandono. Na população idosa, principalmente a institucionalizada, é frequente o sentimento de abandono.

Assim, é natural que esse sentimento transpareça nas suas composições oníricas.

“Muitas das vezes que sonho, sonho que estou sozinho (...). Ainda hoje sonhei que a minha família não me vinha mais visitar. Senti-me abandonado e triste. Por vezes sinto-me assim (...).

Sonhei que estava numa casa... acho que era em cima de uma serra, tipo a serra da Estrela, mas estava sozinho. Não me lembro de ver ninguém. Ouvia os pássaros e sei que não tinha telefone. Parecia que estava abandonado para sempre.”

Pedro, 87 anos

Desenho 11 – Tema Abandono



Como se pode verificar nesta transcrição do sonho é visível o sentimento de abandono e desamparo do indivíduo sonhador.

O facto de estar isolado na montanha e não ter telefone indica-nos o grau de isolamento que tem a nível familiar, que é uma realidade que muitos dos idosos vivem. Não existe assim comunicação com o exterior.

A escolha das cores, neste desenho, não se mostram muito projectivas, bem como o indivíduo não mostra nem faz referência a qualquer uma, durante o desenho do sonho.

Outro sonho relatado também envolve a casa, o lar para ser exacta.

“Fantasiei que estava na minha casa, no meu lar. Mas a casa estava diferente. Não tinha lá as minhas coisas, a minha mobília de casada. Estava vazia. Sentia-me triste e com raiva. (...) Porque é que a minha casa já não era a minha casa? Não quero falar mais, sinto-me magoada”.

Graça, 91 anos

Neste sonho, é visível que a sonhadora apresentava uma recusa. Algumas frases que foram ditas pareciam desconectadas de tudo o resto, levando-me a pensar que existiriam partes da composição onírica que, ou a utente não queria relatar ou seriam de tal forma confusas que não soube conceptualizar.

Contudo, o abandono e desamparo estão presentes neste sonho. No entanto, a raiva serve de suporte para estes dois sentimentos, pois apercebe-se que a sua casa já não era a mesma, e não a tratou como sua. O sentimento de expropriação do próprio lar provoca sentimentos negativos na utente.

Deste sonho, a participante recusou-se a fazer o desenho por lhe despertar mágoa e sofrimento.

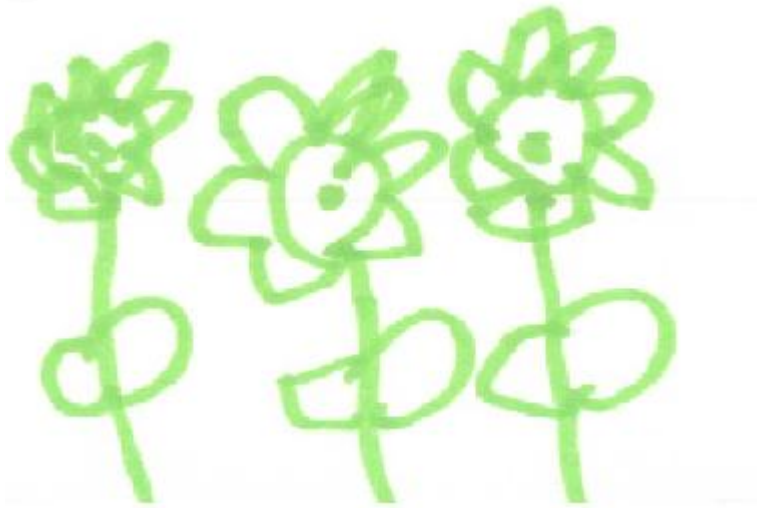
4.3.5 Natureza

Outro tema relevante na investigação das temáticas das composições oníricas é sem dúvida a natureza, e tudo o que dela se pode retirar.

Posso referir, que ao contrário daquilo que era esperado, registou-se um número elevado de sonhos com esta temática, em detrimento dos sonhos traumáticos, consequentes da vida militar desta amostra.

Tanto o sexo feminino com o masculino desenharam flores, umas mais reservadas que outras, passando a explicar.

Desenho 12 e 13 – Tema Natureza



Como se pode evidenciar, a restrição presente no desenho 10 prende-se com a planta estar no vaso. Este desenho pode projectar a condição da participante, ao viver institucionalizada, isolada de toda a família.

O primeiro desenho (Cf. desenho 12) foi feito por um utente que evidencia alguns sintomas de experiências traumáticas, tal como o facto de se encolher numa posição fetal ao ouvir um barulho. Este utente merece um apoio muito especial por parte das auxiliares, pois o barulho torna-se num elemento de extrema ansiedade e preocupação.

O sonho por ele relatado, aquando a elaboração do desenho é descrito em baixo.

“Estou numa espécie de armazém, onde o que vejo é flores. Dentro de caixas, dentro de vasos. Não oiço nada. Não vejo ninguém. Não me sinto sozinho, sinto-me perdido. (...)”

Pedro, 87 anos

O facto de sonhar com flores, que é um símbolo descrito maioritariamente pelo sexo feminino, revela uma restrição, uma deslocação do que viveu na guerra para uma paisagem mais apaziguadora. Esta imagem transmite-lhe paz e sossego, e não isolamento. O facto de se sentir perdido poderá estar relacionado com a deslocação que o inconsciente faz ao “apagar” as experiências de guerra, substituindo essas por imagens mais apaziguadoras, mas que no entanto não são conhecidas do sujeito.

A delimitação do espaço, semelhante à restrição das flores em caixas e vasos, sugerem que o indivíduo se sente resguardado e não preso.

