



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A MULHER IDOSA INSTITUCIONALIZADA:

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Lia Carina Proença Rodrigues

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA JUDITE CORTE REAL

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Judite Corte Real, apresentada no Instituto Universitário de Psicologia Aplicada para obtenção do 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, 2006.

AGRADECIMENTOS

O espaço limitado desta secção, seguramente, não me permite agradecer, como gostaria, a todas as pessoas que, ao longo do meu Curso me apoiaram, directa ou indirectamente, nos meus objectivos e na concretização deste sonho académico. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas de uma sentida e profunda gratidão.

À Professora Doutora Judite Corte Real, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais que muito elevaram os meus conhecimentos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Agradeço também as incansáveis estratégias de motivação quando os dias ficavam cinzentos...

À Dr.^a Paula Agostinho, manifesto um sempre obrigado pela força, apoio, ajuda incansável e pela partilha de momentos de ensinamento e motivação. Um agradecimento especial ainda pela amizade que se proporcionou desta relação.

Às utentes do CPNSF, um obrigada do fundo do coração pela disponibilidade, pelos ensinamentos e experiências partilhadas.

Ao Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima e às Irmãs Hospitaleiras, expresso a minha grande gratidão por toda a colaboração no desenvolvimento deste trabalho. A todos, muito obrigada.

Às minhas amigas, pela amizade, companheirismo e compreensão nos grandes momentos de ausência devido à realização deste trabalho.

Ao Ricardo, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força, em todos os momentos.

Aos meus pais e às minhas irmãs um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termina, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que constantemente me oferecem.

À minha avó Alcidia, mulher de garra e determinação, um obrigada pelas intermináveis palavras de motivação e pelas incansáveis orações.

E por último e tão mais importante, ao meu avô Armindo, que partiu antes do fim, um agradecimento enorme pelo amor e dedicação, pela sabedoria que me levaram em busca dos sonhos que jamais se poderão calar e que um verdadeiro guerreiro sempre abraça; a ti, meu avô, dedico este trabalho.

Por tudo e a todos, a minha enorme gratidão!

RESUMO

O envelhecimento é uma etapa da vida que permanece pouco conhecida e estudada, se comparada a outras fases do desenvolvimento humano. Nesta pesquisa procurou-se explorar a relação entre eventuais alterações psicológicas em mulheres idosas, e o seu bem-estar espiritual. Participaram neste estudo 30 mulheres, idosas, institucionalizadas, a quem foi aplicado o MMSE (Mini Mental State Examination) para detectar disfunções cognitivas, o MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2) para identificar perfis de personalidade e por fim o SWBQ (Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual) para classificar o nível de bem-estar espiritual das participantes. Entre os resultados salienta-se a não existência de declínio cognitivo e valores acima dos parâmetros normais nas escalas de bem-estar e mini-mult, observando-se neste último uma maior incidência de sintomas ansiosos e depressivos, em relação às outras perturbações. Verificaram-se também relações significativas entre algumas dimensões das diferentes escalas utilizadas (nomeadamente entre as dimensões depressão, psicopatia e a dimensão pessoal do SWBQ) entre estas e alguns dados socio-demográficos. Entre as implicações destes resultados pensa-se ser importante a existência de mais estudos para compreender melhor a relação entre espiritualidade e saúde mental.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Saúde Mental, Bem-Estar Espiritual.

ABSTRACT

Aging is a stage of life that remains little known and studied, compared to other phases of human development. This research sought to explore the possible relationship between psychological changes in older women, and their spiritual welfare. 30 women participated in this study, elderly, institutionalized, who were assessed with the MMSE (Mini Mental State Examination) to detect cognitive disorders, the MMPI - 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2) to identify personality profiles and finally the SWBQ (Portuguese version of the Spiritual Well-being Questionnaire) to rate the level of spiritual well - being of participants. Among the findings highlight the absence of cognitive decline and values above the normal range in the scales of well -being and mini-mult, observing the latter a higher incidence of anxiety and depressive symptoms in relation to other disturbances. There were also significant relationships between some dimensions of the different scales used (particularly between dimensions depression, psychopathy and the personal dimension of the spiritual well -being questionnaire) between these and some socio - demographic data. Among the implications of these results are thought to be important to have more studies to better understand the relationship between spirituality and mental health.

Keywords: Aging, Mental Health, Spiritual Wellness.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. REVISÃO DE LITERATURA	3
1. <i>A Pessoa Idosa na Sociedade</i>	3
1.1. <i>O Envelhecimento Humano: Perspectiva Histórica</i>	3
1.2. <i>Conceitos de Velhice e Envelhecimento</i>	4
1.3. <i>Teorias do Envelhecimento</i>	7
1.4. <i>O Envelhecimento Demográfico</i>	8
1.4.1. <i>Considerações Gerais</i>	8
1.4.2. <i>Situação Portuguesa</i>	9
1.4.3. <i>Diferenças entre Géneros: A mulher Idosa</i>	12
2. <i>A Institucionalização da Pessoa Idosa</i>	12
2.1. <i>Considerações Gerais</i>	12
2.2. <i>Tipos de Institucionalização</i>	16
2.2.1. <i>Instituição de Acolhimento Permanente</i>	16
2.2.2. <i>Instituição de Acolhimento Temporário</i>	17
3. <i>Doença Mental</i>	18
3.1. <i>Conceito e Perspectivas Teóricas</i>	18
3.2. <i>Tipos de Doença Mental</i>	23
3.3. <i>Perturbações Mentais na Pessoa Idosa</i>	25
3.3.1. <i>Alterações Psicológicas</i>	25
3.3.2. <i>Sintomatologia mais Frequente em Pessoas Idosas Institucionalizadas</i>	26
4. <i>Bem-estar Espiritual</i>	27
4.1. <i>Considerações Gerais</i>	27
4.2. <i>Definição de Espiritualidade</i>	29
4.3. <i>Modelos de Bem-estar Espiritual</i>	31
5. <i>Problema, Objectivos e Questões de Investigação</i>	33
II. MÉTODO	35
1. <i>Tipo de Estudo</i>	35
2. <i>Participantes</i>	35
3. <i>Instrumentos</i>	36
3.1. <i>MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2</i>	36
3.2. <i>MMSE – Mini Mental State Examination</i>	39

3.3.	SWBQ – Questionário de Bem-Estar Espiritual	40
3.4.	Questionário Sócio-Demográfico	41
4.	<i>Procedimento</i>	41
III.	RESULTADOS	43
1.	<i>Tratamento Estatístico: Considerações Gerais</i>	43
2.	<i>Mini Mental State Examination – MMSE</i>	44
3.	Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2 – <i>MMPI – 2</i>	51
4.	<i>Questionário Bem-estar Espiritual – SWBQP</i>	63
IV.	DISCUSSÃO	72
1.	<i>Saúde Mental</i>	72
2.	<i>Bem-estar Espiritual</i>	74
3.	<i>Considerações Finais, Conclusão e Limitações</i>	76
V.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Mini Mental State Examination – MMSE	47
Gráfico 2 – Resultados Escalas L, F e K	56
Gráfico 3 – Perfil MMPI-2	57
Gráfico 4 – SWBQp	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultados na Escala MMSE	44
Tabela 2: Teste de Normalidade : Shapiro – Wilk	45
Tabela 3: Skewnesse e Kurtose	45
Tabela 4: ANOVA para Amostras Dependentes: Comparação entre as dimensões do MMSE	46
Tabela 5: Correlação entre as dimensões da escala do MMSE	48
Tabela 6: Shapiro Wilk	49
Tabela 7: Skewnesse/Kurtose	49
Tabela 8: Correlação MMSE e Variáveis Sócio-Demográficas	50
Tabela 9: Itens do MMPI-2 onde uma grande percentagem das participantes revelou existência de problemas	51
Tabela 10: Resultados nas escalas de validade: F-K, AI, IR, IG e AV	53
Tabela 11: Resultados nas escalas de validade: L, F e K	55
Tabela 12: Resultados nas escalas Clínicas (Notas T)	56
Tabela 13: Teste de Normalidade: Shapiro Wilk	58
Tabela 14: Skewnesse/Kurtose	59
Tabela 15: Correlação entre as Escalas Clínicas do MMPI-2	60
Tabela 16: Variáveis Sócio-Demográficas Vs Escalas Clínicas MMPI-2	61
Tabela 17: MMSE Vs Escalas Clínicas MMPI-2	62
Tabela 18: Análise de Frequências Itens SWBQp	63
Tabela 19: Teste de Normalidade: Shapiro Wilk	65
Tabela 20: Skewnesse/Kurtose	65
Tabela 21: Anova para Amostras dependentes: Comparação entre as Dimensões da SWBQp	66
Tabela 22: Correlação entre as dimensões da escala de bem-estar espiritual	67
Tabela 23: Variáveis Sócio-Demográficas Vs SWBQp	68
Tabela 24: SWBQp Vs Escalas Clínicas MMPI-2	69
Tabela 25: SWBQp Vs MMSE	70
Tabela 26: t de student para amostras independentes - Comparação entre quem refere Deus e quem não refere Deus como ajuda, nas dimensões da escala da espiritualidade	71
Tabela 27: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: HS – Hipocondria	89
Tabela 28: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: D – Depressão	90
Tabela 29: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Hy-Histeria	91

Tabela 30: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Pd - Desvio Psicopático	93
Tabela 31: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Pa – Paranóia	94
Tabela 32: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2 : Pt – Psicastenia	95
Tabela 33: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Sc – Esquizofrenia	96
Tabela 34: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Ma – Hipomania	97
Tabela 35: Consistência Interna MMPI-2	98
Tabela 36: Consistência interna SWBQp – Pessoal	99
Tabela 37: Consistência interna SWBQp –Comunitária	100
Tabela 38: Consistência interna SWBQp –Ambiental	101
Tabela 39: Consistência interna SWBQp –Transcendental	102
Tabela 40: Consistência interna SWBQp Total	103
Tabela 41: Consistência interna do MMPI-2	104
Tabela 42: Teste de Normalidade para SWBQp e Questionário Sócio-Demográfico – “Com quem pode contar para o ajudar?”	107

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Consistência Interna: MMPI-2, MMSE e SWBQp	86
Anexo B – Tabelas 27 a 42, e sua descrição	88
Anexo C – Pedido de autorização para realização de investigação	108
Anexo D – Consentimento informado	110

INTRODUÇÃO

Embora o envelhecimento constitua um fenómeno particular a cada pessoa, o facto é que se tem tornado cada vez mais uma preocupação colectiva (Rodrigues, 2002). Nas últimas décadas, o estudo do envelhecimento populacional tem vindo a assumir uma expressão significativa, por diversos motivos, entre os quais pelo facto de constituir um fenómeno demográfico recente, intimamente relacionado com o desenvolvimento económico, sanitário, social e cultural de um povo.

Actualmente, a realidade demográfica mostra uma evidente quebra na natalidade e mortalidade que, associada a um aumento da esperança média de vida suscita um aumento significativo da população situada nas gerações mais velhas (Rodrigues, 2002); a população idosa europeia, e na generalidade dos países industrializados, representa uma fracção significativa da população total, prevendo-se o seu contínuo crescimento numérico. Em Portugal, para além destes factores demográficos, o envelhecimento populacional encontra-se também agravado pelos movimentos migratórios do país (Paúl, 1997). Carreira (1996) salienta que Portugal conhece fenómenos com conseqüências de forte impacto: urbanização, envelhecimento, emigração e acolhimento de famílias de dimensão cada vez maior.

Na nossa sociedade, o fenómeno do envelhecimento tem vindo a sofrer várias alterações ao longo do tempo, passando-se, como refere Paúl (1997) de uma imagem onde o ser-se velho determina características positivas, ou seja, onde a velhice é sinónimo de sabedoria, a uma velhice dependente e isolada, até à da reforma e pensão. Com a modernização das sociedades, o desenvolvimento da produção, do capital e a intensificação do consumo, o corpo jovem passou a ter um valor fundamental, um lugar social privilegiado, já que a perfeição do corpo e as linhas da beleza são relacionadas com a saúde, desvalorizando-se o corpo envelhecido, sendo considerado negativo e inválido e associado à morte e doença (Silva et al., 2009).

Segundo D'Alencar (2002) apesar da comprovação de que em grande parte dos casos o uso de terapêuticas adequadas resolve com sucesso situações mórbidas associadas ao aumento da longevidade, a pessoa idosa debate-se com inúmeras dificuldades na sociedade contemporânea, dado, a velhice ser alvo de diversos mitos e a pessoa idosa estigmatizada e vítima de atitudes sociais negativas. Baptista (2002) refere a terceira idade como uma etapa da vida, muitas vezes, vivida e pensada de forma preocupada e até mesmo deprimida, embora, haja quem viva essa fase com satisfação e em cidadania.

Mais do que em qualquer outro grupo etário, as enormes diferenças ao nível físico, mental, psicológico e socio-económico, tornam evidente que o envelhecimento deve ser entendido a partir de uma perspectiva plural e não uniforme, devendo-se considerar grupos etários diversos e necessidades sociais distintas (Paschoal, 2000); assim, embora a idade cronológica seja sem dúvida um factor relevante na identificação deste sector da população, para compreender a velhice de forma global e enquadrada, não se pode conceptualizar apenas como um período singular do ciclo de vida, pois estar-se-á a simplificar e reduzir em demasia este fenómeno. Segundo Mah, Gonçalves e Garcia (1999) neste grupo populacional, muitas vezes, marginalizado e excluído, devido à sua idade, observam-se diferenças atendendo ao género da pessoa, às suas histórias de vida e ainda à forma como apreendem e interiorizam as imagens veiculadas pela sociedade.

Em suma, parece assim necessária uma leitura e reflexão sobre a realidade social do envelhecimento e da velhice para que se agregue a grande diversidade de variáveis que constituem e que evidenciam distintas realidades do ser humano (Mah, Gonçalves e Garcia, 1999); deste modo, tendo em consideração a importância das questões da saúde e da doença na área do envelhecimento, desenvolveu-se um estudo com o objectivo de conhecer e compreender o impacto de eventuais alterações na área da saúde mental, no bem-estar espiritual de mulheres idosas institucionalizadas. Seguidamente ir-se-á apresentar uma revisão de literatura, após a qual desenvolver-se-á um estudo empírico.

I. REVISÃO DE LITERATURA

1. A Pessoa Idosa na Sociedade

1.1. O Envelhecimento Humano: Perspectiva Histórica

No decorrer dos tempos, têm-se verificado mudanças progressivas no estatuto social da pessoa idosa, que tem sido vista de diferentes perspectivas, umas vezes venerada, outras desprezadas, conforme a cultura e a sociedade (Nodin e Vaz, 2005).

A preocupação com o envelhecimento remonta aos tempos antigos, este acontecimento de vida foi, desde sempre, um assunto de reflexão do ser humano na sua aspiração ao eterno e perplexidade face ao sofrimento e à morte. O nível de conhecimentos sobre a filosofia e anatomia humana tem sofrido evoluções ao longo dos tempos, modificando desta forma o que se vem entendendo sobre o envelhecimento e as atitudes perante as pessoas idosas; estes saberes reflectem o progresso realizado pelas culturas e relações sociais de várias épocas (Paúl e Fonseca, 2005).

Contrariamente, ao que se observa, no mundo em que se vive actualmente, fortemente condicionado pelo complexo desenvolvimento técnico e científico, em sociedades tradicionais, com a idade, o papel do indivíduo poderia assumir importância; assim, ao longo da história, têm-se destacado pessoas idosas, por exemplo, no clero, verificando-se também que o chefe de família, rico e idoso, via o seu poder económico e político expandir-se.

Segundo Pimentel (2005) na época Romana, o início da velhice não diferia muito dos dias de hoje; entrava-se na velhice aos 60 anos, idade que, actualmente marca o início da reforma e igualmente a entrada numa outra fase de vida. Porém, na Idade Média, esta etapa de vida não era claramente determinada por uma idade; distinguia-se apenas a criança e o adulto, cuja existência era frequentemente desvalorizada quando as forças não permitissem mais ao indivíduo trabalhar; esta conjuntura manteve-se até, aproximadamente, ao século XVIII, não parecendo a idade constituir um factor relevante.

Na época do Renascimento, segundo Pimentel (2005) a juventude é assinalada como um verdadeiro triunfo; a longevidade feminina ultrapassa, nesta época, da masculina, verificando-se um maior número de mulheres velhas. Estas mulheres, caracterizadas pela perda da beleza

exibida quando jovens, são nesta altura das suas vidas assimiladas à maldade e bruxaria. Assim, a velhice torna-se um facto assustador e de repulsa, essencialmente para o género feminino.

No século XVIII observaram-se algumas mudanças e com elas a alteração da imagem criada acerca da velhice; ao conceito de ser-se velho associavam-se também qualidades tais como a sabedoria, a bondade e a justiça. Na Revolução Francesa a velhice teve até direito a festas, sendo bastante glorificada (Pimentel, 2001). Ainda assim, a população jovem era quem dominava todos os órgãos de estado, a maioria estava fixada aos 21 anos de idade ou por situações associadas à paternidade.

No final do século XIX, o poder político ainda pertencia, na sua maioria, às pessoas idosas, contudo, esta vantagem não era generalizadamente apreciada; por outro lado, nas famílias rurais, bem como na cidade, na classe operária, onde as condições de vida eram precárias, aqueles que não podiam ou não tinham como trabalhar eram reduzidos à miséria (Pimentel, 2005).

Segundo Pimentel (2005), a sociedade, ao longo da história não tem sido muito generosa para com a população idosa (continuando da mesma forma nos dias de hoje) excepto em casos pontuais ou escassos em que o seu estatuto social lhe confere respeito, apoio e integração no seio da família.

Pimentel (2005) refere também, no que concerne à evolução do estatuto social da pessoa idosa que as opiniões vêm divergindo ao longo dos tempos, propagando-se, de um modo geral, a ideia de que nas sociedades pré-industriais eram, reconhecidas às pessoas idosas características positivas como a sabedoria e prudência, sendo atribuídos a algumas a ocupação de cargos importantes na comunidade, desempenhando funções de direcção, de intervenção mágica e terapêutica ou de ensino.