Outro relato que se poderia inserir nesta temática é o do sonho do casamento no campo de flores. Este é totalmente diferente do anterior, na medida em que afirma uma liberdade que neste não se encontra, restringindo-se à delimitação.

O desenho 9 é seguido do relato do seguinte sonho.

“Nunca me senti assim. Era vendedora de flores. Tinha uma loja e todos os dias ia buscar as flores ao mais lindo campo. Vi camélias, a minha flor preferida. Cheirei-as mas não me lembro de sentir o cheiro. Mas sei que eram camélias. (...) Vi um casal apaixonado (...). Ele comprou-me flores, eram para mim. (...)”

Carolina, 90 anos

Neste exemplo, a liberdade é consonante com o descrito e o desenho. No entanto, salienta-se um momento de confusão, em que o triângulo, constituído pela sonhadora, vendedora de flores e o casal apaixonado, depressa se substitui pela vendedora de flores fazer parte do casal apaixonado, sendo agora o sonho constituído apenas por duas personagens.

Relativamente às camélias, o facto de esta utente inicialmente vender e depois ser presenteadada por um sujeito do sexo masculino, revela um sentimento de inveja, por parte da personagem do sexo feminino do casal apaixonado. A pureza, muitas vezes associada à cor das camélias e à própria flor, faz transparecer esse sentimento de inveja.

O sentimento de inveja, por parte da personagem do sexo feminino do casal apaixonado,

Relativamente a sonhos com conteúdos animais, foram recolhidos alguns. Uns com cobras, coelhos, cães, tartarugas etc.

Um que me chamou a atenção foi de uma participante que desenhou uma perseguição entre um rato e um gato. O desenho é apresentado abaixo.

Desenho 14 – Tema Natureza (Animais)



Relativamente a este desenho, a participante referiu que a amarelo estava o rato e a *preto* o gato. Aqui a questão das cores não se poderá analisar, visto a participante não ter distinguido a cor verde da preta, devido ao avançar da idade.

A descrição do sonho é esta:

“Eu não sei o que era, mas vi um gato enorme, preto a tentar me caçar. Acho que era um rato. Corri muito depressa, e o gato também, até que por fim consegui escapar. Foi um sonho muito bizarro.”

Fernanda, 83 anos

Como se pode verificar, a irregularidade do traço, bem como a confusão do desenho poderá prender-se à perseguição entre o rato e o gato.

O sentimento de perseguição, o facto de se sentir caçado pode ser associado ao sentimento de inferiorização.

Outro factor que me despertou a atenção foi, sem dúvida, o facto de esta sonhadora se ter visto como um rato. A título de curiosidade, este foi o único sonho que o participante, ao partilhar a sua composição onírica, refere que foi um animal, mais concretamente um rato.

Nesta investigação foram elaborados mais desenhos sobre as temáticas aqui tratadas. Mas por serem demasiados, não foram todos interpretados, sendo anexados (Cf. Anexo D).

5. Análise das Hipóteses Elaboradas

A) Problemática – Será a população idosa consciente dos seus sonhos?

Hipótese – É esperado, que nesta amostra em específico, os seus sonhos sejam de tal forma conscientes que manifestem o grau de experiência traumática, devido às experiências de guerra vividas.

Sendo esta amostra constituída por poucos elementos, tendo um N=31, não se pode inferir que a população idosa seja consciente no que respeita às composições oníricas.

No entanto, nesta amostra, verificou-se que apenas 35,5% afirma sonhar, enquanto o restante indica não ter sonhos (CF. tabela 15). Porém, já Hobson (2006), revela que todos os indivíduos sonham. A não recordação dos sonhos é o resultado da abolição da memória durante as fases de activação cerebral do sono.

Quando se fala em consciência do sonho deve-se ler a recordação do sonho pelo indivíduo sonhador.

Nesta amostra, a maioria afirma que não sonha durante o sono, desfazendo a hipótese da consciência das composições oníricas.

Relativamente ao grau de experiência traumática, apesar de estarem bastantes presentes os conteúdos de guerra, não podemos afirmar que sejam únicos nesta população.

B) Problemática – Qual a frequência e quais os conteúdos envolventes? Serão maioritariamente sobre a guerra e os traumas vivenciados na época?

Hipótese: Se sonham com alguma frequência, é provável que exista uma predominância destes acontecimentos oníricos, de carácter traumático.

Relativamente a esta hipótese salienta-se que foram encontrados vários conteúdos oníricos. A tabela seguinte apresenta a percentagem dos conteúdos evidenciados nesta amostra.

Tabela 17 – Conteúdos Oníricos

| | Frequência | Percentagem |
|-------------------------------|-------------------|--------------------|
| Guerra | 11 | 28,95% |
| Relações Interpessoais | 8 | 21,05% |
| Religião | 4 | 10,53% |
| Abandono | 4 | 10,53% |
| Natureza | 8 | 21,05% |
| Outros | 3 | 7,89% |
| Total | 38 | |

Como se pode observar, verificam-se conteúdos bastante diferentes.

Salienta-se o conteúdo de Guerra, no qual se pode constatar 11 sonhos, correspondendo a cerca de 29% da amostra. Os conteúdos que vêm imediatamente a seguir nesta hierarquia são o das relações interpessoais, envolvendo a família e o casamento, e a natureza, através dos animais e plantas/flores.

Temas como a religião, que é um assunto bastante discutido entre os idosos, não são tão relevantes, apesar de serem focados na descrição dos sonhos.

Relativamente à frequência dos sonhos, muitos dos inquiridos afirmaram que estes sonhos eram de carácter recorrente. Mas tal não foi possível comprovar, sendo ainda uma pergunta em aberto, não podendo, assim, ser considerado para esta investigação.

No que respeita à hipótese, esta apresenta-se de acordo com os valores encontrados na amostra, tendo em conta que os desenhos e os sonhos apresentam conteúdos traumáticos, provenientes da situação de guerra que os sujeitos presentes nesta amostra sofreram durante o tempo de serviço militar.

Segundo Kramer, 2007, alguns dos sonhos traumáticos causam distúrbios, e o facto de serem recorrentes, tendo um padrão repetitivo, não favorecem a resolução ou esquecimento dos mesmos.

C)Problemática: Se não é consciente destas composições oníricas, quando teve o ultimo sonho de que se lembra?

Hipótese: O facto de não se ser consciente aquando a recordação das composições oníricas, não diminui o facto de ter havido um sonho, que se tornou memorável.

Relativamente a esta problemática, o resultado, para além de ser subjectivo, não representa uma fiabilidade boa. Esta fraca fiabilidade prende-se com o carácter não científico de se colocar a pergunta – com que idade é que teve esse sonho.

Foram obtidas respostas, no entanto, como já foi referido, não poderão ser considerados fidedignos os dados delas obtidos, por não existir um método científico de os comprovar.

Os resultados obtidos estão descritos na tabela abaixo apresentada (CF. tabela 18).

Tabela 18 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão

| | |
|---------------------|-------|
| Média | 78,29 |
| Mediana | 77 |
| Moda | 70 |
| Valor Mínimo | 60 |
| Valor Máximo | 94 |
| Percentis | |
| 25 | 70 |
| 50 | 77 |
| 75 | 85 |

Como se verifica, a média da idade do último sonho é de 78 anos. No entanto, decidi fazer mais uma análise, que consistia em retirar os indivíduos que desenharam e relataram o sonho, ficando apenas com os que relataram não terem sonhos frequentemente.

Assim, calculei a diferença entre a idade actual do indivíduo e a idade em que este afirma que teve último sonho (CF. Anexo E). Obtiveram-se os seguintes quadros.

Tabela 19 – Frequência da amostra que não tem sonhos (actualmente)

| Faixa Etária | Número de Sujeitos |
|---------------------|---------------------------|
| 70 – 75 | 3 |
| 76 – 81 | 9 |
| 82 – 87 | 6 |
| 88 – 93 | 1 |
| 94 – 99 | 0 |
| | N = 19 |

Tabela 20 – Intervalos de tempo, em anos, do último sono

| Intervalos de Tempo | |
|----------------------------|---|
| ≤5 | 8 |
| 5 - 10 anos | 6 |
| 11 - 16 anos | 3 |

Tabela 21 – Diferenças entre o Sexo Masculino e Feminino

| | Frequência | Porcentagem |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| SEXO MASCULINO | 7 | 36,84% |
| SEXO FEMININO | 12 | 63,16% |
| Total | 19 | |

Como podemos verificar, a maior parte da amostra revela não ter sonhos frequentemente, sendo o N total: 31. A dificuldade neste ponto, é testar a veracidade destes dados, que como já referi não foram submetidos a nenhum teste de fiabilidade. No entanto, estes são os dados que se obtiveram nesta amostra.

Relativamente aos números, propriamente ditos, podemos constatar que 9 sujeitos, em idades compreendidas entre os 76 e os 81, referem não ter sonhos actualmente (CF. tabela 19). Não existe nestes resultados uma ordem, ou seja, não se pode afirmar que à medida que a idade avança a frequência dos sonhos diminui, não se podendo estabelecer qualquer correlação entre a idade e a frequência dos sonhos.

Podemos simplesmente afirmar que nesta amostra em específico, o intervalo de tempo com maior relevância é o intervalo igual ou inferior a 5 anos (CF. tabela20). Contudo, devemos ter em conta que o intervalo de idades é bastante extenso, tendo 70 anos de valor mínimo e 94 anos de valor máximo.

A título de curiosidade, observando a tabela 21, podemos constatar que cerca de 63% do sexo feminino relata não ter sonhos, em oposição ao valor de 36% do sexo masculino.

Relativamente ao sonho memorável, mencionado na hipótese, muitos destes indivíduos que referem não ter sonhos actualmente não quiseram partilhar que tipos de sonho tinham

anteriormente, nem o seu conteúdo. Outros participantes, ao tentarem contar sonhos de natureza traumática, denotavam angústia e ansiedade, sendo como “obrigados” a interromper a descrição, devido à interiorização desses conteúdos. Por outro lado, existiam descrições de sonhos que, por não serem recentes, eram susceptíveis a alterações pelo sonhador, evidenciando uma sobreposição da vida real com o sonho.

Assim, devido à fraca validade destes sonhos, os mesmos foram omissos neste estudo.

4) Problemática: Serão as emoções predominantes nesta população o medo, a culpa e/ou a tristeza?

Hipótese: Devido ao carácter traumático que estes indivíduos experienciaram no seu tempo de serviço, as emoções de medo e de culpa, entre outras, poderão ter sido interiorizadas pelo sujeito, de tal forma que se manifestam tanto no sonho como na vida real. Relativamente à tristeza, a idade e a condição de vida actual leva-nos a entender que a solidão, o abandono de que padecem poderão levar a esse sentimento.