1.2. *Conceitos de Velhice e Envelhecimento*

Actualmente a velhice tem vindo a sofrer conceptualizações sucessivamente alteradas (Mah, Gonçalves e Garcia, 1999). Na actualidade, uma questão de difícil resolução, é definir quem é idoso e quem não é, dado que o início da velhice está associado a factores, não só intrínsecos como extrínsecos a cada indivíduo (Organização Mundial de Saúde – OMS, 1989; citado por Santos, 1993). Segundo Pereira (1999), o conceito de Velhice é um termo construído socialmente logo não é universal e desta forma torna-se um conceito de complicada definição.

Em tempos anteriores, a terceira idade podia-se definir por volta dos 65 anos de idade, acontecendo paralelamente com a entrada na reforma, ou seja, de uma forma geral, pode-se dizer que a definição de pessoa idosa está associada à idade da reforma que, em Portugal seria aos 65 anos (INE, 2002). Esta situação banalizou-se na nossa sociedade começando a acontecer cada vez mais cedo, por motivos adversos como o caso da incapacidade ou o desemprego, muitas vezes não coincidindo - a reforma antecipada - com a idade cronológica do indivíduo, o que segundo Pimentel (2005), constitui, desta forma, mais um factor que torna problemático definir esta fase de vida.

As definições associadas ao envelhecimento variam consoante as perspectivas históricas e de acordo com o ponto de vista de cada autor. Oliveira (2005) refere o envelhecimento como um processo que com o caminhar da idade, atinge todas as pessoas ao nível biológico, psicológico e social, sendo consequência do desgaste do tempo. Pimentel (2005), neste sentido, afirma também que as particularidades intrínsecas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social, são passíveis de alterações de acordo com a essência de cada indivíduo, implicando um conjunto diversificado de classificações, consequentemente heterogéneas, ou seja, o envelhecimento é um fenómeno relacionado directamente com a idade, que ocorre a vários níveis e diverge de pessoa para pessoa, podendo assumir diferentes sentidos, como por exemplo a idade cronológica, jurídica, física e biológica, psico-afectiva ou social. Segundo este autor, uma definição de envelhecimento acaba por resultar numa descrição demasiado complexa, bastante imprecisa ou enigmática, pois mesmo a ciência biológica ao qualificar o envelhecimento como um facto natural, universal e necessário, não fundamenta, por si só, o processo através do qual a pessoa envelhece, uma vez que não se pode eleger como sendo um facto inflexível e regular para todos os indivíduos (Pimentel, 2005).

Costa (2002) estabelece diferentes tipos de envelhecimento, mencionando um envelhecimento individual definido pela longevidade populacional, que reporta o facto de existirem mais indivíduos nos grupos de idade mais elevada e, por fim, um envelhecimento activo associado ao início da vida activa e reformas precoces. O autor salienta a importância da abordagem do envelhecimento individual bem como do envelhecimento populacional, acrescentando que a velhice é menos definida pela idade e muito mais pelas faculdades e capacidades pessoais; sublinha, também, que o facto da população se tornar cada vez mais idosa e em maior número, não deve, por esse motivo, ser tratada como um grupo residual, mas sim como uma parte cada vez mais representativa da população.

Fonseca (1987) refere-se ao envelhecimento como um acontecimento inevitável, inerente ao destino de cada indivíduo ao qual é impossível escapar. Visto ser um problema inquestionável, no decurso da finitude humana, trata-se de uma realidade universal presente em todas as civilizações. Na perspectiva de Fry (1989; citado por Paúl, 1997), o envelhecimento é representado por um trajecto gradual, descendente e que envolve um declínio no funcionamento psicológico e cognitivo, sofrendo, a pessoa idosa um aumento da vulnerabilidade social e emotiva, podendo provocar sentimentos de desânimo e perda de controlo. O autor refere, ainda, que a forma como a pessoa se desenvolve e envelhece depende do meio físico e social onde se insere. Outros autores (Paúl, 1997), remetem o envelhecimento para as mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos e vivendo em certas condições ambientais, defendendo também que o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento, a forma como se envelhece tem a ver com o modo como a pessoa se desenvolve, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece.

Segundo Fernández-Ballesteros (2000), a terceira idade consiste numa fase de enormes transformações a nível físico, psíquico e social e, apesar do envelhecimento ser um processo natural, depende em grande parte dos comportamentos e hábitos de vida da pessoa, sendo assim comumente aceite que o envelhecimento varie de pessoa para pessoa.

A ciência gerontológica concebe o envelhecimento numa abordagem multidisciplinar (Fernández-Ballesteros, 2000), diferenciando factores de natureza fisiológica, psicossocial e cultural, que no seu conjunto se complementam, de forma a promover o entendimento ou explicação desta etapa da vida. Numa reflexão mais aprofundada acerca desta temática é necessário ter em conta políticas, medidas, respostas, valências, e suportes indispensáveis para a população idosa, pois as atitudes tomadas em relação à velhice devem contemplar as mudanças que ocorrem nas diferentes gerações de modo a auxiliar esta faixa etária da melhor forma. É importante notar que a longevidade pode ter implicações importantes no bem-estar e comprometer os aspectos físicos, psíquicos e sociais da pessoa, dada a perda da adaptabilidade biológica, com redução das reservas fisiológicas dos órgãos e sistemas que diminuem, consequentemente, a capacidade de manter a homeostase. A velhice é, frequentemente, marcada pela doença, sequelas, declínio funcional, aumento da dependência e perda da autonomia. Neste sentido, a pessoa idosa experimenta eventos significativos negativos, tais como a perda de poder aquisitivo, redução de oportunidades de convívio social, perda de familiares e amigos e até a institucionalização, que muitas vezes acarreta o isolamento social e, consequentemente, sentimentos de inferioridade e depressão. Neste sentido Lourenço (1999) salienta que numa

sociedade em que o quadro social se baseia principalmente na produtividade e não nos valores humanos, torna-se quase impossível envelhecer bem.

1.3. *Teorias do Envelhecimento*

Entre as abordagens teóricas sobre o envelhecimento, podemos salientar as seguintes:

Perspectiva Biológica (Marchand, 2001):

Teoria Genética, em que o envelhecimento se apresenta como resultante do código genético da pessoa havendo um contínuo biologicamente programado (embriogenese, puberdade e maturação), desde o nascimento até à morte; Neuro-Endócrina, onde se atribui o envelhecimento à falência progressiva do sistema endócrino; Erro de Síntese Proteica - teoria que aponta para a possibilidade de modificações na molécula de ADN, que alteram a informação genética levando à síntese de proteínas incapazes de desempenhar a sua função; Desgaste - teoria que defende que o organismo humano se danifica com o passar do tempo; Imunitária - teoria segundo a qual parece não existir a nível do sistema imunitário uma distinção entre as células saudáveis e as substâncias estranhas ao organismo, conduzindo ao envelhecimento; Radicais Livres - nesta perspectiva o envelhecimento celular surge devido ao aparecimento de produtos tóxicos no organismo, como resultado de peroxidação pelos radicais livres dos ácidos gordos não saturados.

Teorias Psicossociais:

Nesta perspectiva podem-se também salientar diferentes abordagens, nomeadamente a da Desinserção, que remete para o afastamento progressivo da pessoa à sociedade e vice-versa, conduzindo à desinserção recíproca; Actividade - teoria que afirma que a pessoa deve manter-se activa para alcançar a maior satisfação possível e preservar a sua saúde, o que, por vezes, implica identificar e adoptar novos papéis e Continuidade onde se defende que a pessoa deve manter a continuidade dos seus hábitos, gostos e experiências ainda que tenha que pôr em prática algumas estruturas de adaptação.

1.4. O Envelhecimento Demográfico

1.4.1. Considerações Gerais

Nos dias de hoje o tema da terceira, ou até mesmo, quarta idade é um campo flutuante pois a sociedade associa a pessoa e esta fase da vida à doença, porém, o aumento da esperança média de vida da população e da qualidade da saúde foram duas das conquistas mais significativas do século XX. A população idosa ocupa cada vez mais um papel fundamental na estrutura demográfica a nível mundial, verificando-se uma inversão nas pirâmides etárias na generalidade dos países desenvolvidos (Melo e Barreiros, 2002). A baixa mortalidade infantil tem também contribuído para a redução da fecundidade, conduzindo à diminuição dos grupos mais jovens e consequentemente ao aumento do número de pessoas idosas (Fernandes, 1997; Rodrigues, 2007).

A consciencialização do envelhecimento à escala colectiva tornou este fenómeno característico da sociedade actual e partilhado a nível mundial. Rosa (1996), defende que este acontecimento resulta de alterações na estrutura etária da população, nomeadamente, ao aumento quantitativo do número de pessoas idosas associa-se o aumento do período de vida após a conclusão do ciclo de actividade e a diminuição da percentagem de jovens, ou seja, o envelhecimento populacional será fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou inicialmente ao aumento da expectativa de vida ao nascer e após os 60 anos, ocasionando também o aumento da proporção de pessoas idosas; esta situação conhecida como transição demográfica ou “transição epidemiológica” é acompanhada pela mudança da morbi-mortalidade, aumentando a incidência e prevalência de doenças crónicas e a queda de doenças infecciosas, o que tem levado a um aumento do número de pessoas incapacitadas ou dependentes de cuidados de longa duração (Paschoal, 2000).

O aumento da esperança de vida e, consequentemente, o envelhecimento no topo da pirâmide etária e o declínio da fecundidade que se traduz num envelhecimento na base da pirâmide, fenómeno denominado por Nazareth (1999) de duplo envelhecimento da população, tem-se verificado nos últimos anos, constituindo a morfologia social em que assentam transformações ocorridas na sociedade (Fernandes e Souza, 1999). Segundo Fernandes (1997), estudos demográficos permitem determinar os dois tipos de envelhecimento, distinguindo o que é considerado envelhecimento de “base” e o denominado de “topo”; no primeiro (envelhecimento de “base”) ocorre uma diminuição relativa da quantidade de jovens na base da pirâmide de idades e, no segundo (envelhecimento de “topo”) um aumento relativo de pessoas

idosas no topo da mesma pirâmide. Actualmente, a situação mais frequente é o duplo envelhecimento, na base e no topo da pirâmide, isto é, por um lado, verifica-se um aumento da esperança média de vida, produzindo-se desta forma um aumento dos efectivos no topo da pirâmide e, por outro lado, uma diminuição da taxa de natalidade observando-se a redução dos efectivos da base.

Em conformidade com a literatura, as pessoas idosas atingem cerca de 20% da população em diversos países e convertem-se num grupo essencial e poderoso das sociedades democráticas, além, de uma preocupação social. Walker (1999; citado por Paúl, 2005) desenvolve algumas etapas que surgem nesta preocupação social: a primeira entre os anos de 1940 a 1970, aproximadamente, surge com o questionamento da reforma (tornada universal na OCDE) tornando a “pessoa idosa” dependente da fixação da idade da reforma. Numa etapa posterior, sensivelmente entre os anos de 1970 a 1980, o envelhecimento torna-se uma preocupação económica e, por último, mantém-se a problemática anterior e emergem movimentos políticos de pessoas idosas.

1.4.2. Situação Portuguesa

Em Portugal, a população idosa aparece cada vez com maior expressão na sociedade portuguesa, sendo importante o estudo das questões inerentes a este grupo. Perista (1999) afirma, nomeadamente, que de acordo com a situação da actual conjuntura demográfica caracterizada por factores de reduzida natalidade, aumento da esperança de vida e o progressivo agravamento de carências socio-económicas é, necessário intensificar e reflectir sobre políticas sociais que visem proporcionar a prestação de serviços essenciais, bem como cuidados especializados a esta população.

Segundo Mah, Gonçalves e Garcia (1999), a análise da dimensão demográfica implica o foco nos índices de mortalidade e nas taxas de natalidade uma vez que estas têm vindo a registar, também em Portugal, um declínio acentuado, situação, esta que ocasiona um duplo envelhecimento. Por sua vez, os desenvolvimentos na área médico-científica e a melhoria das condições de higiene, bem como as condições de vida em geral potencializam o crescimento da esperança média de vida.

A população europeia regista, actualmente, índices de envelhecimento bastante elevados, especialmente nos países desenvolvidos. Verifica-se, neste contexto, uma esperança média de idade de 73,68 para os homens e 80,56 para as mulheres (INE, 2003). À semelhança de outros países, Portugal, conheceu um período a partir do qual se verificou um ritmo de mudanças consideravelmente aceleradas. Esse momento ficou marcado pela década de 60, com o êxodo rural sobretudo para as grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, assistindo-se nesta época a um forte movimento migratório. Contudo, foi entre os anos 60 a 80 que a urbanização atingiu o seu auge, dado também à chegada dos residentes de África (Barreto, 1996). Assim, para além do aumento da esperança de vida e da diminuição da natalidade outros factores que também pesaram no envelhecimento da população portuguesa, foram os surtos migratórios nas décadas de 60 e 70, nomeadamente de jovens e o seu retorno, muitos deles já como pessoas idosas, nos anos mais recentes. Entre 1960 e 1998, assistiu-se a um aumento de 114,4% na população com mais de 65 anos, o que significa que, se em 1960 somente 8% da população portuguesa era constituída por pessoas idosas, em 1998 essa percentagem subiu para 15,2%; as projecções para 2020 referem uma percentagem de 18,1% (Pimentel, 2001).

Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002) indicam que em Portugal, só nos últimos 40 anos do século passado, as pessoas com mais de 65 anos duplicaram, passando de 1 milhão para 2 milhões; os resultados apontam para que até 2015 o envelhecimento da população portuguesa continue a aumentar em valor absoluto e em importância relativa, ultrapassando o número de jovens. Segundo o INE (1999), em Portugal, o envelhecimento no topo surgiu pela década de 40 (inferido num atraso moderado da mortalidade) acentuando-se a partir da década de 70; o envelhecimento na base inicia-se mais tarde, contudo, a um ritmo exponencial. A evolução do envelhecimento associado a um declínio da mortalidade na idade avançada, veio reforçar o aumento da quantidade de pessoas idosas, maioritariamente do sexo feminino. Neste sentido, a pirâmide de idades de Portugal deixou de ser triangular e manifesta agora o estreitamento na base, provocado pelo declínio da fecundidade e um alargamento no topo resultante de maior longevidade (INE, 1999).

Actualmente, em Portugal, o envelhecimento demográfico no topo, é menos acentuado do que na base, onde as proporções de jovens têm diminuído em ritmo acelerado nos últimos anos, todavia, nalgumas regiões do país inverteu-se já a estrutura demográfica natural, verificando-se mais pessoa idosas do que jovens, situação que tende a agravar-se ao longo do tempo (Fernandes e Souza, 1999). O mesmo autor refere ainda que este duplo envelhecimento, associado ao declínio da fecundidade e alterações no quadro da mortalidade, ou seja, um aumento das

possibilidades de sobrevivência do indivíduo, uma vida mais prolongada e com mais saúde, devido à melhoria das unidades de saúde, bem como de infra-estruturas sanitárias, origina a estagnação do crescimento demográfico, verificando-se valores de crescimento próximos de zero e em alguns casos, mesmo negativos, caracterizando a transição demográfica (Silva, 2005). Segundo Pimentel (2001), nos dias de hoje a quantidade de pessoa idosas é superior, tanto em proporção da população total quanto em termos absolutos, o que justifica necessariamente uma diferente ponderação dos problemas que os afectam.

Em suma, em Portugal, entre os anos de 1960 e 2001, sensivelmente, o fenómeno do envelhecimento demográfico registou uma diminuição de 36% de jovens (as pessoas idosas já ocupam 16,4% da população geral, INE, 1999), em contraponto a um aumento de 140% de pessoa idosas, ou seja, a proporção de pessoa idosas que, em 1960, reflectia 8% do total, passou para mais de 16% no ano 2001. De outra forma, pode-se dizer que as pessoas idosas, entre os anos 1960 e 2001, aumentaram quase um milhão (INE, 2002).

As estatísticas, para um futuro não muito longínquo, apontam para uma ligeira subida da fecundidade, um aumento moderado da esperança de vida e um saldo migratório positivo, indiciando uma estrutura etária envelhecida. Os dados indicam que as pessoas idosas continuarão a aumentar em valor absoluto e em importância relativa, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos de 2010 e 2015. A percentagem de pessoas idosas chegará aos 18,1% até ao ano de 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1% (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Os resultados de estudos efectuados pelo INE (2002) revelam ainda que a percentagem de famílias com pelo menos uma pessoa idosa é de 32,5% e, destas em 50,5%, dos casos a pessoa idosa vive sozinha (48,1% correspondendo a casais de pessoa idosas). Por outras palavras, o número de famílias de pessoas idosas está a crescer e, por sua vez, as famílias multigeracionais diminuem. A taxa de iliteracia entre as pessoas idosas ainda que, em plano decrescente, devido à renovação geracional continua a ser muito elevada, cerca de 55%, sendo mais saliente nas mulheres (64,7%) do que nos homens (41,3%). Grande parte das pessoas idosas não exerce profissão (81%) e os que continuam a trabalhar dedicam-se, na sua maioria, à agricultura.

1.4.3. Diferenças entre Géneros: A mulher Idosa

Nos países considerados desenvolvidos, a presença das mulheres é inequivocamente superior à dos homens devido a uma maior esperança de vida (*World Health Organization*, 2003; Lehmann, 2003). Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (Goncalves e Carrilho, 2007), o índice de envelhecimento é de 132 mulheres para 90 homens, verificando-se no ano de 2008, que as mulheres portuguesas apresentavam uma esperança de vida à nascença de 83 anos, a os homens apenas 76 anos (*World Health Organization*, 2003). No entanto, a esperança de vida nem sempre está associada a um envelhecimento saudável; segundo os dados da Organização Mundial Saúde (*World Health Organization*, 2010), no ano de 2007 a expectativa de vida saudável para as mulheres portuguesas era de 73 anos e para os homens somente 69, o que poderá significar uma porção de anos vivida com dificuldades (*World Health Organization*, 2003). Sousa, Galante e Figueiredo (2003) afirmam que a acentuada incapacidade funcional das mulheres aumenta com o acréscimo de esperança de vida, verificando-se uma tendência das mulheres idosas a reportar para terceiros o desconforto físico que sentem, o qual interpretam como incapacidade funcional do sistema (Morala- Dimaandal, 2009).