Tabela 22 – Frequência das Emoções – Tristeza, Culpa e Medo

| Emoções | Frequência | | | | |
|----------------------------|--------------|-----------------|------------------|---------------|-------|
| | Sempre | Muitas Vezes | Algumas Vezes | Raramente | Nunca |
| Tristeza (1.1B) | 3 (9.68%) | 8 (25.81%) | 18 (58.06%) | 2 (6.45%) | 0 |
| Culpa (1.1K) | 0 | 0 | 27 (87.10%) | 4 (12.90%) | 0 |
| Medo (1.1L) | 1 (7.23%) | 21 (67.74%) | 9 (29.03%) | 0 | 0 |
| Total | 4 | 29 | 114 | 6 | 0 |
| Percentagem | 2,61% | 18,95% | 74,51% | 3,92% | 0,00% |

Segundo os resultados da tabela é verificado que mais de metade da amostra (58.06%) afirma que já experimentou tristeza nos seus sonhos. Apenas três indivíduos relatam que a tristeza está sempre presente nas suas composições oníricas.

Relativamente à culpa, cerca de 87% da amostra afirma que algumas vezes essa emoção esteve presente, sendo que 12% referenciam que raramente acontece.

O medo está presente muitas vezes na actividade onírica desta amostra (CF. tabela 22), apresentando 67,74% da amostra total. O medo causador principal do stress, pode-se manifestar em experiências e perturbações de carácter traumático.

Pode-se considerar que estas três emoções (tristeza – culpa – medo) estão bastante ligadas a esta amostra em particular, apesar de apresentarem valores diferentes.

Para complementar esta hipótese investiguei as percentagens das outras emoções trabalhadas neste questionário.

Se observarmos a tabela 24 (em anexo), podemos construir uma tipologia: as emoções agradáveis e as emoções desagradáveis.

Assim, relativamente às emoções agradáveis, como a alegria, a paixão, o desejo e a surpresa, podemos evidenciar que apenas um utente referiu que nunca tinha experienciado alegria nos seus sonhos. A título de curiosidade, este utente era um tenente quando estava militarmente activo, e refere que viveu na guerra durante anos, impossibilitando qualquer tipo de relação amorosa. Tal facto poderá influenciar neste resultado. A paixão é referida, maioritariamente, como experienciada algumas vezes, bem como a surpresa e o desejo.

Nas emoções desagradáveis considera-se a raiva, desamparo, humilhação, ciúme, angústia e chorar. Analisando individualmente cada emoção, podemos indicar que a vergonha, a raiva, o desamparo, a angústia e o chorar, são maioritariamente experienciados algumas vezes durante o sonho. O caso da humilhação difere no sentido que cerca de 86% da população diz que nunca experienciaram.

Por último, o ciúme é referido como parte do sonho muitas das vezes.

5) Problemática: Será que nesta população, em específico, existe uma fraca qualidade de sono e sonho?

Hipótese: É esperado que neste tipo de população, devido às experiências de vida anteriores, como já foram referenciadas, a qualidade do sono e do sonho apresentem-se diminuídas, fracas.

Para verificarmos esta hipótese é necessário recorrer, uma vez mais, à estatística.

Ao analisarmos a tabela 11, apresentada na análise de dados, podemos constatar que a variável qualidade do sono oscila entre os valores 74 e 124. Com esta extensão, esta variável abrange as três cotações possíveis, sendo estas a baixa, média e muito boa qualidade.

Na tabela 12 pode-se constatar que 16% da população (n=5) possui uma baixa qualidade do sono, contrastando com os 71% da amostra com uma média qualidade do sono (n=22).

Relativamente a estes resultados, podemos afirmar que a maior parte desta amostra possui uma média qualidade de sono, infirmo assim a nossa hipótese.

Respeitante à qualidade do sono, analisaremos sucintamente as tabelas 13 e 14.

Quando verificamos o resultado da média deste somatório (=239.13), podemos assegurar que se encontra dentro do intervalo de valores [130, 251], respeitante à média qualidade do sono.

Os valores encontrados deste somatório expandem-se desde o valor 229 até ao 250. Estes valores indicam que toda a amostra tem uma média qualidade de sono.

Segundo estes valores, a qualidade do sono e do sono é de valor médio, o que infirma a hipótese de que esta população, em específico, devido aos traumas, à vida militar e também à sua condição de envelhecimento provavelmente teria uma baixa qualidade em ambas as variáveis.

6. Limitações

As limitações deste estudo vêm, principalmente, enriquecê-lo e torná-lo mais sensível à população portuguesa.

Relativamente à amostra, verifica-se que é de uma diminuta dimensão, enviesando o grau de fiabilidade, bem como a validação do próprio teste. Quanto aos dados sócio-demográficos da amostra, podemos evidenciar como limitação deste estudo o facto de terem sido inquiridos 30 indivíduos, mas de posto militar variado (Capitães, Alferes, Civis etc.). Esta diferença vai proporcionar em diferentes vivências diferentes intensidades enquanto militares, o que promove as diferenças a nível sentimental e emocional.

No que respeita aos intervalos de valores para determinar a qualidade do sono e sono, penso que o questionário apresenta uma lacuna, que pode ocasionar uma má interpretação da população em causa. Temos três graus de qualidade, a baixa, a média e a muito boa. Todos eles têm um intervalo diferente, ou seja, a diferença entre o limite mínimo e o máximo diferem em cada tipo de média. Tal questão poderá suscitar dúvidas e alguma discordância quanto à sua validade. Neste intuito, a importância de haver um intervalo semelhante em cada tipo de qualidade, poderá permitir a sua veracidade e a própria qualidade do questionário. Ainda sobre

este assunto, tornou-se evidente que deveria existir um 4º tipo de qualidade, a boa qualidade de sono ou de sonho, para que houvesse uma ordem crescente e sem saltar nenhum grau da escala.

Este ponto prende-se, essencialmente, numa crítica construtiva deste questionário, pois como já referi este encontra-se numa fase experimental e sujeito a modificações, a fim de melhorar a sua veracidade e permitir a validação para a população portuguesa.

7. Discussão e Conclusão

Conhecer os sonhos, permite aceder a mais uma parte do Inconsciente do indivíduo. Este trabalho teve como fim último para além de caracterizar a população militar envelhecida, conhecer a sua vida onírica, bem como os seus hábitos de sono.

Para entender os conceitos de qualidade do sono e qualidade do sonho devemos ter em conta as características de cada um, bem como a sua manifestação no indivíduo.

Através do *Questionário da vida nocturna: o sono e sonho*, elaborado pelo Prof. Doutor António Francisco Mendes Pedro, Isa Silvestre e Lucília Candeias (2008/2010), concretizou-se o proposto. Assim, a avaliação do sono foi feita com a ajuda das dimensões dos *hábitos de sono e períodos de transição sono-vigília/vigília-sono*. Por outro lado, a qualidade do sonho foi avaliada segundo as seguintes dimensões: *forma dos sonhos; representação dos sonhos; envolvimento relacional e intencionalidade dos sonhos*.

No entanto, faz-se a ressalva que este questionário ainda está em fase experimental, sujeito a alterações para provar a sua validade na população portuguesa. Com o presente trabalho, pretendia-se enriquecer o questionário, reconstruindo e validando os itens.

Para além de se inquirir esta pequena amostra, o segundo momento tornou-se mais intenso e pessoal, com a descrição e desenho do sonho.

Através do questionário pôde-se concluir que esta amostra populacional, que pela sua dimensão não permite a extrapolação para a população militar idosa, possui uma qualidade média do sono e do sonho, infirmando, como já foi referido, a hipótese estabelecida inicialmente.

Ao procurar conhecer os sonhos dos idosos deparei-me com algumas dificuldades. As condições físicas e psicológicas desta população, para além de serem muito específicas e subjectivas, suscitaram um envolvimento maior e mais intenso por parte da investigadora. No entanto, foi um processo bastante gratificante.

O objectivo deste trabalho para além de conhecer mais aprofundadamente a população em causa, é partir desse conhecimento e elaborar uma classificação-padrão do sonho nos idosos.

Parâmetros de qual é a frequência dos sonhos, desde quando é que se começa a não ser consciente dos sonhos, bem como os conteúdos oníricos, foram considerados. No entanto, devido ao baixo número de participantes, esta classificação não pode ser vista como um dogma, mas como experimental e exploratória.

O padrão que se pode elaborar desta população é que não existe uma idade limite para se deixar de sonhar, sendo essa capacidade subjectiva podendo ter causas nas experiências de vida. Todos os relatos recolhidos mostram que as vivências de vida de cada indivíduo caracterizam e elaboram o sonho de forma subjectiva. A frequência dos sonhos durante o ciclo vital mostra-se, também, subjectivo, não se podendo afirmar que existem mais ou menos composições oníricas chegando a certa idade. No entanto, podemos inferir que esta capacidade é uma das únicas a manter-se intacta durante a vida do sujeito, seja na adolescência seja no envelhecimento.

Relativamente ao conteúdo não podemos relevar nenhum padrão, pois cada experiência de vida é diferente e tal modifica a composição do sonho.

Assim, nesta população em específico, a questão de quando se deixa de ser consciente destas composições oníricas, ou seja, em que se afirma que não se sonha, pode ser respondida pelas tabelas acima reveladas. Ao analisarmos esses resultados podemos verificar que os indivíduos, maioritariamente do sexo feminino, que afirmam não ter composições oníricas, têm idades compreendidas entre os 76 e os 81 anos. Relativamente aos conteúdos mencionados por aqueles que registam sonhos (idades compreendidas entre 77 e 94 anos), podemos encontrar temas agressivos característicos desta população militar, de abandono, de carência afectiva, de relações e conflitos inter e intrapessoais. Temas como a natureza, os animais, demonstram uma temática mais apaziguadora e mais reservada, que se podem encontrar na população idosa no geral. Factores como o período dos sonhos, bem como a sua frequência foram revelados como mais subjectivos, e portanto menos susceptíveis de tipologia.

Através desta investigação foi possível constatar que esta população geralmente toma medicação para dormir. Ao despertar, é consistente o sentimento de confusão, inerente à condição do envelhecimento.

O sonho deve ser visto assim, “como processo dotado de significação, e como objecto com o qual e sobre o qual é possível interagir mentalmente, ambos inseridos num espaço/tempo,

e nos quais e com os quais o próprio ser do sujeito é susceptível de se construir e de se revelar” (Pereira, 2000).

Tudo isto para dizer que os sonhos podem ser definidos como estados de consciência durante o sono, que podem ser recordados ou não. Podem ter diversos conteúdos, podem expressar medo, angústia, felicidade, saudade, transmitir serenidade, evocar experiências passadas positivas e menos positivas. Podem ter uma frequência durante o sono variada, bem como diferentes frequências durante o ciclo vital no indivíduo.

Este trabalho permitiu-me compreender que esta é uma área cuja investigação deverá ser mais extensiva, dada a sua enorme subjectividade e a existência de muitas correntes teóricas sobre a mesma. Na minha opinião, considero necessário um refinamento destas teorias, a fim de se compreender melhor a complexidade e extensão da palavra e do processo SONHO na vida da pessoa.