Smith (2007) e Lehmann (2003) evidenciam que 75% dos cuidadores informais são mulheres, nomeadamente idosas cuidadoras de cônjuges doentes, as quais - comparativamente com mulheres idosas não-cuidadoras - apresentam risco de declínio ao nível do funcionamento cognitivo, relatando a presença de sintomatologia depressiva, ou ansiosa, associada a elevados níveis de stress; as mulheres idosas apresentam ainda maior probabilidade de experienciarem situações de perda, nomeadamente do cônjuge (Smith, 2007), constituindo a viuvez um dos principais motivos que conduz ao aumento da vulnerabilidade para a solidão nestas mulheres, comparativamente aos homens idosos (Beal, 2006).

2. A Institucionalização da Pessoa Idosa

2.1. Considerações Gerais

O recurso às instituições tornou-se cada vez mais frequente, embora estas tenham uma conotação negativa; de facto são poucas as pessoas que aceitam a institucionalização dos seus familiares de forma tranquila, pois apesar do papel activo que podem desempenhar mesmo nessa

situação ou, das relações que continuam a manter com os familiares, considera-se muitas vezes que as pessoas idosas estão afastadas das relações sociais da comunidade (Pimentel, 2001).

No mundo contemporâneo a família que, noutros tempos, era alargada e constituída por três gerações passou a abranger apenas pais e filhos (designada como nuclear), tendo o estilo de vida actual fragmentado até a família nuclear pois torna, muitas vezes, difícil o encontro diário e o convívio entre pais e filhos. O estilo de vida adoptado pela sociedade, o modo de vida quotidiano exige uma tal organização que não permite à pessoa idosa a sua participação na vida social e até familiar (onde muitas vezes não tem lugar) conduzindo-a frequentemente à exclusão social, solidão e ao isolamento. Segundo Pimentel (2001), a alteração das relações sociais levou ao agravamento dos problemas das pessoas idosas, dada a sua exclusão, da família, trabalho e comunidade local. Os dados revelam um afastamento geracional familiar, ou seja, há um distanciamento habitacional das pessoas idosas bem como, de gerações familiares conduzindo ao isolamento da pessoa idosa. Pimentel (2001) afirma que não se pode continuar com a ideia de que a pessoa idosa é inútil e improdutiva, pois este facto só trará consequências nefastas à geração jovem que ficará sobrecarregada, levando ao agravamento das incompatibilidades entre gerações.

Segundo Costa (2001), é necessário criar soluções no sentido de reduzir a institucionalização, fomentando a permanência da pessoa idosa ou, o seu regresso ao seio familiar. Pimentel (2001) considera que nas sociedades ditas rurais as redes de interacção, em grande parte dos casos, são suficientemente fortes para garantir apoio afectivo e proporcionar formas de solidariedade baseadas em relações comunitárias; por outro lado, na sociedade urbana verifica-se que os recursos vão no sentido de proporcionar lares para pessoas idosas bem como, formas de ocupação do tempo, nomeadamente, centros de dia, passeios, colónias de férias e todo um conjunto turístico destinado à população idosa (Costa, 2001).

No sentido de abordar a dimensão da institucionalização e os seus impactos positivos ou negativos, Altman (1975) propôs o uso do termo “Território”, querendo com isto dizer que os territórios, ou seja, o espaço adoptado pela pessoa idosa, promovem um sentido de familiaridade, permitindo a identidade, predictibilidade e continuidade, no fundo uma sensação de controlo do meio. O comportamento territorial é inevitável e surge em qualquer circunstância, sendo este caracterizado pela posse, controlo e defesa, funcionando como um estabelecer de fronteiras entre os indivíduos, regulando a interacção social. Desta forma, Altman propõe, uma divisão dos territórios em três tipos, considerando-se esta distinção importante e fundamental para explicar alguns comportamentos das pessoas idosas institucionalizados mas, também dos que residem na

comunidade; assim o autor distingue o território primário, exclusivo ao indivíduo que permite as actividades de auto-manutenção e íntimas; o território secundário, partilhado diferentemente pelos membros, permite um leque mais restrito de comportamentos, de natureza menos privada constituindo como que uma ponte entre o privado e o público e o território público, partilhado igualmente por qualquer dos indivíduos da comunidade.

Kinney et al. (1987, citado por Paúl, 1996) realizaram um estudo para verificar a territorialidade das pessoas idosas a residir em lares, tendo por base os três tipos de territórios propostos por Altman (1975). Nos lares, o território privado pode limitar-se à cama ou à cadeira de cada um ou, corresponder aos quartos dos residentes. O território secundário é composto pelo conjunto das salas de estar de cada andar e finalmente, o espaço público é o átrio central do edifício. Foram estudados os comportamentos de posse, de controlo e de defesa, tendo-se verificado que as pessoas idosas mais independentes manifestavam maior territorialidade, nomeadamente em relação ao território privado, não se verificando diferenças entre o grupo de pessoas idosas dependentes e independentes relativamente ao espaço público; observou-se também que os pessoas idosas mais perturbados demonstravam mais territorialidade, especialmente, no espaço público, não havendo diferenças relativamente ao espaço privado e secundário. A conclusão geral remete para competências individuais que medeiam a relação entre os territórios e a resposta dos residentes a estes mesmos espaços.

Segundo Paúl (1996), as pessoas vivem num mundo de significados, atribuindo-os ao seu ambiente. O autor descreve o processo psicossocial da ligação das pessoas idosas à sua casa e de como a preenchem de significados; as características do ambiente do lar abrangem quaisquer elementos com um significado subjectivo, podendo estes incluir objectos, possessões, mobília, colecções, corredores, quartos, paredes ou rotinas comportamentais.

Um habitat adequado e um quadro físico agradável são indispensáveis para o bem-estar das pessoas, dado que o alojamento, independentemente da faixa etária, tem uma forte influência sobre a qualidade de vida; para as pessoas idosas um alojamento conveniente é ainda mais importante dado constituir o centro de quase todas as suas actividades, sendo pois fundamental, uma correcta adaptação do alojamento e, o fornecimento de apoios para as ajudar a continuar a viver em sua casa. O habitat das pessoas idosas deve ser visto como algo mais do que um simples abrigo, pois para além das suas características físicas, contempla significados psicológicos e sociais que é necessário ter em conta (Plano Internacional de Acção Contra o Envelhecimento, 1991). Pimentel (2001) apresentou um estudo que pretendia perceber a perspectiva das pessoas idosas a

residir na comunidade, em relação aos que viviam institucionalizados e, os motivos que os levariam a optar pela institucionalização. O autor concluiu que as pessoas idosas residentes na comunidade, perspectivam positivamente o apoio institucional, contudo, manifestam uma preferência pelos serviços comunitários como o apoio domiciliário e, apontam o internamento como um último recurso. Por outro lado, muitos estão conscientes da indisponibilidade dos familiares para lhes prestarem um apoio continuado e, este facto leva-os a considerar o internamento como uma alternativa. Será interessante salientar que para a pessoa idosa institucionalizada, a perda de autonomia não é o principal motivo a desencadear a institucionalização; por outro lado, para a pessoa idosa residente na comunidade, a possibilidade de internamento só surge quando há uma perda de autonomia, enquanto mantiverem capacidades físicas e mentais suficientes para desenvolverem as actividades diárias essenciais pretendem permanecer em casa. Apesar da institucionalização ser um momento angustiante, pois representa um corte simbólico ou real, com a sociedade envolvente, alguns pessoas idosas consideram que é uma alternativa que lhes garante estabilidade, pois podem contar com apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos (Pimentel, 2001).

Independentemente das circunstâncias que levam ao internamento, este envolve uma mudança no padrão de vida da pessoa idosa, uma ruptura com o meio no qual se identifica. A pessoa idosa depara-se, assim, com uma realidade completamente nova, por vezes assustadora, podendo não se estabelecer uma relação equilibrada e tranquila. Se para a pessoa idosa integrada na sua comunidade, se torna difícil reorganizar o seu projecto de vida, face a novos factores, para a pessoa idosa institucionalizada o processo acaba por se tornar muito mais dramático (Pimentel, 2001).

A institucionalização surge, como a última alternativa, quando todas as outras estão já esgotadas, constituindo a perda da autonomia física, um factor crucial nesta decisão, embora outros factores possam condicionar esta opção (Pimentel, 2001). Segundo um estudo longitudinal realizado nos anos 80 por Worobey e Angel (1990, citado por Paúl, 1996), as pessoas idosas com poucos filhos ou quando estes estão fora, têm como opções continuar a viver sozinhos, ir para casa de alguém, contractar quem possa tomar conta deles na sua casa e por último, ceder à institucionalização. No entanto, as opções estão condicionadas pela economia e cultura das pessoas, assim, não obstante os filhos estarem dispostos a participar e apoiar nas decisões, por vezes a institucionalização surge como opção mais adequada às necessidades da pessoa idosa (Pimentel, 2001).

Paúl (1996) refere que dada esperança média de vida ter crescido exponencialmente desde o início do século, até aos dias de hoje, prevendo-se um contínuo aumento da população idosa, torna-se importante reflectir sobre a forma como se vive e não apenas o quanto se vive. As diversas respostas institucionais e a importância que o lar tem para cada pessoa, os problemas da manutenção da pessoa idosa na comunidade, o processo de separação na institucionalização, bem como a adaptação a um novo ambiente, implicando um processo de apropriação, ligação e identidade (que por vezes pode revelar-se longo e penoso), constituem temáticas importantes para investigação (Paúl, 1996).

2.2. Tipos de Institucionalização

2.2.1. Instituição de Acolhimento Permanente

A origem histórica do aparecimento dos lares remonta aos denominados asilos e hospícios, destinados a acolher indigentes, mendigos e velhos; segundo Casanova (2001) a imagem social negativa criada sobre estas instituições ainda hoje se estende aos lares, grande parte das vezes conotados simbolicamente com uma velhice solitária, triste, pobre, sem autonomia e sem outras alternativas, permanecendo a pessoa até ao fim dos seus dias.

Actualmente verificam-se alterações ao nível do acolhimento, integração e até mesmo na designação destas instituições, embora o mundo institucional permaneça estranho a muitas das utentes, e não proporcionando um tratamento individualizado, o que conseqüentemente pode acabar por levar ao isolamento social (Casanova, 2001).

As instituições de acolhimento permanente, hoje em dia incluem residências, famílias de acolhimento e lares, sendo estes direccionados essencialmente a pessoa idosas dependentes ou em risco de perder a autonomia. A Direcção Geral de Acção Social (1996), estipulou alguns objectivos que os lares devem assegurar ao nível das necessidades básicas, habitacionais, sociais e psicológicas, tendo para este efeito serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial da pessoa idosa, incentivando as relações familiares e garantindo uma vida confortável, um ambiente calmo e humanizado de forma a contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento (Casanova, 2001).

As residências têm tido uma adesão bastante fraca, segundo Casanova (2001) provavelmente devido ao seu elevado custo. A maioria consiste em apartamentos individuais ou por casal, de

pequenas dimensões, com alguns serviços comuns podendo estar inseridos ou não em edifícios habitacionais. Por último, o acolhimento familiar tem como objectivo garantir à pessoa idosa uma alternativa ao seu meio familiar que retarde ou evite o recurso institucional, através da inserção numa família que garanta um ambiente socio-familiar e afectivo próprio à satisfação das necessidades básicas, respeitando a privacidade e identidade da pessoa idosa; esta é uma resposta com pouca abrangência pois também é bastante recente (Casanova, 2001).

A polémica que tem surgido em torno dos problemas associados à institucionalização, nomeadamente, no que respeita ao controlo da qualidade e legalidade das respostas sociais existentes e ao afastamento das pessoas idosas do seu meio natural de vida, tem vindo a afirmar a crescente necessidade de diversificação da oferta de respostas, ajustadas às necessidades desta população que, possibilitem não só a manutenção na sua residência como o apoio de serviços especializados (Casanova, 2001).

2.2.2. Instituição de Acolhimento Temporário

O acolhimento temporário é composto por centros de dia, de convívio, colónias de férias e, apoio domiciliário. O surgimento deste tipo de acolhimento veio proporcionar, não só, melhores condições na permanência das pessoas idosas no seu domicílio como vem responder positivamente à satisfação de necessidades de alimentação, higiene e saúde, bem como na prevenção do isolamento através da promoção de actividades lúdicas e culturais. Este tipo de acolhimento traz vantagens, no sentido em que se tem em consideração um maior respeito pela dignidade humana e se torna menos dispendioso, que os alojamentos definitivos (Casanova, 2001).

Inicialmente, por volta dos anos 60, apareceram os centros de dia, enquanto estrutura de apoio social, composta por diversos serviços de resposta imediata às carências socio-económicas, bem como de incentivo às relações interpessoais. Na mesma época, foram estruturados os centros de convívio, mais focados na dinamização da vida social e cultural da comunidade, proporcionando à pessoa idosa um espaço para conviver em grupo e promover a sua própria participação, na gestão dos centros, através da constituição de comissões de utentes. Posteriormente eclodiram as colónias de férias como resposta à satisfação das actividades lúdicas e recreativas, estas colónias oferecem uma estadia temporária aos utentes fora da sua residência habitual; o objectivo prende-se com a oferta de actividades de lazer e animação que, permitam

quebrar a rotina e motivar a integração social, privilegiando o equilíbrio físico, psicológico e social. Em contrapartida, o apoio domiciliário, inclui uma panóplia de serviços de manutenção da pessoa idosa na sua casa, consoante o seu grau de deficiência ou dependência e, a disponibilidade de apoio evidenciada pelos familiares; pode ser considerada uma prestação de cuidados personalizada à pessoa idosa, individualmente, ou a uma família (Casanova, 2001).

3. Doença Mental

3.1. Conceito e Perspectivas Teóricas

As perturbações mentais e comportamentais encontram-se definidas na classificação internacional das doenças (CID-10), sendo também no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) cada uma das perturbações considerada como um padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo e, que se manifesta numa pessoa e que está associado a um mal-estar actual (sintoma doloroso), ou incapacidade (impedimento de funcionar em uma ou mais áreas importantes), evidenciando-se ainda o aumento significativo do risco de se verificar morte, dor, debilitação ou perda importante de liberdade (American Psychiatric Association, 2002). Segundo a OMS (2002) as perturbações mentais não são meras variações dentro da escala do normal, mas sim fenómenos patológicos, entendidos como condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do pensamento e das emoções ou, por comportamentos associados à angústia pessoal ou, à deterioração do funcionamento; neste sentido, a OMS (2002) define a doença mental como uma alteração no modo de pensar e sentir ou, em que há uma desadequação ou deterioração do funcionamento social e psicológico, podendo surgir devido a factores biológicos, sociais ou psicológicos.

Segundo Cobb e Mittler (2005) a doença mental é um termo geral que visa abranger as diversas perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. Algumas características passam por reacções emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, distorções na compreensão e comunicação e por um comportamento social desadequado; diferentes sintomas podem definir estados psicóticos (por exemplo, a esquizofrenia e doenças maníaco-depressivas) perturbações de origem orgânica (como demências e perturbações degenerativas do cérebro), psiconeuróticas (como por exemplo, os estados de ansiedade e perturbações obsessivas) ou perturbações de comportamento e personalidade.

Menechal (1999) refere que a expressão “doença mental” é usualmente utilizada para designar doenças da esfera psiquiátrica, ou seja, doenças psicóticas ou degenerativas que abrangem um leque de sintomas e graus de gravidade. Segundo o autor, as doenças mentais podem assumir uma forma aguda, crónica ou intermitente, conseqüentemente estas perturbações podem implicar dificuldades ao nível social, pessoal e educacional, antes dos sintomas definitivos se tornarem evidentes. As perturbações do foro mais leve, como sejam as perturbações emocionais e alterações de comportamento, embora possam manifestar-se em qualquer idade são mais frequentes na idade jovem, devendo-se distinguir cuidadosamente reacções normais ao stress e reacções psicopatológicas.

Segundo Ekdawi e Conning (1994) torna-se possível caracterizar a perturbação mental como grave ou persistente se através dela resultarem limitações prolongadas da capacidade funcional da pessoa ao nível das actividades básicas da vida diária tais como, as relações interpessoais, o cuidado pessoal e do lar, bem como as actividades profissionais e de lazer; segundo os autores na doença mental o funcionamento emocional e comportamental do indivíduo pode encontrar-se de tal forma debilitado que interfere drasticamente na capacidade deste se manter de forma autónoma, inserido na sociedade sem qualquer tipo de apoio institucional, por um período de tempo prolongado ou definido. Goldman et al. (1981) referem que os doentes mentais crónicos sofrem de perturbações mentais ou cerebrais, para além de outras que lesam ou impedem o desenvolvimento das suas capacidades funcionais em todos os aspectos primários da vida quotidiana, como a higiene pessoal, o auto-cuidado, a autonomia, as relações interpessoais, as transações sociais, a aprendizagem e o ócio, conduzindo a dificuldades no desenvolvimento da sua própria auto-suficiência. Neste sentido, a cronicidade é definida pelo diagnóstico, gravidade da doença e a sua duração, sendo este último factor o mais saliente. Guterres (2002) aprofunda este tema da doença mental crónica e caracteriza-a em três dimensões, sendo que uma recai sobre o diagnóstico, salientando uma perturbação mental grave, a segunda assenta no nível de funcionamento mental, incluindo incapacidades moderadas a graves e, por último, a duração dos sintomas e número de hospitalizações, associadas a incapacidades graves e prolongadas. Segundo o mesmo autor, apesar de se tratar de uma população frágil com grande número de limitações, e graves incapacidades, existem períodos de remissão e níveis normais de funcionamento psicológico que permitem levar uma vida normal e independente, caso sejam proporcionadas as condições, tratamentos, suporte social e oportunidades. Guterres (2002) afirma ainda que a preocupação com estas pessoas deve passar por estimular um desenvolvimento social e instrumental que seja ajustado ao nível de funcionamento nas situações reais, ou seja, sustentar

uma reabilitação psiquiátrica fundamentada num novo paradigma da doença mental, construído pelo avançar do aprofundamento do conhecimento nas diferentes áreas do saber.

Menechal (1999) afirma que a doença mental remete para a questão do normal e do patológico, não podendo ser concebida independentemente de uma reflexão acerca da loucura e do seu papel na sociedade. A psicopatologia explicaria esse espaço do pensamento entre o reconhecimento da loucura, exterior à razão, e a compreensão da perturbação psíquica da pessoa que, pelo contrário, apela ao que é comum no ser humano. A loucura situar-se-ia permanentemente num movimento de inclusão/exclusão, neutralidade/julgamento, na fronteira da boa vontade e na observação científica, no delimitar dos contornos subjectivos do normal, atribuindo-se uma posição ao desvio e à marginalidade nas condutas humanas, não se podendo dissociar da antropologia pois, é nesta, que se encontra o sentido da alma e do corpo do Homem.

Teixeira (2000) levanta também a questão sobre a complexidade do problema da saúde mental, a existência de diferentes concepções acerca do que é o homem e como este se pode perturbar, defendendo a existência de diferentes critérios para caracterizar a normalidade distinguindo-a do anormal ou patológico. Assim, a normalidade pode ser entendida sob múltiplas perspectivas, tendo em consideração os seguintes critérios:

- Biomédico: a normalidade é representada pela saúde e esta remete para a ausência dos sintomas da doença.
- Psicanalítico: a normalidade assenta num equilíbrio perfeito e harmonioso das forças psíquicas internas.
- Estatístico: a normalidade é o que aparece com a maior frequência.
- Sociológico: a normalidade é a adaptação às normas sociais.
- Subjectivo: atribui a normalidade à percepção de bem-estar psicológico e à ausência de consciência da perturbação.
- Psicológico: relaciona a normalidade a um conjunto de atributos psicológicos, tais como a percepção de equilíbrio e coerência interna, a percepção adequada da realidade, o confronto activo com o stress, a resistência à frustração, as competências comunicacionais e relacionais, a capacidade de auto-realização e autonomia, as competências sociais para realizações concretas e, a promoção do seu próprio desenvolvimento existencial.

Para definir o que é o patológico, Teixeira (2000) salienta algumas características relevantes associadas a experiências de sofrimento psicológico, comportamentos desadaptados, dificuldades afectivas marcadas nas relações com os outros, disrupções do funcionamento familiar, provocando alterações de adaptação e no rendimento profissional e, conseqüentemente gerando dificuldades de adaptação social.

Segundo Teixeira (2000) por doença mental pode entender-se uma mudança que surge de forma súbita ou progressiva, ao nível do pensamento, percepção, sentimentos, comportamentos e funcionamento da pessoa; os sintomas podem ser diversos levando a uma combinação de ideias, emoções, comportamentos e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos destas perturbações a esquizofrenia, a depressão, a doença bipolar e até as perturbações pelo uso de substâncias psicoactivas. O autor apresenta algumas características inerentes à definição da doença mental:

- Experiências de mal-estar e sofrimento da pessoa, bem como das que lhe estão próximas, isto é, experiências que remetem para a relação da pessoa com ela própria, designada de sofrimento intra-psíquico e, experiências referentes à relação com os outros, denominada de inter-pessoal; a forma como se manifesta, a nível dos sintomas e sinais, é idêntica, mesmo em pessoas diferentes.
- Consequências negativas tanto no funcionamento social, quanto profissional resultando em diferentes níveis de incapacidade.
- Efeitos negativos na saúde física, uma vez que provoca um maior envolvimento nos comportamentos de risco e, por sua vez, mais dificuldades no confronto com acontecimentos indutores de stress.

Teixeira (2000) refere também que o campo da psiquiatria é heterogéneo e varia consoante o modelo teórico, conduzindo a diversas interpretações dos sintomas das doenças mentais. Deste modo, o autor salienta os seguintes modelos:

- Biológico: Este modelo guia-se pelo chamado “Mito do Cérebro”, salientando alterações cerebrais, neurofisiológicas e neuropsicológicas. Actualmente associa-se a este modelo o “Mito dos Genes”, pois está directamente relacionado com o projecto do genoma humano.

- Comportamental: Sintomas desadaptados advêm das consequências de aprendizagens sem sucesso, ou seja, comportamentos que deveriam ter sido aprendidos e não foram, levam a desajustes quando a pessoa é confrontada com uma situação.
- Cognitivo: Pensamentos irracionais ou mesmo distorcidos sobre a realidade podem provocar perturbações emocionais.
- Psicanalítico: Este modelo rege-se pelo “Mito do Inconsciente”, ou seja, conflitos inconscientes, relacionados com as diversas etapas do desenvolvimento da personalidade na infância, não adaptados à vida adulta podem desencadear sintomas de doença mental.
- Interactivo-Familiar: Anomalias na comunicação de grupos, provocam na pessoa, dificuldades em desenvolver uma resposta adequada à situação.
- Social: Assenta no mito do “Stress Social” salientando-se a existência de condições sociais adversas, que levam as pessoas a ficar vulneráveis e a adoecer com maior facilidade.
- Existencial: Este modelo foca-se na perturbação contextualizada da pessoa e na forma como esta gere a sua liberdade de escolha ou se compromete como autora do seu destino; os sintomas surgem quando se dá um afastamento da pessoa em relação a si própria.

Em suma, como refere Teixeira (2000) a doença mental é de difícil definição, pois abrange um extenso leque de perturbações que afectam o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual, mais por desadequação ou distorção do que, por falta ou deficiência de capacidades anteriores à doença, manifestando-se em determinado momento ao longo da vida, antes do qual não existiam alterações ou perda de capacidades. Fazenda (2006), afirma também que na doença mental, sendo aguda ou crónica (de curta ou longa evolução), não existe uma insuficiência mas uma alteração com diversos graus de gravidade que pode ser tratada e, em muitos casos até curada.

Segundo Goldman et al. (1981) a doença mental abrange toda uma população com sintomas de desordens mentais, não tendo necessariamente que viver em hospitais psiquiátricos como era entendido há alguns anos atrás, embora em casos de perturbação mental grave e persistente, se verifiquem interferências nas capacidades funcionais do dia-a-dia, tais como o auto-cuidado, as relações interpessoais e profissionais, a educação e actividades formativas.

Cobb e Mittler (2005) referem que o tratamento das doenças mentais agudas passa, numa primeira fase, pela psiquiatria e enfermagem, tanto na comunidade, consultas externas ou, em centros especializados; em casos graves a hospitalização em regime de internamento, possibilita um tratamento psiquiátrico acompanhado, tendo as formas mais ligeiras da doença mental

tratamento em clínicas de saúde mental ou médicos particulares. Em todos os casos é possível uma recuperação através de uma utilização adequada de medicação, paralelamente associada a psicoterapia de carácter verbal ou não verbal, sendo o objectivo intervir de forma activa e sistemática na doença e ajudar a pessoa a retomar a sua vida.

Os avanços e desenvolvimentos na área da psiquiatria salientam a necessidade de se melhorar a qualidade do ambiente em que os indivíduos vivem, pois é vital que as pessoas com doença mental crónica possam ser inseridas na sociedade ao invés de ficarem retidas permanentemente em instituições psiquiátricas. O tratamento das perturbações psiquiátricas dá cada vez mais ênfase ao princípio da “normalização” tal como acontece com o tratamento de pessoas com deficiência mental (Cobb e Mittler, 2005).

3.2. Tipos de Doença Mental

Segundo Oliveira (2006) na compreensão da pessoa com doença mental, a primeira coisa a ter em conta é o facto das doenças mentais ou psíquicas serem realmente doenças e o comportamento disfuncional poder, ser tão ou mais doloroso para a própria pessoa do que para os outros. Para o autor será importante ressaltar que comportamentos disfuncionais, sem motivo aparente, podem resultar de doenças/perturbações emocionais e não de falhas de carácter, se se manifestarem durante um longo período de tempo. Nestes casos, são frequentes a agressividade, tristeza excessiva, preocupação exagerada, falta de confiança, egoísmo, avareza, abandono, dependência, fraco controlo emocional ou hipocondria. Segundo o autor podemos considerar os seguintes tipos de doença mental, como as mais relevantes:

DEPRESSÃO E DOENÇA MANÍACO-DEPRESSIVA. A depressão é uma doença mental que pode afectar o humor durante longos períodos de tempo. Os sintomas passam por perturbações do apetite e do sono, fadiga, perda de energia, sentimento de inutilidade, culpa, incapacidade, falta de concentração, preocupação com a morte, desinteresse, apatia e tristeza. A depressão afecta pessoas de todas as faixas etárias e, se não tiver um tratamento adequado pode até conduzir ao suicídio. Por outro lado, na doença maníaco-depressiva ou doença bipolar caracterizada por oscilações de humor, manifestam-se períodos de extrema exaltação e outros de depressão profunda. A fase maníaca manifesta-se por um comportamento hiperactivo, com euforia e irritabilidade, insónias, discurso e pensamento rápido e, por vezes ideias de grandeza.

PERTURBAÇÕES ANSIOSAS

Fobias. Neste tipo de perturbação as pessoas enfrentam episódios de imenso terror, quando confrontadas com situações específicas ou certos objectos. Esta perturbação chega a impedir a pessoa de ter uma vida normal obrigando-a a fazer adaptações na actividade diária para evitar essas situações ou objectos.

Perturbação de Pânico. Surge repentinamente associada a um sentimento de terror sem causa aparente, durante o ataque a pulsação aumenta, a respiração é rápida e a pessoa pode suar ou ficar com vertigens, passando a recear constantemente que as crises se repitam.

Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Caracterizada por pensamentos repetitivos, persistentes, involuntários, de conteúdo estranho ao EU e propensão a comportamentos ritualizados que a pessoa não consegue controlar, tais como lavar constantemente as mãos, verificar repetidas vezes, arrumar, entre outros.

PERTURBAÇÕES ALIMENTARES. Entendem-se a anorexia nervosa e a bulimia e prendem-se com a imagem corporal e o controlo do impulso alimentar; quem sofre destas perturbações tem uma preocupação excessiva com a comida e um medo irracional de engordar. Na anorexia a pessoa não come devido a uma errada imagem corporal que lhe causa aversão à comida; por sua vez, na bulimia constitui-se um ciclo de consumir grandes quantidades de comida e, purgar quer através do vómito, quer pelo abuso de laxantes.

ESQUIZOFRENIA. Atinge uma parcela da população, inicia-se na juventude e prolonga-se para o resto da vida; embora seja discutida como se fosse uma única doença é bastante provável que inclua diversas perturbações associadas que, se apresentam como sintomas comportamentais idênticos. É considerada uma doença mental grave e crónica, que sem tratamento impossibilita a pessoa de se comportar normalmente tanto no seio familiar como social e profissional (Oliveira, 2006). Alguns sintomas incluem falar incoerentemente, deixar de falar, respostas emocionais desadequadas, humor neutro, ausência de respostas emocionais ou períodos longos de exaltação ou depressão, ideias de perseguição e grandeza ou outras de conteúdo fantástico. O tratamento mais eficaz abrange medicação adequada e controlada de forma a atenuar os sintomas (Oliveira, 2006).

Em síntese, é possível afirmar que as pessoas que experienciam a doença mental são pessoas com incapacidades moderadas ou severas frequentemente, prolongadas; no entanto, podem viver

com algum grau de independência, caso lhes seja proporcionado um tratamento adequado, bem como suporte social ou serviços de apoio na comunidade.

3.3. Perturbações Mentais na Pessoa Idosa

3.3.1. Alterações Psicológicas

Embora autores como Botwinick (1981) evidenciassem nas suas investigações que a grande maioria (cerca de 80 %) das pessoas idosas usufruem de boa saúde, um subgrupo desta população, poderá apresentar perturbações psicológicas; La Rue e Spar (2005) referem que as pessoas idosas, com perturbação mental, constituem um subgrupo considerável, visto que pelo menos 12% dos adultos possuem perturbações mentais diagnosticáveis.

Segundo Costa (2003) com a entrada na terceira idade podem verificar-se modificações na vida da pessoa, desde o isolamento social e afectivo, a mudanças do seu estatuto social e deterioração da saúde física e mental; este conjunto de factores podem despoletar sentimentos de infelicidade, depressão, baixa auto-estima, revolta, entre outros, não permitindo à pessoa idealizar um projecto de vida para esta nova fase.

Inerente ao processo de envelhecimento e concomitantemente às alterações físicas referidas, ocorrem, também, alterações psicológicas ao nível dos aspectos cognitivos e da personalidade (Costa, 2003); relativamente ao nível do funcionamento cognitivo, as competências intelectuais que se relacionam com o processamento, aprendizagem e recuperação de informação nova, solução de problemas e rapidez de resposta, parecem sofrer um declínio à medida que se envelhece mas, em compensação, verifica-se também, um aperfeiçoamento de certas estratégias mentais (Garcia, 1988).

Barreto (1988) refere ser consensual que a partir de uma certa idade a deterioração mental é algo presente em todos os seres humanos, embora possa ser controlada ou diminuída. Apesar disto, as pessoas idosas com maior nível de escolaridade, que desenvolveram actividades mais diferenciadas ou mesmos aqueles que possuem maior capital económico, são os que apresentam as capacidades cognitivas menos afectadas. Segundo Barreto (1988) os défices cognitivos estão intrinsicamente mais relacionados com existência de doenças adjacentes e com a eminência da morte, do que com a idade cronológica da pessoa idosa.

Relativamente à prevalência de perturbações mentais na terceira idade tem-se atribuído às seguintes patologias, uma ordem crescente de supremacia: perturbações de personalidade, somatização, perturbações de ansiedade, humor (principalmente depressão), esquizofrenias, dependência de álcool e défices cognitivos. Muitas pessoas idosas sem perturbações mentais graves, experimentam reacções de adaptação ao *stress*, luto, a situações dolorosas e alterações de vigília-sono (La Rue e Spar, 2005).

Segundo Capila et al. (1993; citado por Agostinho, 2000) a depressão apresenta-se como a patologia mais predominante na terceira idade, sendo também a mais negligenciada na medida em que é considerada normal no processo de envelhecimento.

3.3.2. Sintomatologia mais Frequente em Pessoas Idosas Institucionalizadas

Nos últimos 20 anos, segundo Agostinho (2000), tem havido mudanças na concepção do cuidado à pessoa idosa; no entanto, embora se tenha tentado superar a ideia da instituição associada à de asilo e incentivado uma vida plena sem limitações, torna-se inevitável um desligamento do meio e estilo de vida anterior à institucionalização, limitações na liberdade, modificando-se a personalidade numa tentativa de adaptação ao novo meio, nomeadamente, às normas da instituição, podendo esta situação resultar em sentimentos de perda de poder ou depressivos. Segundo o mesmo autor com a entrada numa instituição, há uma perda da intimidade e do apoio social, por parte dos familiares, restando à pessoa idosa relacionar-se com outras pessoas institucionalizadas.

Vieira e Sousa (1998; citado por Agostinho, 2000) referem que as pessoas idosas institucionalizadas são mais passíveis de desenvolver doenças psíquicas, sendo a depressão a patologia mais frequente, devido em parte ao facto de a entrada na instituição ser um factor stressante; entre outros sintomas frequentes, podem-se observar a astenia, agitação, quebra de auto-estima, desinteresse pelas actividades, disforia, alterações de concentração ou ainda queixas somáticas (dores difusas ou localizadas).

O medo e a incerteza perante o desconhecido, origina grandes tensões, considerando-se os dias seguintes ao internamento como críticos, uma vez que são causadores de grande stress, pois embora algumas pessoas idosas não apresentem depressões graves, podem aumentar sentimentos

depressivos indicativos de reacções negativas ao ambiente institucional (Capila et al, 1993 citado por Agostinho, 2000).

Segundo Carp (1995; citado por Agostinho, 2000), a pessoa idosa tende a usar a negação como mecanismo de defesa, de modo a proteger-se contra tudo o que lhe é desagradável, considerando-se o período prévio à institucionalização como muito crítico.

Ames (1991; citado por Agostinho, 2000) considera o sexo feminino mais propício ao desenvolvimento de depressões, afirmando também a existência de uma associação forte entre a depressão e a doença física, um excesso de mortalidade entre os deprimidos e um mau prognóstico para a depressão. Para Kasl (1972; citado por Agostinho, 2000), os principais agentes que despoletam os efeitos adversos da institucionalização, são o aumento da distância física em relação aos amigos, família, grupo de pares e comunidade em geral e a interferência desses factores na independência, privacidade, segurança e sentimento de pertença da pessoa idosa.

4. Bem-estar Espiritual

4.1. Considerações Gerais

O avanço tecnológico e científico tem vindo a aumentar a possibilidade de prolongar a vida da pessoa, o que implica uma crescente preocupação com a saúde, a qualidade de vida e o Bem-Estar; no nosso mundo industrial e desenvolvido verifica-se a importância crescente atribuída a uma visão abrangente da pessoa e às relações que se criam com a finalidade de se construírem vidas com significado, procurar meios e processos que promovam a auto-cura, o controlo da própria saúde, a felicidade e o bem-estar (Shimazono, 1999; citado por Gouveia, 2011).

O aumento da esperança média de vida, ou seja, a longevidade da pessoa tornou-se uma questão relevante para a ciência psicológica no sentido de compreender os factores e processos implicativos na etiologia do Bem-Estar e do desenvolvimento humano (Csikszentmihalyi, 1993). Nos últimos anos, o envelhecimento tem sido uma dimensão cada vez mais estudada não só por ser uma área em crescente expansão como também por abranger diversos domínios de investigação. A dimensão espiritual liga-se em vários aspectos à saúde e esta, directamente à população idosa; segundo Pinto e Ribeiro (2010) a dimensão espiritual descreve-se como sendo relevante na atribuição de significados, tanto ao sofrimento como ao isolamento da pessoa idosa e surge, igualmente, como um recurso de esperança face a estes significados.

O crescimento exponencial do envelhecimento nos países desenvolvidos vem evidenciar a importância de uma abordagem exclusiva desta população, frágil e carente, sendo necessário ter em conta as consequências psicológicas, sociais e culturais, no processo de gestão desta fase da vida. A espiritualidade tem sido recentemente associada à saúde, através do conceito de Bem-Estar Espiritual e é neste caminho que começam a surgir vários estudos que abarcam a dimensão espiritual da pessoa idosa, levantando-se a questão do significado da vida e do confronto com a finitude. A espiritualidade surge como uma dimensão relevante do ser humano diferenciando-o de todos os outros seres vivos, nos dias de hoje, surge como uma componente crucial na prática holística, com consequências tanto ao nível da saúde física como mental.