8. Referências Bibliográficas

- Almeida, L. (2006). *A idade não perdoa*. Lisboa: Gradiva.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cancela, D. (2007). O processo de envelhecimento. *Acedido a 25 Novembro de 2009 em www.psicologia.com.pt*.
- Cerchiari, E. (Dezembro de 2000). Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia: ciência e profissão*, 20 (4), pp. 64-79.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, pp. 79-82.
- Daco, P. (1981). *L'Interprétation des Rêves*. Bélgica: Éditions Gérard Verviers.
- Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Gautier, E. (1998). *As mensagens do sonho*. (A. Marques, Trad.) Lisboa: Pergaminho (Obra original publicada em 1993).
- Geib, L., Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. (12 de Dezembro de 2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria*, pp. 453-465.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (6ª Edição ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro M., Silva A.P., Botelho M.A, Leitão O., Caldas A.C. & Garcia C. (2008). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: GEECD.

- Freud, S. (2001). *A Interpretação dos Sonhos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2006). *Sobre os Sonhos*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Hobson, J. A. (1996). *O Cérebro Sonhador*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hobson, J. (2002/2006). *Os sonhos*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.
- Hobson, J., & McCarley, R. (1977). The brain as a dream-state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatric* , 134, 1335-1368.
- Jouvet, M. (1992). *O sono e o sonho*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kramer, M. (2007). *The dream experience, a systematic exploration*. New York & London: Routledge.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística - com utilização do SPSS* . Lisboa: Edições Sílabo.
- Montserrat, J. M., & Badia, J. R. (Março de 1999). The airway resistance syndrome. *Sleep Medicine Review* , 3, pp. 5-21.
- Pereira, F. (2000). *Sonhar ainda: do sonho-desejo-realizado ao sonho emblemático*. Lisboa: ISPA.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Projeções de população residente em Portugal 2008-2060, 19 de Março 2009. FONTE INE - Instituto Nacional de Estatística – Portugal. (1999). As gerações mais idosas. Retirado em 27 de Maio de 2009

- Reimão, R. (1996). *Sono: estudo abrangente* (2ª Edição ed.). São Paulo: Atheneu.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel.
- Sami-Ali. (1987/1992). *Pensar o somático - imaginário e patologia*. Lisboa: ISPA.
- Silvestre, I. (2008). *Questionário da vida nocturna: o sono e o sonbo. Metodologia de construção e validação*. Tese de Mestrado não publicada
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo Passo a Passo*. Acedido a 25 de Maio de 2009 em www.Psicologia.com.pt

Anexos

Anexo A

Carta de Apresentação

António Lemos
o Chefe do CAS
Psi responsável
pelo acam feedback
da petição nº 18
18 Set 2005
[Assinatura]

Exmo. Director do Centro de Apoio Social das Forças Armadas, situado em Oeiras

Venho por este meio solicitar a sua autorização para proceder à colecta de dados, a fim de elaborar o trabalho final, para a finalização do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Durante este ano, fui estagiária de Psicologia nesta instituição, possuindo uma familiaridade com a população beneficiária.

Esta Carta tem o objectivo de estabelecer os procedimentos envolvidos no projecto de pesquisa do Mestrado Integrado "Sono e Sonho na População Idosa", que visa aferir a validade e a precisão de instrumento de avaliação psicológica. Para tal, é necessária a participação de 30 utentes beneficiários da Instituição em questão.

O estudo do instrumento de avaliação deve contribuir para uma melhor e mais ampla compreensão da população idosa.

O pesquisador adoptará os seguintes procedimentos:

- apresentação do projecto a cada um dos beneficiários e o convite à participação
- Realizar a colecta de dados que consistirá na aplicação dos seguintes instrumentos de avaliação psicológica:
 - I. Observação Clínica
 - II. Entrevista Psicológica
 - III. Mini-Mental State (MMSE)
 - IV. Questionário da vida nocturna: o Sono e o Sonho
 - V. E outros que se considerem pertinentes, sempre no âmbito da avaliação

Sendo que:

- Os participantes não serão submetidos a qualquer procedimento doloroso ou de risco
- É garantido aos participantes e à instituição o esclarecimento a qualquer dúvida sobre o estudo ou a outro assunto relacionado com a pesquisa
- Tanto a Instituição quanto os participantes ficam isentos de qualquer gasto
- Os dados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e é garantido o sigilo profissional

Atenciosamente,

Tatiana Ferreira

Não há inconveniente
para o serviço. É
de acordo.
18.9.09 o chefe do CAS
[Assinatura]

Anexo B

Termo de consentimento informado

Eu, _____, declaro que fui esclarecido pela investigadora Tatiana Morgado Ferreira, que se encontra a elaborar um trabalho científico no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Desta forma, venho por este meio aceitar a recolha dos dados, de forma confidencial, autorizando que estes sejam divulgados e utilizados nesta investigação, bem como em publicações posteriores.

Todas as minhas dúvidas foram, oportunamente, respondidas satisfatoriamente.

Fui também que fui informado(a) de que poderei recusar a participação em qualquer momento da investigação, interrompendo a recolha de dados, bem como o meu consentimento. A minha participação é voluntária e entendo que, em nenhum dos momentos, terei alguma recompensa ou benefício.

Declaro que concordo participar neste estudo.