As recentes definições deste conceito debruçam-se sobre uma visão holística da pessoa, projectando nela uma integração entre o corpo, a mente e o espírito. Os estudos mais actuais na área da saúde salientam a dimensão da espiritualidade entendendo-se a qualidade de vida não apenas como a ausência de doença, mas como algo que leva ao bem-estar físico, mental, social e espiritual (Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha, 2003). Segundo os autores a doença mental é considerada uma das que ameaça o sentido de integridade da pessoa e, mesmo quando os sintomas se tornam menos preocupantes, as questões espirituais que surgiram no processo da doença, permanecem.

Segundo Miller e Thoresen (2003), Thoresen (1999; citado por Gouveia, 2011) na literatura há uma imensidão de definições para a espiritualidade, algumas marcadas por uma componente religiosa passando por um conjunto de crenças e práticas, outras enfatizando uma expressão subjectiva da experiência humana. Dyson et al. (1997), Elkins et al. (1988), e Thoresen (1999; citado por Gouveia, 2011) referem um conjunto de características que definem o conceito de espiritualidade e a sua relevância na saúde; na sua perspectiva, a espiritualidade refere-se a uma relação com algo que está para além das dimensões físicas, psicológicas ou sociais da vida. Outros autores definem a espiritualidade pelas experiências subjectivas da pessoa que podem não ser necessariamente expressas através de comportamentos ou práticas formais (MacDonald e Friedman, 2002; Vaughan, 2002; citado por Gouveia, 2011) ou a sua associação a uma procura existencial do sentido e propósito na vida, distinguindo, esta dimensão existencial das outras na vida da pessoa, pela sua centração no sagrado (Hill et al, 2000; Pargament, 1999; Zinnbauer e Pargament, 2005; citado por Gouveia, 2011).

4.2. Definição de Espiritualidade

Dado o grande impacto que a espiritualidade tem na saúde da pessoa, tornou-se imperativo estudar o seu conceito e a forma como influencia o Bem-Estar da pessoa. Segundo Chandler, Holden e Kolander, (1992; citado por Gouveia, 2011) este constructo nasce da crescente importância que a dimensão corpo, mente e espírito assumiu na componente espiritual, verificando-se que a espiritualidade traz contribuições para a saúde e para a qualidade de vida da pessoa; neste sentido, o conceito de bem-estar remete para uma extensão da noção de espiritualidade. Segundo Johnson (2002), Laubmeier, Zakowski e Bair (2004) e Meraviglia (2006; citado por Pinto e Ribeiro, 2010) embora as definições mais clássicas tenham restringido este conceito a uma dimensão religiosa (em muitos casos, a espiritualidade é confundida com a religião) ou a conteúdos do foro da alma, nos dias de hoje, esta noção integra diversos aspectos da vida e da existência humana, tornando-se necessário encarar a espiritualidade de uma nova perspectiva, adaptada à sociedade actual. Mueller, Plevak e Rummans (2001) salientam que enquanto a religião está, usualmente, associada ao grau de participação ou mesmo adesão a crenças e práticas religiosas, a espiritualidade, por outro lado, inclui-se num conceito mais amplo que a religião, sendo considerada uma dimensão do ser humano que procura a atribuição de significados, através do sentido da relação com dimensões que transcendem a própria pessoa; esta relação pode ser experienciada por interconecções intrapessoais, interpessoais e transpessoais (Reed, 1992; citado por Taylor, 2003).

Segundo Pargament (1997) tradicionalmente a espiritualidade encontrava-se integrada na religião, contudo, o panorama alterou-se, as alternativas às religiões tradicionais cresceram em largo número e surgiram novas formas de fé e de expressão espiritual, passando o estudo da análise das crenças, emoções, práticas religiosas e relações das pessoas, para o modo como estas são utilizadas para lidar com a problemática existencial, nomeadamente o sentido da vida, a morte, a solidão, o sofrimento e a injustiça, começando a justificar-se a necessidade de distinguir a religião da espiritualidade. Zinnbauer et al. (1997) referem um estudo realizado para tentar analisar estes dois conceitos, verificando-se que a maioria das pessoas que defendiam a sua independência, eram investigadores universitários definindo-se a si próprios como pessoas espirituais, não religiosas.

A separação destes conceitos tem gerado diversas definições da espiritualidade que destacam a sua dimensão subjectiva e existencial; por um lado, ao situar-se num polo diferente do da religião, a espiritualidade incorporou alguns dos seus elementos, tornando-se num conceito de

largo espectro, por outro lado, passou a ser entendida como um fenómeno dinâmico, abrangente e funcional que passa pela procura de um sentido na vida, da transcendência e do desenvolvimento humano, adquirindo um carácter mais pessoal e subjectivo. Segundo Westgate (1996; citado por Gouveia, 2011) a religião passou a associar-se a algo de carácter público, objectivo e que se manifesta, grande parte das vezes, num contexto de instituição religiosa.

Embora a separação dos conceitos de religião e espiritualidade tenha sido alvo de uma grande popularidade, alguns autores defendem que esta diferenciação pode trazer algumas implicações negativas, tornando mais limitado o entendimento destes conceitos; Zinnbauer et al. (1997), nas suas pesquisas concluíram que a religião e a espiritualidade são mais semelhantes do que divergentes, pelo que a polarização dos conceitos pode conduzir a uma duplicação, ou seja, a busca do sagrado é entendido como o ponto comum destes conceitos mas, é também este ponto que faz a distinção destes fenómenos. O sagrado é visto de uma forma alargada, entendendo-se o tradicional conceito de Deus, do Divino ou transcendência mas, também os acontecimentos da vida ou objectos que assumem uma associação com o sagrado. Alguns estudos na área mostram que há uma associação entre o sagrado e a saúde, uma vez que, quanto maiores são as crenças ou manifestações no domínio do sagrado, maior é a qualidade de saúde das pessoas. Portanto, o que distingue a religiosidade e a espiritualidade é apenas a natureza do contexto em que a procura do sagrado se realiza, isto é, na religiosidade apresenta-se de uma forma tradicional e religiosa, enquanto que na espiritualidade surge num contexto existencial e do quotidiano (Zinnbauer e Pargament, 2005; citado por Gouveia, 2011).

Apesar das resistências, alguns autores buscam a ligação entre estes dois conceitos (espiritualidade e saúde) pois, para estes o corpo, a mente e o espírito mesmo sendo entidades separadas, são dimensões intimamente relacionadas e que contribuem de forma igualitária para a saúde da pessoa e para o seu bem-estar e, neste sentido, deverá haver um equilíbrio entre estas dimensões (Gouveia, 2011).

Segundo Gouveia, Marques e Ribeiro (2009) pode-se entender a espiritualidade como um estado dinâmico que se manifesta na qualidade das relações que a pessoa cria consigo própria com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano. A literatura revela múltiplos conceitos e perspectivas de diversos autores, grande parte delas sustentando uma independência em relação à dimensão religiosa e, conseqüentemente, à componente centrada no sagrado, presente já nas mais actuais concepções do conceito (Fisher, Francis e Johnson, 2000; Moberg, 2002, 2008; O' Connell e Skevington, 2007; Westgate, 1996; citado por Gouveia,

Marques e Ribeiro, 2009). Segundo o *National Cancer Institute* (2006), entende-se por espiritualidade os sentimentos e crenças profundas, muitas vezes religiosas, incluindo um estado de paz e conexão às outras pessoas e às crenças sobre o significado e o propósito da vida. Stoll (1989; citado por Tanyi, 2002) vem afirmar a importância da dimensão vertical da espiritualidade, definindo-a como uma relação com o transcendente, isto é, o divino; porém, o discurso pessoal de cada um e o seu referencial teórico pode cruzar-se, mostrar-se igualmente significativo, apresentando por exemplo, uma perspectiva positiva da vida, representada por características como a esperança, o otimismo, a satisfação e valorização da vida. Stoll (1989, citado por Tanyi, 2002) salienta também a dimensão horizontal da espiritualidade, incluindo a relação com as outras pessoas, com o meio e consigo próprias podendo reforçar a ligação e o sentido de vida.

Segundo a NICA (*National Interfaith Coalition on Aging*; Moberg, 2002; citado por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009), em 1975 surgiram as primeiras tentativas para se chegar a um consenso no que respeita à definição de espiritualidade, tendo-se proposto uma definição geral, onde se afirma que o Bem-Estar Espiritual surge na vida da pessoa de uma forma plena através de um relacionamento com Deus, consigo mesmo, com a comunidade e com o meio ambiente. Subsequentemente a esta definição, diversos foram os autores que propuseram definições sobre este conceito, que abrange a dimensão da relação com a própria pessoa, com os outros e com o transcendente (Goodloe e Arreola, 1992; Hawks, 1994; Hood-Morris, 1996; Young, 1984; citado por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009), ou seja, as definições propostas para o Bem-Estar Espiritual envolvem a multi-dimensionalidade do constructo, embora grande parte das noções apresentadas não tenham por base um modelo conceptual, pelo que a maioria não foi empiricamente comprovada (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009).

4.3. Modelos de Bem-estar Espiritual

A literatura vem apresentando ao longo dos tempos diversas abordagens, teorias e concepções deste constructo, feitas por vários autores. O modelo proposto por Hawks (1994; citado por Gouveia, 2011), foi das concepções iniciais que surgiram com o intuito de integrar a espiritualidade num modelo de saúde mais abrangente. Seguindo a linha de Maslow e a sua teoria sobre a pirâmide das necessidades, Hawks, desenvolveu o seu modelo com base na hierarquização das dimensões necessárias ao desenvolvimento do bem-estar. Neste sentido, sendo a saúde um fenómeno multi-dimensional, para o pleno desenvolvimento desta é necessário a conjugação de três componentes:

- Bem-estar Físico, dimensão relacionada com o conjunto de todos os sistemas do organismo em funcionamento harmonioso.
- Bem-estar Mental, referente à interiorização e aprendizagem intelectual.
- Bem-estar Espiritual, intimamente relacionado com as anteriores componentes, proporcionando sentido de vida e identidade da pessoa, expressando uma forma de estar definida pelos valores, crenças e comportamentos adoptados.

Segundo Gouveia (2011) paralelamente à teoria de Maslow, a Dimensão Espiritual apresentada por Hawks da auto-estima, relacionar-se-ia com a componente proposta por Maslow, uma vez que subentende um controlo interno inerente a cada pessoa. Russell no seu modelo de bem-estar, defende a espiritualidade como um conceito extenso que envolve em si outras dimensões da saúde (Perrin e McDermott, 1997; citado por Gouveia, 2011) e Chandler et al. (1992; citado por Gouveia, 2011), realça no seu modelo uma concepção de que a saúde espiritual, não é apenas uma dimensão da saúde.

A saúde espiritual parece constituir uma componente que funciona num conjunto abrangendo outras dimensões; o bem-estar da pessoa derivaria do investimento que esta faz na componente espiritual e, conseqüentemente, nas restantes dimensões da saúde, atingindo-se uma optimização do bem-estar quando há um equilíbrio entre a componente pessoal e espiritual. Assim, a saúde espiritual surge como caminho pelo qual a pessoa constitui uma nova identidade, mais completa e integrada. Eberst (1984; citado por Gouveia, 2011) defende a perspectiva do chamado “modelo cúbico da saúde”, concepção que integra seis dimensões da saúde (física, emocional, mental, vocacional, social e espiritual) reflectidas nas diferentes faces do cubo. A dimensão da saúde espiritual comporta em si as componentes da inspiração de vida, entusiasmo, empenho e procura de sentido, a aceitação das limitações humanas, a capacidade de amar e ser amado ou sentimentos de altruísmo. Este modelo pressupõe uma interacção dinâmica entre as várias faces e os seus elementos, ou seja, quando há uma alteração de um dos elementos esta acção repercutir-se-á nos restantes elementos e mesmo nas outras dimensões.

No sentido de ultrapassar as limitações encontradas nas diferentes concepções, Fisher (1999; citado por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009) desenvolveu uma definição abrangente do conceito de Bem-Estar Espiritual, agrupando as dimensões propostas pela definição consensual da NICA; este constructo foi empiricamente operacionalizado através de um estudo que levou ao desenvolvimento do modelo conceptual de Bem-Estar Espiritual. O resultado desta investigação

levou a um conceito de bem-estar dinâmico, expresso na qualidade das relações que a pessoa mantém nas dimensões da existência, definindo-se, deste modo, quatro domínios:

- Dimensão Pessoal: Intimamente relacionada com a identidade e a auto-estima pessoal, refere-se à própria pessoa e relações que estabelece consigo própria, tendo em conta os seus intentos e valores de vida; esta dimensão propõe um desenvolvimento do auto-conhecimento e uma consciência sobre si mesmo.
- Dimensão Comunitária: Baseada na relação com os outros (qualidade e profundidade) diz respeito à moralidade, cultura e religião, tendo fundamento em sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade.
- Dimensão Ambiental: Aborda as relações com o mundo físico e biológico, manifestando-se através da admiração e sentimentos para com a natureza.
- Dimensão Transcendental: Remete para algo ou alguém que transcende o domínio do humano, nomeadamente, uma força cósmica, ou um Deus e expressa-se através do culto e adoração do mistério do universo.

Fisher (2006, 2007, 2010; citado por Gouveia, 2011) afirma que a qualidade das relações em cada uma destas dimensões indica o Bem-Estar Espiritual de cada pessoa; o desenvolvimento do Bem-Estar Espiritual em cada um destes domínios manifestar-se-ia pela profundidade das relações que se criam nestas dimensões, expandindo-se a outras. Neste sentido, seria possível afirmar que quanto maior a qualidade da relação num certo domínio, maior seria o empenho nas relações criadas nas outras dimensões, ou seja, a interacção entre as dimensões de relação permite um crescimento e complexificação recíprocos, resultando o Bem-Estar Espiritual do conjunto de todas as dimensões adoptadas pela pessoa. O modelo proposto por Fisher distingue-se assim, não só por uma definição de saúde espiritual que surge de um modelo conceptual com base na literatura, mas também de um conjunto de dados empíricos qualitativos, sua operacionalização e validação, através de vários estudos realizados para o efeito.

5. *Problema, Objectivos e Questões de Investigação*

Segundo Pimentel (2001) a terceira e a quarta idade representam hoje uma porção significativa da população portuguesa, tornando-se o envelhecimento um fenómeno de grande importância na investigação, além de uma problemática social, dada a necessidade de se criarem condições para que esta fase da vida seja usufruída de forma saudável e agradável (Paúl, 1996). Vários autores

(Paúl, 1997;) salientam a importância da relação entre o bem-estar espiritual e a saúde; nesta perspectiva o objectivo do estudo será verificar de que forma o bem-estar espiritual se relaciona com eventuais alterações psicológicas (doença mental ou defeito cognitivo), tendo também em consideração variáveis sócio-demográficas como o nível de escolaridade, idade e visitas de família ou amigos. A partir destes objectivos formulou-se as seguintes questões de investigação:

1.
 - a. Qual é a avaliação que a pessoa idosa, com doença mental, faz do seu estado de saúde mental?
 - b. Quais as dimensões onde se verifica sintomatologia de maior gravidade?
 - c. Qual o índice global de gravidade dos sintomas?
 - d. Qual a relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos e factores socio-demográficos como a idade e nível de escolaridade?

2.
 - a. Qual o grau de declínio cognitivo da pessoa idosa?
 - b. Quais as dimensões em que se verifica um maior declínio?
 - c. Haverá relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos e o declínio cognitivo?
 - d. Haverá associação entre o declínio cognitivo e variáveis sócio-demográficas como a idade e grau de escolaridade?

3.
 - a. Qual o grau de Bem-Estar Espiritual da pessoa idosa?
 - b. Quais as dimensões onde se observa maior bem-estar espiritual?
 - c. Qual a relação entre a gravidade de sintomas psicopatológicos e o Bem- Estar Espiritual da pessoa idosa?
 - d. Qual a relação entre o declínio cognitivo e o Bem-estar Espiritual?
 - e. O Bem-estar Espiritual estará associado a factores como a idade e nível de escolaridade?

Seguidamente ir-se-á apresentar o estudo empirico desenvolvido, neste dominio.

II. MÉTODO

1. *Tipo de Estudo*

Este estudo é descritivo e transversal, tendo sido utilizada uma análise quantitativa. Os estudos transversais focam relações estatísticas entre variáveis, medidas num único momento.

2. *Participantes*

O grupo de participantes é constituído por 30 utentes do sexo feminino, idosas e institucionalizadas, tendo sido seleccionadas por conveniência, isto é, de forma não aleatória (embora de acordo com uma amostragem objectiva, seguindo critérios previamente definidos), traduzindo-se, pois, numa amostra não representativa da população em estudo.

A faixa etária varia entre os 71 e os 100 anos de idade, a maioria encontra-se com mais de 80 anos, sendo a média etária de 85,70. Relativamente às habilitações literárias estas variam entre o 1º ciclo (predominante, 56,7%) e o ensino superior; a categoria profissional que se destaca é “Doméstica” (36,7%) e profissões relacionadas com os serviços pessoais (30%). No que respeita ao estado civil a categoria que predomina é “viúva”. Quase todas as participantes revelam ter filhos (73,3%), destas, a maioria referiu ter mais de um filho (77,3%) e são estes que maioritariamente as visitam na instituição.

O tempo de institucionalização varia entre 1 a 6 anos (73,4%), verificando-se que grande parte das participantes não demonstra sofrer de problemas crónicos de saúde (70%). (ANEXO B). No que concerne aos sintomas que afectam as participantes, estas revelam maioritariamente sintomas físicos (59,8%), destacando-se a dor (23,3%), contudo, há uma grande percentagem (30%) que refere sintomas emocionais como tristeza, solidão e angústia; apenas 10% refere não ter qualquer sintoma que cause impacto no quotidiano. (ANEXO B).

Quando inquiridas sobre com quem podem contar para as ajudar, uma grande percentagem referiu a família (46,7%), 20% mencionaram os funcionários e 10% pessoas amigas; algumas das participantes (20%) referiram Deus, tendo havido duas que mencionaram não ter ninguém com quem possam contar e uma que não respondeu à questão.

Quase todas as participantes referiram receber visitas da família (90%), 23,3% mencionaram pessoas amigas havendo duas participantes que não costumam ter visitas. Relativamente à

frequência das visitas predominam as visitas semanais (35,7%) ou quinzenais (28,6%). (ANEXO B)

3. Instrumentos

Neste trabalho aplicaram-se dois testes e uma escala de bem-estar espiritual, considerados na literatura como bons instrumentos de medida; no entanto, estudámos a sua consistência interna, recorrendo-se ao coeficiente Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões, avaliando-se também a variação deste coeficiente sempre que algum item era eliminado (ANEXO B). O coeficiente alfa varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna aceitável se o valor do coeficiente for superior a 0,6; valores superiores a 0,95 também não são desejáveis, já que indicam que os itens se sobrepõem excessivamente, não acrescentando informação nova aos resultados.

3.1. MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2

Os testes constituem-se como auxiliares de diagnóstico, sendo a sua aplicação fundamental para o psicólogo, considerado como um profissional dotado de competências que lhe permitem fazer a interpretação dos seus resultados. Há uma vasta gama de testes com objectivos muito distintos, sendo pois necessário que o psicólogo os conheça, assim como as suas principais indicações para aplicação. Os instrumentos disponíveis constituem uma medida fundamental, para aceder a conteúdos, sem que haja influências da subjectividade do psicólogo (Pedinielli, 1999).

No que respeita à abordagem da personalidade o MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) é um instrumento utilizado para a avaliação das características do funcionamento mental, quer em contexto clínico, quer não clínico, uma vez que possibilita a identificação de características psicopatológicas tanto ao nível estrutural como funcional. Segundo Butcher, Atlis e Hahn (2004), este instrumento dispõe, também, de escalas que avaliam estratégias que culminem num impacto negativo, sobre os resultados do teste. Trata-se de um instrumento standardizado em termos de materiais, administração e pontuação, encontrando-se empiricamente sustentado por um amplo leque de estudos que atestam a sua validade para inúmeros propósitos e contextos (Butcher e Beutler, 2005).

A versão portuguesa deste instrumento foi traduzida por Lopes (1985); segundo o autor trata-se de uma versão reduzida, constituída em 1968 por Kincannon, que concluiu esta adaptação com um grande nível de fidelidade.

Groth-Marnat (2009) refere que o MMPI descreve os traços de personalidade, explorando os diferentes aspectos da personalidade normal e patológica, podendo-se através dos resultados obtidos definir um perfil de personalidade. A versão reduzida do MMPI designa-se por Mini-Mult e é constituído por 71 itens, agrupados em três escalas de validade (L, F e K) e sete escalas clínicas (Hs - Hipocondria, D - Depressão, Hy - Histeria, Pd - Psicopatia, Pa - Paranóia, Pt - Psicastenia, Sc - Esquizofrenia e Ma – Hipomania). Seguidamente descreve-se, de forma sucinta, os objectivos de cada uma destas escalas:

- Escala L: Inclui itens que remetem para pontos fracos da pessoa, salientando respostas de indivíduos que, consciente ou inconscientemente, apresentam uma visão ingenuamente perfeccionista sobre si próprios.
- Escala F: Avalia respostas atípicas, crenças, expectativas e auto-descrições improváveis e contraditórias.
- Escala K: Mede a atitude da pessoa face aos seus sintomas, possibilitando a identificação de factores que aumentam a sensibilidade do teste.
- Escala Hs: É uma escala de sintomas incluindo queixas ou preocupações do foro físico e corporal. Apresenta, normalmente, uma relação muito elevada com a escala Hy.
- Escala Hy: Avalia pessoas com mecanismos de defesa do tipo conversivo. Alguns itens remetem para queixas, sintomas somáticos ou a negação destes sintomas.
- Escala Pd: Identifica desajustes sociais e perturbações de carácter, associadas a défice no controlo de impulsos.
- Escala Pa: Remete para o diagnóstico do quadro clínico da paranoia.
- Escala Pt: Desenvolvida com base no padrão neurótico, com aspectos fóbicos e obsessivo-compulsivos, fadiga, dúvida e indecisão. É uma escala de sintomas, favorável a oscilações, consoante a experiência da pessoa.
- Escala Sc: Debruça-se sobre pessoas com ideias ou comportamentos bizarros, reflectindo distorções da realidade.
- Escala Ma: Remete para estados hipomaniacos e casos brandos de mania, caracterizadas pela hiperactividade, excitação emocional e fuga de ideias; inclui itens associados a

sentimentos de grandiosidade, grau de excitação e nível de actividade, abrangendo questões morais, interacção social e temas somáticos.

A escala de resposta é dicotómica (verdadeiro ou falso) sendo as instruções simples: “Responda verdadeiro (V) ou falso (F) a cada uma das afirmações”. As escalas de validade para interpretação de protocolos, foram desenvolvidas por forma a dar resposta às fragilidades inerentes a qualquer situação de auto-avaliação; a cotação é dada através do somatório das notas brutas, sendo posteriormente convertida, através de uma tabela, em notas T, cujos valores são utilizados para traçar um gráfico do perfil de personalidade da pessoa. Para as escalas de Hipocondria, Psicopatia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania, soma-se o valor de K, de acordo com as fórmulas: Hs (+5K); Pd (+4K); Pt (+1K); Sc (+1K); Ma (+2K). O valor médio é atribuído por $T=50$, assegurando-se a uniformidade do significado de cada escala e permitindo a sua comparabilidade; os pontos críticos de $T >$ ou igual a 70 e $T <$ ou igual a 30, demarcam grupos normais e patológicos, correspondendo a tríade neurótica à elevação das escalas Hs (Hipocondria), D (Depressão), Hy (Histeria) e a tríade psicótica, ao perfil Pt (Psicastenia), Sc (Esquizofrenia) e Ma (Hipomania). A importância do conteúdo dos itens, na interpretação dos resultados, está também reflectida nas escalas que expressam as principais dimensões.

A totalidade da escala (composta por 71 itens) obteve, neste trabalho, um alpha de Cronbach de 0,68 (ANEXO B); se fossem eliminados os itens que prejudicam a consistência interna da escala, o alpha total subiria para 0,79. Contudo, neste estudo, não se eliminou qualquer item tendo em consideração as suas propriedades, as notas T e os valores normativos calculados com base nos 71 itens. Relativamente às oito escalas clínicas do Mini-Mult, apenas duas têm valores de alpha acima de 0,60 (hipocondria - 0,64 e depressão - 0,73); as restantes situam-se entre 0,31 e 0,52. Constatou-se, também, que com a eliminação de alguns itens os alphas mais baixos subiriam para valores dentro do que é considerado aceitável:

- Escala histeria com a eliminação dos itens 29, 31 e 46, obteria um alpha de 0,59;
- Escala de psicopatia teria um alpha de 0,50, após a eliminação dos itens 3, 14, 16, 27, 43, 49;
- Escala da paranoia, $\alpha = 0,62$ após a eliminação dos itens 8, 29, 31, 66;
- Escala da psicastenia subiria para 0,69, após a eliminação dos itens 3, 27, 36, 51, 66;
- Escala de esquizofrenia tem um alpha de 0,52, com a eliminação do item 46 subiria para 0,61;

- Escala de hipomania, $\alpha = 0,52$, com a eliminação dos itens 29 e 43, o alpha subiria para 0,67.

3.2. MMSE – Mini Mental State Examination

O Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein e McHugh, 1975; traduzido por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia, 1994) pretende determinar a presença de deterioração cognitiva, podendo ser aplicado a partir dos 18 anos. Trata-se de um teste muito útil para perceber o impacto da estimulação cognitiva, sendo facilmente aplicado e cotado (o tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos).

Este teste avalia a vertente de orientação (espaço-temporal), atenção, cálculo, retenção, evocação (memória de evocação e curto-prazo), linguagem e capacidade visuo-construtiva; inclui questões e problemas simples, como o local e o momento do teste, repetição de listas de palavras, aritmética, uso e compreensão de linguagem e habilidades motoras básicas.

Este breve questionário é usado, comumente, em medicina para detectar demências, testar a severidade de perdas cognitivas, em momentos específicos, ou seguir o curso de mudanças cognitivas na pessoa ao longo do tempo, podendo assim constituir um meio efectivo de documentar a resposta da pessoa a um tratamento.

Para a administração do MMSE, o investigador expõe as questões e regista, no momento, as respostas dadas; a pontuação obtida é interpretada de acordo com as habilitações literárias do respondente, sendo a máxima de 30. Considera-se défice cognitivo quando a pontuação é inferior ou igual a 27, no caso de pessoas com escolaridade superior a 11 anos, ou se for inferior ou igual a 22, para pessoas cuja escolaridade é de 1 a 11 anos; no caso de pessoas analfabetas, considera-se défice, apenas se as pontuações forem inferiores ou iguais a 15. A pontuação bruta necessita, pois, de ser interpretada, tendo em conta a escolaridade; pontuações baixas ou muito baixas são fortemente associadas à demência, embora outras perturbações mentais possam também levar a resultados anormais. A presença de problemas puramente físicos, pode também interferir com a interpretação, se não forem tidos em consideração.

A consistência interna tem variado entre 0,31 para amostras constituídas por sujeitos da comunidade em geral e de 0,96 para grupos de pessoas com patologia (Espino et al., 2004;

Foreman, 1987; Hopp et al., 1999; Jorn et al., 1988; Lopes et al., 2005; Tombaugh et al., 1996; citado por Strauss, Sherman e Spreen, 2006). Neste trabalho, o MMSE revelou um $\alpha = 0,735$ (ANEXO B), o que indica uma boa consistência interna.

3.3. SWBQ – Questionário de Bem-Estar Espiritual

O Questionário de Bem-Estar Espiritual é um instrumento de auto-preenchimento, constituído por 20 itens, distribuídos de igual forma por dimensões (5 itens por cada uma das quatro dimensões), que poderão ser, assim, sinteticamente caracterizadas (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009):

1. Pessoal: Esta dimensão relaciona-se com a identidade e a auto-estima, caracterizando a forma como a pessoa se relaciona consigo própria, no que respeita ao significado, propósito e valores de vida. Pressupõe, igualmente, o desenvolvimento do auto-conhecimento e consciência sobre si mesmo.
2. Comunitária: Remete para a qualidade e profundidade das relações inter-pessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Nesta dimensão estão incluídos sentimentos de amor, justiça, esperança e fé na humanidade.
3. Ambiental: Envolve as relações com o mundo físico e biológico, no sentido do cuidar e proteger, expressando-se através da admiração e de sentimentos de união com a natureza.
4. Transcendental: Consiste numa relação do próprio com algo ou alguma coisa para além do que é humano, particularmente uma força cósmica, uma realidade transcendente, ou Deus, expressando-se através do culto e adoração relativamente à fonte de mistério do universo.

Na sua administração, pede-se a cada pessoa que indique a forma como se sente em cada afirmação e como esta reflecte a sua experiência pessoal. Os itens são avaliados numa escala de 5 pontos (variando de 1 - muito pouco, a 5 - muitíssimo), sendo todos os itens formulados positivamente e o resultado obtido pela média das respostas, atribuídas aos itens de cada dimensão (a média global do SWBQ resulta da adição dos diferentes domínios). A duração da aplicação do questionário é aproximadamente de 10 minutos.

Segundo Gouveia, Marques e Ribeiro (2009), este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, verificando-se que os valores de consistência interna, variam entre 0,76 e 0,95

entre as várias dimensões (Gomez e Fisher, 2003, 2005; citado por Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009). Na versão adaptada a Portugal (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009), os indicadores apontam para uma boa consistência interna global ($\alpha=0,89$), oscilando os valores das diferentes dimensões entre um α de 0,72 (dimensão pessoal) e de 0,88 (dimensão transcendental). Os resultados permitiram verificar que esta adaptação apresenta características psicométricas satisfatórias, tanto na confirmação da sua estrutura factorial, quanto nos índices de consistência interna das escalas (Gouveia, Marques e Ribeiro, 2009).

A escala SWBQ revelou, neste estudo, uma excelente consistência interna (0,87, ANEXO B), não se recomendando a eliminação de qualquer item, o mesmo sucedendo em quaisquer das dimensões:

- Escala pessoal - 0,78;
- Comunitária - 0,79;
- Ambiental - 0,74;
- Transcendental (o mais elevado de todos), 0,81.

3.4. Questionário Sócio-Demográfico

O questionário sócio-demográfico permitiu obter informação, para a caracterização do grupo em estudo, nomeadamente a idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, profissão, data de início e duração da institucionalização.

4. Procedimento

Após ter-se obtido autorização dos autores, para a utilização dos questionários, contactou-se uma instituição com utentes idosas, residentes, formalizando-se o pedido para a recolha de dados, à Direcção, através de uma carta incluindo a proposta de investigação (tipo de estudo, objectivos, material e calendarização das sessões com as participantes). Tendo-se obtido permissão para a recolha de dados, passou-se à selecção das utentes, com a ajuda da Psicóloga do serviço, tendo sido esta a indicar quais as utentes disponíveis e aptas à participação do estudo, uma vez que algumas apresentavam problemáticas neurológicas que as impossibilitava de responder às questões.

A recolha dos dados foi efectuada, no gabinete do serviço de psicologia, da instituição, pelo mesmo inquiridor, individualmente, com cada utente e sem interrupções. Antes da aplicação dos questionários foi lido e assinado, pelas utentes o consentimento informado; a aplicação dos questionários teve uma duração média de 30 minutos, tendo sido apresentados sempre na mesma ordem (Questionário Sócio-demográfico, MMSE, MMPI-2 e Questionário de Bem-Estar Espiritual). No final, foi sempre agradecida a cooperação e colaboração das participantes.

Após a recolha dos dados, procedeu-se à análise estatística, com recurso ao programa SPSS (21.0).

III. RESULTADOS

1. *Tratamento Estatístico: Considerações Gerais*

O software estatístico utilizado para efectuar o tratamento de dados deste estudo foi o statistical package for social science - SPSS versão 21.0.

Estatística descritiva:

Análise de frequências para as variáveis sócio-demográficas com escala qualitativa (nominal e ordinal) e para a análise dos itens das escalas do estudo. Medida de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, mínimo, e máximo) para as variáveis sócio-demográficas com escala quantitativa e para as dimensões das escalas.

Estatística inferencial:

Anova para Amostras Dependentes. Recorreu-se a este teste no sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala de bem-estar espiritual e entre os valores (convertidos para uma escala de 0-100) da escala do MMSE. Foi possível usar-se esta prova paramétrica dado estar-se a comparar amostras dependentes (nos mesmos participantes, compararam-se as respostas a diferentes dimensões de uma mesma escala). Os requisitos para uso da estatística paramétrica estavam preenchidos: a escala das dimensões é quantitativa e têm normalidade ou desvios pouco severos à normalidade.

Correlação de Pearson. Correlação paramétrica que se utilizou para relacionar as dimensões das diferentes escalas entre si e, para relacionar as variáveis sócio-demográficas com escala quantitativas com essas dimensões sempre que as variáveis, a correlacionar, tinham normalidade ou desvios pouco severos à normalidade.

Correlação de Spearman. Correlação não paramétrica que se utiliza quando, pelo menos, uma das variáveis a correlacionar tem escala ordinal: por exemplo, para correlacionar variáveis sócio-demográficas como habilitações ou frequência das visitas (com escala ordinal) com as dimensões

das escalas (quantitativas) ou, para relacionar variáveis quantitativas em que pelo menos uma não revelou distribuição normal ou apresentou desvios severos à normalidade.

2. Mini Mental State Examination – MMSE

Tabela 1: Resultados na Escala MMSE

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1- Orientação (0-10)	30	3,00	10,00	8,87	1,96
2-Retenção (0-3)	30	2,00	3,00	2,97	,18
3- Atenção e Calculo (0-5)	30	,00	5,00	3,77	1,38
4-Evocação (0-3)	30	,00	3,00	2,10	1,03
5-Linguagem (0-8)	30	5,00	8,00	7,40	,81
6-Habilidade construtiva (0-1)	30	,00	1,00	,57	,50
Mini Mental Total (0-30)	30	13,00	30,00	25,67	3,84

As participantes revelaram bons resultados em todas as escalas do MMSE revelando médias elevadas como se pode comprovar na tabela 1, obtendo na sua maioria nota máxima nas seguintes provas: 63,3% - 10 na escala de orientação; 96,7% - 3 na retenção; 53,3% - 8 na linguagem e, 56,7% - 1 na habilidade construtiva. Nas escalas de atenção/cálculo e, de evocação as percentagens não são tão elevadas (33,3% e 43,3%, respectivamente).

Com o objectivo de efectuar uma análise que permita averiguar a existência de diferenças significativas entre as escalas do MMSE realizou-se para todas as dimensões a conversão dos resultados para uma escala de 0-100. Posteriormente, estudou-se a normalidade recorrendo ao teste de Shapiro e aos valores de Skeweness de Kurtose.

Tabela 2: Teste de Normalidade : Shapiro – Wilk

	Shapiro-Wilk		p
	Valor	Gl	
1- Orientação	,652	30	,000
2-Retenção	,180	30	,000
3- Atenção e Calculo	,788	30	,000
4-Evocação	,775	30	,000
5-Linguagem	,680	30	,000
6-Habilidade construtiva	,632	30	,000

Tabela 3: Skewnesse e Kurtose

		Valor
1- Orientação	Skewness	-1,860
	Kurtosis	2,640
2-Retenção	Skewness	-,323
	Kurtosis	-,654
3- Atenção e Calculo	Skewness	-1,483
	Kurtosis	1,970
4-Evocação	Skewness	-1,026
	Kurtosis	,041
5-Linguagem	Skewness	-1,712
	Kurtosis	3,315
6-Habilidade construtiva	Skewness	-,283
	Kurtosis	-2,062

Embora o teste de Shapiro não tenha revelado uma distribuição normal dado o valor de $p < 0,05$, constatou-se que os valores de Skeweness de Kurtose são inferiores a 3 e a 7 respectivamente, o que indica a existência de desvios pouco severos à normalidade permitindo assim o recurso a uma prova paramétrica (Kline, 1998).