Participante _____ Data ___/___/___

Investigadora _____ Data ___/___/___

Anexo C

MMSE

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Idade: ____ anos
Equipamento: ____ Avaliador: _____ Data da Avaliação: ____/____/____

1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. Tente responder o melhor que for capaz”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que País estamos? (Como se chama o nosso País?) _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
Em que andar estamos? _____

Nota:

(máximo: 10)

2. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras. Pêra, Gato, Bola. Repita as três palavras”.

(Dar 1 ponto a cada resposta correcta)

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

(Caso tenha falhado alguma, dizer novamente as palavras e pedir ao sujeito para as repetir, até que as tenha aprendido. Quantas tentativas foram necessárias? ____).

Nota:

(máximo: 3)

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3, até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Se fizer um erro na subtracção mas depois subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro. Parar ao fim de 5 respostas).

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Nota:

(máximo: 5)

4. EVOCAÇÃO

“Agora veja se me consegue dizer as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto a cada resposta correcta)

Pêra

Gato

Bola

Nota:

(máximo: 3)

5. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) (Mostrar o relógio de pulso). **“Como se chama isto?”**

b) (Mostrar um lápis). **“Como se chama isto?”**

Nota:

(máximo: 2)

c) **“Repita a frase: O RATO RÓI A ROLHA”.**

Nota:

(máximo: 1)

d) **“Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o em cima da mesa/cama”.** (Indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita

Dobra-a o papel ao meio

Coloca o papel no local indicado

Nota:

(máximo: 3)

e) **“Leia e cumpra o que diz neste cartão”.** (Mostrar cartão com a frase “FECHE OS OLHOS”. Se analfabeto, ler-lhe a frase).

Fechou os olhos (Dar 1 ponto).

Nota:

(máximo: 1)

f) **“Escreva uma frase aqui”.** (Dar uma folha em branco. A frase deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros. Se o sujeito for analfabeto, não aplicar este item).

Nota:

(máximo: 1)

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA

“Copie o desenho que lhe vou mostrar”. (Mostrar o desenho num cartão ou na folha. Para pontuar 1 ponto, os 10 ângulos devem estar presentes e dois deles devem estar intersectados. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

Nota:

(máximo: 1)

Observações:

Total:

(máximo: 30)

Considera-se com defeito cognitivo (população portuguesa, acima dos 40 anos):

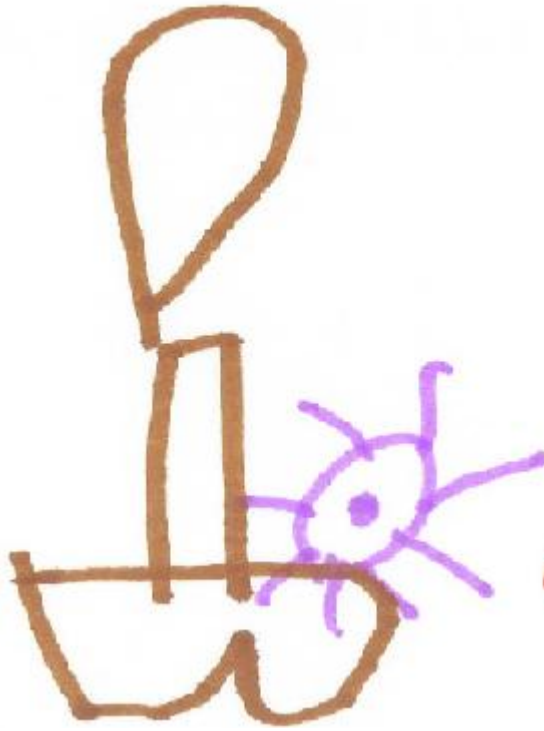
- Analfabetos ≤ 15
- Escolaridade de 1 a 11 anos ≤ 22
- Escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo D

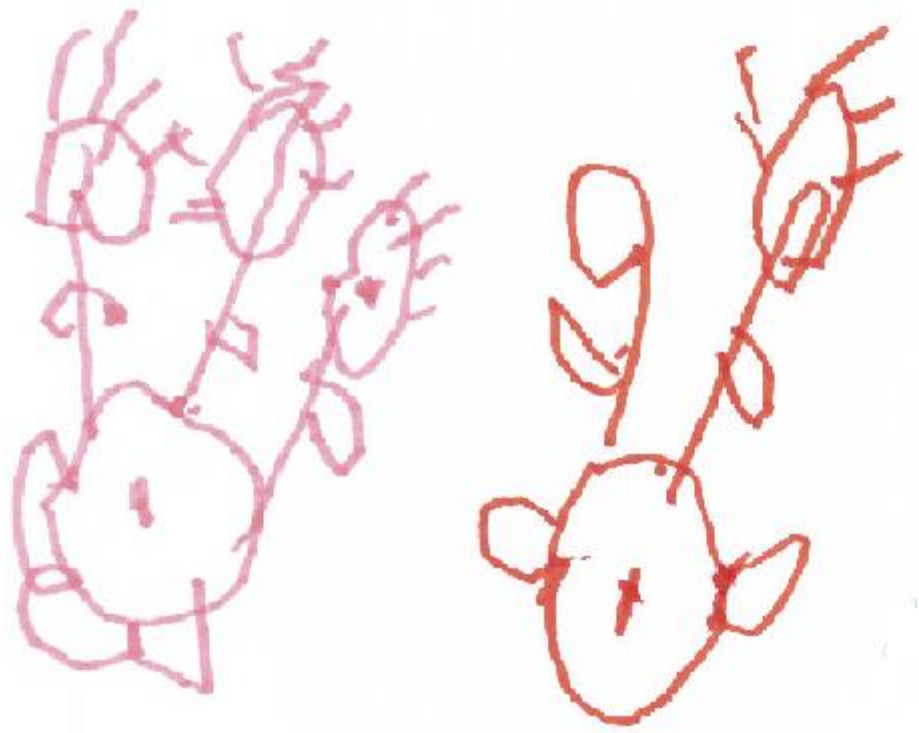
“Sonhei que nunca mais acordava. Queria acordar, pois antes tinha visto um monstro. Com uns cornos grandes, metia tanto medo. Não sei o que era. Não quero falar mais do que vi. (...).”



“Via fogo. Via a minha casa a ser destruída pelo fogo...Não sei. Mas vejo uma pessoa lá dentro. Não consigo ver! Vejo uma explosão! Seria o meu filho? (...).”



“Estava na guerra... Vim num barco grande, cheio de soldados. Era um belo barco à vela, daqueles que se usavam nos Descobrimentos. Chegámos. Não conheço o sítio. Vejo muitas pessoas... não percebo o que estão a fazer... estão a dançar, parece-me. Não conheço ninguém. Oíço um barulho mas não sei o que é... Acordo.”



“Sonhei com flores. Eram muitas e de muitas cores. Não vi mais nada.”

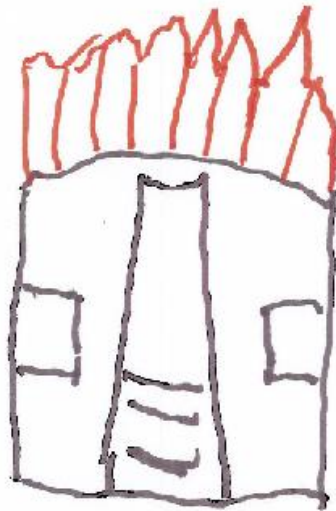


“Sonhei que estava a nadar. Num mar muito azul, daqueles que se vêem nas novelas. Tinha tantos peixinhos à volta....

Senti-me tão solta, em liberdade. Parecia que estava nua, não sei, mas também ninguém estava ali. Olho para baixo e vejo uma pequena casa. De quem seria? Perguntei-me eu... vi uma tartaruga, que depressa me acompanhou. Fui com ela até à casinha que já tinha visto... senti-me tão feliz. Acordei calmíssima e com um sorriso.”



“... assisti a uma perseguição. Estava ali tão perto. Era um coelho a fugir de uma raposa. A raposa era forte mas o coelho era muito mais esperto. Ele conseguiu ir até à toca e esconder-se com os seus coelbinhos. (...)”



“Vi a minha casinha. O meu lar. Era tão acolhedora e tão quente. Tinha umas escadas em vez de uma porta. Subi, subi, subi... cansei-me de subir. Parei num quarto, não vi ninguém. Continuei a subir... Encontrei o meu marido, deitado.... (...)”

Anexo E

Tabela 23 – Diferença entre a Idade Actual e a Idade do último sonho

| Idade Actual | Idade Último Sonho | Diferença |
|---------------------|---------------------------|------------------|
| 74 | 60 | 14 |
| 85 | 85 | 0 |
| 78 | 75 | 3 |
| 79 | 70 | 9 |
| 72 | 70 | 2 |
| 76 | 70 | 6 |
| 86 | 72 | 14 |
| 87 | 80 | 7 |
| 85 | 80 | 5 |
| 84 | 75 | 9 |
| 75 | 70 | 5 |
| 93 | 93 | 0 |
| 78 | 70 | 8 |
| 80 | 75 | 5 |
| 81 | 75 | 6 |
| 79 | 74 | 5 |
| 79 | 66 | 13 |
| 87 | 85 | 2 |
| 81 | 75 | 6 |

Anexo F

Tabela 24 – Frequências das emoções encontradas no Questionário

| Emoções | Frequência | | | | |
|------------------------------|------------|-----------------|------------------|-------------|----------------|
| | Sempre | Muitas Vezes | Algumas Vezes | Raramente | Nunca |
| Alegria (1.1A) | 0 | 2 (6,45%) | 17 (54,84%) | 11 (35,48%) | 1 (3,23%) |
| Desejo (1.1C) | 0 | 0 | 18 (58,06%) | 9 (29,03%) | 4 (12,90%) |
| Vergonha (1.1D) | 0 | 3 (9,68%) | 21 (67,74%) | 7 (22,58%) | 0 |
| Raiva (1.1E) | 0 | 4 (12,90%) | 20 (64,52%) | 5 (16,13%) | 2 (6,45%) |
| Paixão (1.1F) | 0 | 0 | 27 (81,10%) | 4 (12,90%) | 0 |
| Ciúme (1.1G) | 0 | 19 (61,29%) | 12 (38,21%) | 0 | 0 |
| Desamparo (1.1H) | 0 | 3 (9,68%) | 16 (51,61%) | 12 (38,71%) | 0 |
| Humilhação (1.1H) | 0 | 0 | 5 (16,13%) | 0 | 26 (83,87%) |
| Angústia (1.1J) | 0 | 7 (22,58%) | 23 (74,19%) | 1 (3,23%) | 0 |
| Surpresa (1.1M) | 0 | 1 (3,23%) | 16 (51,61%) | 14 (45,16%) | 0 |
| Chorar (1.1N) | 0 | 5 (16,3%) | 26 (83,87%) | 0 | 0 |
| Rir (1.1O) | 0 | 0 | 22 (70,97%) | 9 (29,03%) | 0 |
| Total | 0 | 44 | 223 | 72 | 39 |