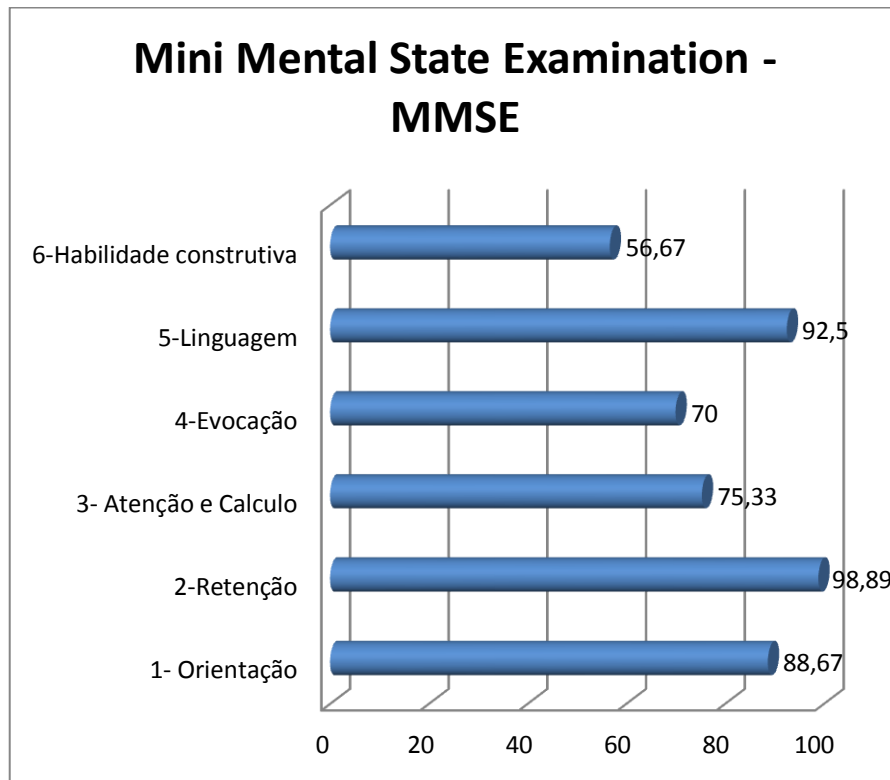
Tabela 4: ANOVA para Amostras Dependentes: Comparação entre as dimensões do MMSE

	Mínimo	Máximo	Média*	Desvio Padrão	ANOVA Dependentes	Amostras
1- Orientação	30,00	100,00	88,67	19,61		
2-Retenção	66,67	100,00	98,89	6,09		
3- Atenção e Calculo	,00	100,00	75,33	27,63	F = 10,545	
4-Evocação	,00	100,00	70,00	34,30		
5-Linguagem	62,50	100,00	92,50	10,17	p= 0,000***	
6-Habilidade construtiva	,00	100,00	56,67	50,40		

(*Scores convertidos para uma escala de 0-100) *** significativo para $p \leq 0,001$

Recorreu-se ao teste paramétrico ANOVA para Amostras dependentes no sentido de averiguar quais as dimensões com resultados significativamente mais elevados. Este teste revelou que a dimensão retenção é a que apresenta um resultado significativamente mais elevado, aparecendo em segundo lugar as dimensões linguagem e a orientação, em terceiro a atenção/cálculo e a evocação, e em último a habilidade construtiva.

Gráfico 1



Passou-se ao teste da existência de uma relação significativa entre as dimensões do MMSE, utilizando uma correlação paramétrica (Pearson) dado haver desvios pouco severos à normalidade.

Tabela 5: Correlação entre as dimensões da escala do MMSE

		1- Orientação	2- Retenção	3- Atenção e Calculo	4- Evocação	5- Linguagem	6-Habilidade construtiva
1- Orientação	Person	1	,083	,345	,315	,035	,463(**)
	p	.	,661	,062	,090	,856	,010
	N	30	30	30	30	30	30
2-Retenção	Person		1	-,032	,385(*)	,093	-,162
	p		.	,867	,035	,626	,391
	N		30	30	30	30	30
3- Atenção e Calculo	Person			1	,405(*)	,239	,196
	p			.	,026	,203	,298
	N			30	30	30	30
4-Evocação	Person				1	,239	-,047
	p				.	,204	,807
	N				30	30	30
5-Linguagem	Person					1	,353
	p					.	,056
	N					30	30
6-Habilidade construtiva	Person						1
	p						.
	N						30

** correlação significativa para $p \leq 0,001$

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

A dimensão evocação correlaciona-se significativamente e de forma positiva com as dimensões retenção ($R = 0,385$, $p = 0,03$) e atenção/cálculo ($R = 0,405$, $p = 0,026$): as participantes com melhor resultado na dimensão evocação foram as que tiveram melhores resultados na retenção e atenção/cálculo. A dimensão habilidade construtiva também se relacionou de forma significativa e positiva com a orientação: quanto melhor o resultado na orientação melhor o resultado na habilidade construtiva ($R = 0,463$, $p = 0,01$).

Testou-se a existência de uma relação significativa entre as dimensões do MMSE e as variáveis: idade, habilitações, tempo de internamento e frequência das visitas. As duas variáveis

quantitativas foram investigadas relativamente à existência de distribuição normal, tendo-se, uma vez mais, utilizado o teste Shapiro e os valores de Skeweness e de Kurtose.

Tabela 6: Shapiro Wilk

	Shapiro-Wilk		
	valor	gl	P
Idade	,582	30	,000
Temo.Inte	,752	30	,000

Tabela 7: Skewnesse/Kurtose

		Valor
Idade	Skewness	-3,986
	Kurtosis	19,260
Temp Int	Skewness	2,371
	Kurtosis	6,807

A variável idade não revelou distribuição normal com o teste de Shapiro ($p < 0,05$) e os valores de Skeweness e Kurtose não foram inferiores a 3 e a 7 o que indica a existência de desvios severos à normalidade. A variável tempo de internamento, embora não tenha revelado distribuição normal no teste de Shapiro, revelou desvios pouco severos à normalidade ($Sk < 3$ e $K < 7$). Sendo assim, optou-se pela correlação não paramétrica (Spearman) para relacionar a idade com as dimensões do MMSE e a correlação paramétrica (Pearson) para relacionar o tempo de internamento com essas variáveis.

Dado as variáveis habilitações e frequência das visitas terem escala ordinal, utilizou-se a correlação não paramétrica para as relacionar com as dimensões da MMSE.

Tabela 8: Correlação MMSE e Variáveis Sócio-Demográficas

		1- Orientação	2- Retenção	3- Atenção Calculo	4- Evocação	5- Linguagem	6- Habilidade construtiva	MMSTOTAL
q1- Idade	Spearman	-,155	,161	,063	,126	,019	,047	,062
	p	,413	,394	,740	,507	,919	,806	,743
	N	30	30	30	30	30	30	30
q5- Habilidades	Spearman	-,110	-,346	,093	,256	,317	,263	,241
	p	,562	,061	,624	,172	,088	,159	,199
	N	30	30	30	30	30	30	30
q7- Tempo Internamento	Pearson	,245	-,044	-,247	,024	-,420(*)	-,249	-,081
	p	,191	,816	,189	,901	,021	,184	,670
	N	30	30	30	30	30	30	30
q13- Frequência das visitas	Spearman	-,068	-,124	,327	-,200	,013	-,103	-,183
	p	,732	,530	,078	,309	,950	,600	,352
	N	28	28	30	28	28	28	28

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Existe uma correlação significativa, negativa, entre o tempo de internamento e o resultado na dimensão linguagem ($R = -0,420$, $p = 0,021$), ou seja, quanto maior o tempo de internamento pior o resultado na dimensão linguagem.

3. Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 – *MMPI – 2*

Tabela 9: Itens do MMPI-2 onde uma grande percentagem das participantes revelou existência de problemas

	Falso	Verdadeiro	Escalas
mm4- Trabalho num estado de grande tensão nervosa	40,0% (12)	60,0% (18)	D, Ma
mm6-Raramente tenho prisão de ventre	60,0% (18)	40,0% (12)	Hs, D
mm7-Há alturas em que desejo muito sair de casa	43,3%(13)	56,7%(17)	Pd Sc Ma
mm13- Tenho dificuldade em afixar a atenção quando trabalho	53,3%(16)	46,7%(14)	D, Hy, Pd, Pt Sc
mm14-Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas	40,0%(12)	60,0%(18)	Pd,Sc
mm17-Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada	53,3%(16)	46,7%(14)	D, Pt, Sc
mm21- Muitas vezes sou obrigado(a) a receber ordens de pessoas que sabem menos do que eu	53,3%(16)	46,7%(14)	Ma
mm22-Gostava de ser tão feliz quanto os outros parecem ser	56,7% (17)	43,3% (13)	D, Pd,Pt
mm25- Acho que tenho pouca confiança em mim	53,3% (16)	46,7% (14)	Hy, Sc
mm27- A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada	50,0%(15)	50,0%(15)	Pd, Pt
mm29-Há pessoas que são autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas me dizem , mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	33,3%(10)	66,7%(20)	Hy, Pa, Ma
mm34- Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo controlá-los	43,3%(13)	56,7%(17)	Pd
mm36- Às vezes sinto que não sirvo para nada	50,0% (15)	50,0% (15)	D, Pt
mm38-Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz verdadeiramente	53,3%(16)	46,7%(14)	Sc, Ma
mm40-Nunca me senti tão bem como agora	70,0% (21)	30,0% (9)	D,Hy
mm43- Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço	53,3% (16)	46,7% (14)	Hy, Pd
mm44- Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral	36,7% (11)	63,3% (19)	Hs, D,Hy
mm46- Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando	60,0% (18)	40,0%(12)	Hs, Hy
mm51- Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes	53,3%(16)	46,7%(14)	Pt
mm62- A minha vida não tem enfraquecido	66,7% (20)	33,3%(10)	Hs Hy
mm65-Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial	53,3% (16)	46,7% (14)	D, Pd
mm68-Sou mais sensível do que a maioria das pessoas	43,3% (13)	56,7%(17)	Hs, Pa, Sc

No sentido de se avaliar perturbações na área da personalidade, foi utilizado o MMPI-2. Este teste é composto por 71 itens, verificando-se que a maioria dos itens integra mais do que uma escala. Na tabela 9 apresenta-se uma selecção de itens onde a maioria ou grande percentagem das participantes deu respostas reveladoras de problemas, indicando-se na tabela a que escalas pertencem esses itens. A maioria ou uma grande percentagem das participantes revela problemas como:

- Tensão nervosa (60%);
- Prisão de ventre (60%);
- Dificuldade em fixar a atenção (53,3%);
- Dificuldade em controlar os pensamentos (56,7%);
- Fraqueza geral (63,3%);
- Dificuldade em conservar o equilíbrio quando anda (60%);
- Preocupação com coisas que não são importantes (53,3%);
- Maior sensibilidade do que as outras pessoas (56,7%);
- Altura em que deseja sair de casa (56,7%);
- Passar por situações muito especiais e esquisitas (60%);
- Vontade de contrariar pessoas autoritárias mesmo que tenham razão (66,7%);
- Sentimento de que não servem para nada (50%);
- Impressão de que fizeram algo de errado (50%);
- Pouca confiança (46,7%).

Tabela 10: Resultados nas escalas de validade: F-K, AI, IR, IG e AV

	Normas					Desvio
		N	Mínimo	Máximo	Média	Padrão
F-K - índice de simulação Gough	[-12, 8] - Normal	30	-10,00	3,00	-4,43	3,56
AI	Até 50	30	27,00	92,67	52,98	17,48
IR	Até 1	30	,77	1,24	,97	,11
	< 40- n.esq/> 40 -Esq.	30	41,00	100,00	67,77	18,0
IG	[41-99] - indeterminado					
AV	>70 - Elevação anormal	30	44,88	77,25	60,55	8,50

Os resultados obtidos nas escalas de validade do MMPI-2 permitem verificar que se trata de um perfil válido.

Índice de Dissimulação (F-K):

O resultado médio obtido foi de -4,43 o que indica um resultado normativo. Constata-se pelo valor mínimo e máximo (-10 e 3, respectivamente) que nenhuma inquirida obteve resultados fora do intervalo considerado normal, o que indica ausência de mecanismos de dissimulação.

Índice de Ansiedade (A.I):

O resultado médio obtido (52,98) está ligeiramente acima do considerado normal (normal - até 50) o que revela alguma ansiedade por parte das inquiridas. Neste grupo há 46,7% (14 inquiridas) com resultados acima de 50, havendo 10% (3 inquiridas) com resultados muito elevados (acima de 80), sendo o resultado mais elevado de 92,67.

Coefficiente de internalização (I.R):

O valor médio obtido (0,97) revela um resultado limítrofe o que sugere um locus de controlo mais externo. Cerca de 33,33% (10 participantes) apresentaram resultados superiores a 1 e, 42,9% (13 inquiridas) valores limítrofes (entre 0,90 e 0,99).

Índice de Golberg (A.I):

O valor médio neste grupo (67,93) apresenta-se indeterminado para o diagnóstico da esquizofrenia.

Elevação média do Perfil (A.V):

A média aritmética da pontuação T nas oito escalas clínicas (Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc e Ma) proporciona uma informação do grau de desajuste. Médias acima de 70 indicam a existência de um grande número de problemas psicológicos. A pontuação média nesta amostra foi de 60,55, sendo o valor mínimo de 44,88 e o valor máximo de 77,25. Cerca de 13,33% (4 inquiridas) revelaram uma pontuação acima de 70 indicando a existência de um elevado número de problemas psicológicos.

Tabela 11: Resultados nas escalas de validade: L, F e K

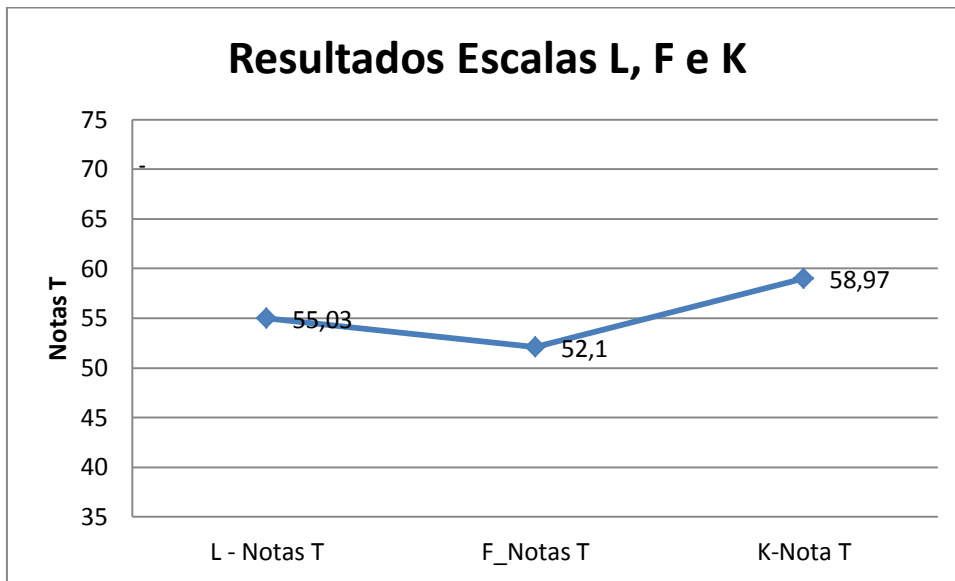
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
L - Nota Bruta	30	0	5	2,47	1,31
L - Notas T	30	36,00	72,00	55,03	10,17
F - Nota Bruta	30	0	7	3,23	2,05
F_Notas T	30	30,00	71,00	52,10	11,28
K - Nota Bruta	30	3	13	7,67	2,51
K-Nota T	30	42,00	76,00	58,97	8,86

Escala L - Integra 15 itens que referem situações socialmente desejáveis, mas raramente verdadeiras. Quanto maior for o valor de L, menor será a elevação nas escalas clínicas e indicará em principio tentativa de falsificação no sentido favorável. A pontuação T média obtida na escala da mentira (L) é normal ($t = 55,03$) o que revela que o grupo não está a tentar dar uma imagem falsa de si, existindo um balanceamento adequado entre a admissão e a negação de faltas sociais menores.

Escala de Validade (F) - Integra 64 itens de baixa frequência de resposta. Resultados elevados podem surgir em sujeitos pouco conformistas ou convencionais, mas resultados superiores a T 70 são devidos a incompreensão dos itens, respostas ao acaso, falsificação deliberada no sentido desfavorável ou perturbação psicológica grave. A pontuação média da amostra do estudo nesta escala foi de $T = 52,10$.

Escala K - Integra 30 itens seleccionados para identificar atitude defensiva ou hiper-crítica face às dificuldades dos sintomas psicológicos. A pontuação média nesta amostra foi de $T = 58,97$ que corresponde a um nível mais elevado (valores de K entre T 55 e T 70), verificando-se que cerca de 60% (18 inquiridas) tiveram resultados acima de T 55. Níveis mais elevados nos sujeitos com patologia indicam atitude defensiva, negando a patologia e apresentando uma imagem favorável. Nos indivíduos normais resultados relativamente elevados podem identificar uma personalidade bem adaptada e integrada.

Gráfico 2



Na análise das escalas clínicas o mais importante é a análise do perfil global, cada escala não tem um valor absoluto, o resultado pode ter significados diferentes consoante os resultados de outras escalas.

Tabela 12: Resultados nas escalas Clínicas (Notas T)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Hs – Hipocondria	30	44,00	86,00	62,37	10,65
D – Depressão	30	34,00	82,00	59,63	13,23
Hy – Hipocondria	30	38,00	74,00	59,23	9,36
Pd – Desvio Psicopático	30	46,00	84,00	65,60	9,26
Pa-Paranoia	30	45,00	84,00	59,83	10,78
Pt – Psicastenia	30	35,00	90,00	54,53	11,37
Sc- Esquizofrenia	30	50,00	89,00	66,83	11,70
Ma – Hipomania	30	38,00	74,00	56,33	10,10

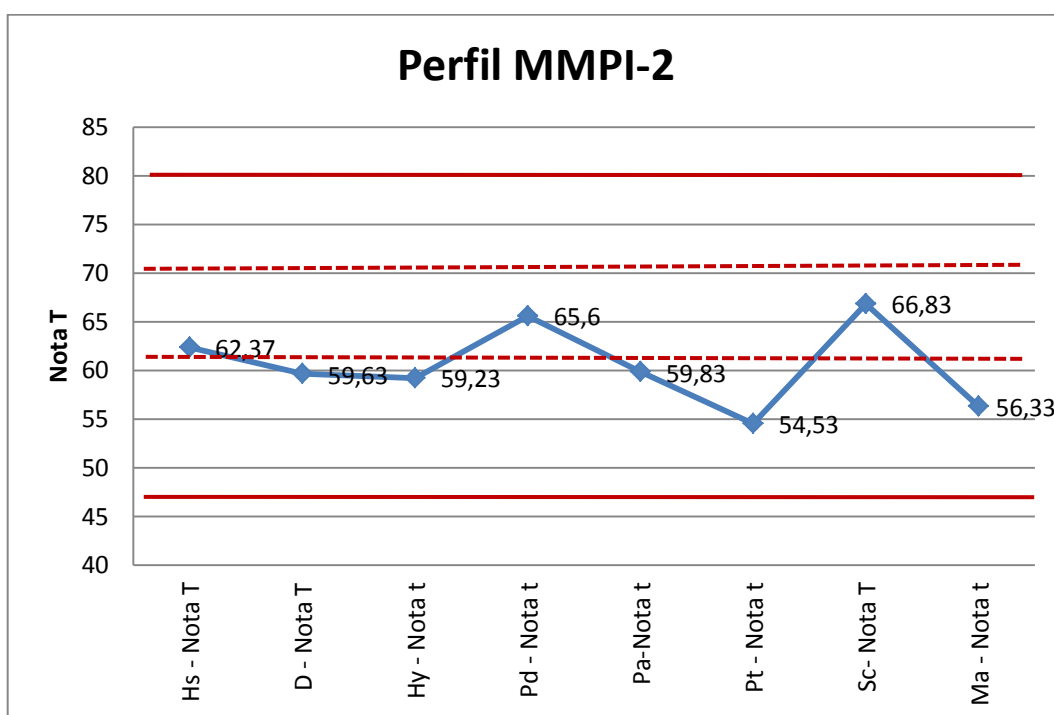
Na análise das escalas deve-se atender aos valores das notas T:

T70 - Zona fronteiriça, entre a normalidade e a patologia.

T > 80 - Sugerem psicopatologia séria, sintomas e características de personalidades semelhantes às dos indivíduos do grupo patológico que permitiram a validação da respectiva escala.

T < 45 - Existe uma informação limitada relativa ao significado de notas baixas, de um modo geral considera-se que elas representam adaptação e ausência de patologia; no entanto, isto nem sempre é assim pois, em algumas escalas, resultados muito baixos identificam características patológicas importantes.

Gráfico 3



Como se pode comprovar pela tabela e gráfico as pontuações médias das participantes do estudo encontram-se dentro dos valores normais (entre T 45 e T70). No entanto, existem duas escalas que se encontram na zona limítrofe referente à zona fronteiriça entre a normalidade e a patologia (T 70): para a escala Sc-Esquizofrenia foi encontrado um valor de T = 66,83, não se devendo este resultado a alterações de pensamento, mas sim a um maior isolamento nas relações sociais e dificuldade de adaptação ao meio circundante. A escala Pd - psicopatia revela uma nota T de 65,60 o que pode revelar dificuldade no controlo dos impulsos e nas relações interpessoais, podendo indicar relações superficiais e problemas familiares.

Devem ainda ser realçados outros resultados com valores de nota T próximas de ou superiores a 60:

A escala de hipocondria apresenta uma nota T de 62,37; segundo Butcher et al (2002) valores compreendidos entre 60 e 80 são sugestivos de preocupações somáticas, reacção a qualquer problema real, exacerbação de problemas físicos, problemas de sono, falta de energia, insatisfação, pouca felicidade e queixas múltiplas. Relativamente à escala de Paranóia a pontuação média de nota T foi de 59,83, segundo Butcher et al (2002) valores compreendidos entre os 50 e os 59 são sugestivos de uma elevada sensibilidade, suspeição, ressentimento e ausência de controlo emocional. Uma nota T de 59,83 reflecte uma maior elevação da sensibilidade interpessoal das idosas deste estudo.

Na escala da depressão as inquiridas apresentaram uma pontuação média de nota T de 59,63; valores entre 60-70 podem indicar depressão moderada, insatisfação com a vida, ausência de energia e falta de confiança.

Na escala de histeria a pontuação média de nota T é de 59,23; valores entre 60 e 80 revelam sintomas somáticos como transtorno do sono, falta de compreensão das causas dos sintomas, ser sugestionável, exigente.

Tabela 13: Teste de Normalidade: Shapiro Wilk

Shapiro-Wilk	Valor	df	Sig.
Hs - Nota T	,961	30	,324
D - Nota T	,968	30	,485
Hy - Nota t	,958	30	,278
Pd - Nota t	,961	30	,322
Pa-Nota t	,914	30	,019
Pt - Nota t	,914	30	,018
Sc- Nota T	,929	30	,047
Ma - Nota t	,960	30	,311

Tabela 14: Skewnesse/Kurtose

		Valor
Hs - Nota T	Skewness	,158
	Kurtosis	-,422
D - Nota T	Skewness	-,030
	Kurtosis	-,790
Hy - Nota t	Skewness	-,542
	Kurtosis	-,231
Pd - Nota t	Skewness	-,360
	Kurtosis	,334
Pa-Nota t	Skewness	,500
	Kurtosis	-,771
Pt - Nota t	Skewness	1,119
	Kurtosis	2,107

Apenas 3 escalas clínicas não revelaram distribuição normal com o teste de Shapiro, contudo revelaram desvios pouco severos à normalidade. Utilizou-se assim a correlação de Pearson para relacionar as escalas clínicas entre si e para as relacionar com a variável tempo de internamento (que revelou desvios pouco severos à normalidade – Tabela 24). Para relacionar as escalas clínicas com as variáveis habilitações e frequência das visitas utilizou-se a correlação de Spearman uma vez que estas últimas têm escala ordinal. Dado a variável idade ter desvios severos à normalidade (tabela 25) também se utilizou a correlação de Spearman para relacionar esta variável com as escalas clínicas.

Tabela 15: Correlação entre as Escalas Clínicas do MMPI-2

		Hs - Nota T	D - Nota T	Hy - Nota t	Pd - Nota t	Pa-Nota t	Pt - Nota t	Sc- Nota T	Ma - Nota t
Hs - Nota T	Pearson	1	,824(**)	,869(**)	,412(*)	,407(*)	,735(**)	,646(**)	,398(*)
	P	.	,000	,000	,024	,026	,000	,000	,029
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
D - Nota T	Pearson		1	,784(**)	,493(**)	,529(**)	,754(**)	,725(**)	,345
	P		.	,000	,006	,003	,000	,000	,062
	N		30	30	30	30	30	30	30
Hy - Nota t	Pearson			1	,625(**)	,328	,750(**)	,599(**)	,403(*)
	P			.	,000	,077	,000	,000	,027
	N			30	30	30	30	30	30
Pd - Nota t	Pearson				1	,390(*)	,506(**)	,447(*)	,182
	P				.	,033	,004	,013	,335
	N				30	30	30	30	30
Pa-Nota t	Pearson					1	,410(*)	,739(**)	,426(*)
	P					.	,025	,000	,019
	N					30	30	30	30
Pt - Nota t	Pearson						1	,730(**)	,434(*)
	P						.	,000	,016
	N						30	30	30
Sc- Nota T	Pearson							1	,547(**)
	P							.	,002
	N							30	30

** correlação significativa para $p \leq 0,001$

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Quase todas as escalas clínicas do MMPI-2 se relacionam de forma significativa entre si.

Tabela 16: Variáveis Sócio-Demográficas Vs Escalas Clínicas MMPI-2

		D -				Sc-			
		Hs -	Nota T	Hy -	Pd -	Pt -	Nota T	Ma -	
		Nota T	T	Nota t	Nota t	Nota t	T	Nota t	
q1- Idade	Spearman	-,111	-,144	-,149	-,383(*)	-,058	-,126	,070	
	p	,558	,447	,433	,037	,763	,508	,712	
	N	30	30	30	30	30	30	30	
q5-Habilitações	Spearman	,016	,131	,096	,168	,196	,255	-,130	
	p	,935	,492	,615	,376	,298	,174	,493	
	N	30	30	30	30	30	30	30	
q7-tempo internamento	Pearson	-,284	-,210	-,188	-,051	-,079	-,146	-,115	
	p	,128	,266	,319	,787	,678	,441	,545	
	N	30	30	30	30	30	30	30	
q13- Frequência das visitas	Spearman	,001	-,123	-,058	-,248	-,199	-,049	,024	
	p	,998	,534	,770	,204	,310	,804	,905	
	N	28	28	28	28	28	28	28	

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Existe uma correlação significativa negativa entre a idade e a nota na escala clínica de psicopatia: quanto maior a idade, mais baixa a nota nesta prova, ou seja, as participantes com mais idade desta amostra foram as que revelaram menos impulsividade, menor dificuldade no controlo dos impulsos, menos dificuldades nas relações interpessoais.

Tabela 17: MMSE Vs Escalas Clínicas MMPI-2

		1- Orientação	2- Retenção	3- Atenção e Calculo	4- Evocação	5- Linguagem	6-Habilidade construtiva
Hs	- Pearson	,290	,131	-,006	,006	-,033	,249
Nota T	p	,120	,491	,976	,975	,861	,184
	N	30	30	30	30	30	30
D - Nota	Pearson	,243	,295	,001	,210	-,143	,208
T	p	,196	,114	,997	,264	,451	,270
	N	30	30	30	30	30	30
Hy	- Pearson	,197	,186	-,076	-,092	-,099	,249
Nota t	p	,296	,324	,691	,629	,604	,185
	N	30	30	30	30	30	30
Pd	- Pearson	,117	-,008	,170	-,180	-,124	,331
Nota t	p	,539	,966	,368	,341	,512	,074
	N	30	30	30	30	30	30
Pa-Nota	Pearson	,173	,207	-,162	-,126	-,024	,386(*)
t	p	,359	,272	,391	,507	,902	,035
	N	30	30	30	30	30	30
Pt - Nota	Pearson	,201	,158	,013	,075	-,091	,312
t	p	,286	,403	,947	,694	,633	,093
	N	30	30	30	30	30	30
Sc- Nota	Pearson	,118	,175	-,022	-,019	-,116	,198
T	p	,535	,355	,909	,922	,542	,295
	N	30	30	30	30	30	30
Ma	- Pearson	-,026	,118	-,120	-,352	-,059	,172
Nota t	p	,893	,533	,527	,057	,758	,365
	N	30	30	30	30	30	30

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Existe uma correlação significativa positiva entre o resultado da escala paranóia e a dimensão da habilidade construtiva do MMSE ($R = 0,386$, $p = 0,03$): quanto mais elevado o resultado na dimensão da paranóia melhor o resultado na escala de habilidade construtiva.

4. Questionário Bem-estar Espiritual – SWBQp

Tabela 18: Análise de Frequências Itens SWBQp

SWBQp			Muito				
			Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
Pessoal	swbq5-Um sentimento de identidade pessoal	Freq	0	1	8	13	8
		%	,0%	3,3%	26,7%	43,3%	26,7%
	swbq9 - Auto-conhecimento	Freq	1	4	10	9	6
		%	3,3%	13,3%	33,3%	30,0%	20,0%
	swbq14-Alegria na vida	Freq	7	7	7	7	2
		%	23,3%	23,3%	23,3%	23,3%	6,7%
swbq16-Paz interior	Freq	2	2	9	10	7	
	%	6,7%	6,7%	30,0%	33,3%	23,3%	
swbq18-Um sentido para a vida	Freq	5	5	8	7	5	
	%	16,7%	16,7%	26,7%	23,3%	16,7%	
Comunitária	swbq1- Afecto pelas outras pessoas	Freq	0	2	7	18	3
		%	,0%	6,7%	23,3%	60,0%	10,0%
	swbq3- Generosidade em relação aos outros	Freq	0	4	9	10	7
		%	,0%	13,3%	30,0%	33,3%	23,3%
	swbq8-A confiança entre pessoas	Freq	2	5	13	7	3
		%	6,7%	16,7%	43,3%	23,3%	10,0%
swbq17-Respeito pelas outras pessoas	Freq	0	0	3	9	18	
	%	,0%	,0%	10,0%	30,0%	60,0%	
swbq19- Bondade para com os outros	Freq	0	2	5	17	6	
	%	,0%	6,7%	16,7%	56,7%	20,0%	
Ambiental	swbq4-uma ligação com a natureza	Freq	1	3	2	9	15
		%	3,3%	10,0%	6,7%	30,0%	50,0%
	swbq7- Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	Freq	0	0	5	9	16
		%	,0%	,0%	16,7%	30,0%	53,3%
	swbq10- Um sentimento de união com a natureza	Freq	0	4	3	11	12
		%	,0%	13,3%	10,0%	36,7%	40,0%
swbq12-Uma relação de harmonia com o ambiente	Freq	1	2	4	17	6	
	%	3,3%	6,7%	13,3%	56,7%	20,0%	
swbq20- Uma sensação de deslumbramento pela natureza	Freq	1	0	7	6	16	
	%	3,3%	,0%	23,3%	20,0%	53,3%	
	swbq2- Uma relação pessoal com o divino ou	Freq	0	0	5	8	17

Deus							
		%	,0%	,0%	16,7%		26,7% 56,7%
	swbq6-Admiração e respeito pela criação	Freq	0	0	1		10 19
		%	,0%	,0%	3,3%		33,3% 63,3%
Transcendental	swbq11- O sentimento de união com Deus	Freq	0	0	2		10 17
		%	,0%	,0%	6,9%		34,5% 58,6%
	swbq13- Um sentimento de paz	Freq	0	0	4		9 17
		%	,0%	,0%	13,3%		30,0% 56,7%
	swbq15-Uma vida de meditação e/ou oração	Freq	2	4	9		9 6
		%	6,7%	13,3%	30,0%		30,0% 20,0%

Na dimensão pessoal a maioria das participantes deram respostas nas categorias “Muito” e “Muitíssimo” em dois itens: item 5 - “Um sentimento de identidade pessoal” e item 16 - “Paz interior”. Nos itens 14 - “Alegria na vida” e item 18 - “Um sentido para a vida”, as participantes deram respostas menos positivas, havendo uma grande percentagem a responder muito pouco ou pouco.

Na dimensão comunitária a maioria das participantes deram respostas nas categorias “Muito” e “Muitíssimo” nos: item 1 - “Afecto pelas outras pessoas”, item 3 - “Generosidade em relação aos outros”, item 17 - “Respeito pelas outras pessoas” e item 19 - “Bondade para com os outros”; a resposta menos positiva, situa-se no item 8 - “A confiança entre pessoas”.

Nas dimensões ambiental e transcendental em todos os itens as respostas foram dadas maioritariamente nas categorias “muito” e “muitíssimo”.

Tabela 19: Teste de Normalidade: Shapiro Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Valor	gl	p
SWBQp - Pessoal	,966	30	,426
SWBQp - Comunitária	,953	30	,208
SWBQp - Ambiental	,921	30	,028
SWBQp Transcendental	-,906	30	,012

Tabela 20: Skewnesse/Kurtose

		Valor
SWBQp - Pessoal	Skewness	-,323
	Kurtosis	-,654
SWBQp - Comunitária	Skewness	-,306
	Kurtosis	-,800
SWBQp - Ambiental	Skewness	-,539
	Kurtosis	-,845
SWBQp - Transcendental	Skewness	-,380
	Kurtosis	-1,226

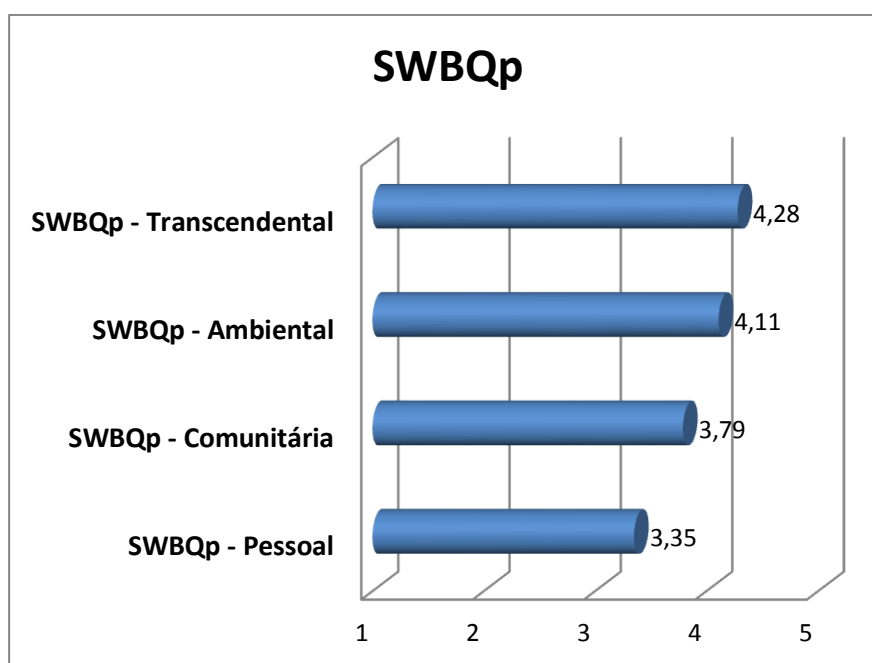
Um dos objectivos era confirmar a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala SWBQp; estudou-se previamente a normalidade das dimensões da escala no sentido de averiguar a possibilidade de usar o teste paramétrico ANOVA para Amostras dependentes. O teste de Shapiro revelou a existência de normalidade em duas escalas; as outras duas apesar de não terem normalidade revelaram desvios pouco severos dado o valor de $SK < 3$ e $K < 7$. Decidiu-se assim pelo uso de um teste paramétrico.

Tabela 21: Anova para Amostras dependentes: Comparação entre as Dimensões da SWBQp

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	ANOVA
					AMOSTRAS DEPENDENTES
SWBQp - Pessoal	1,60	4,80	3,35	,83	F = 16,245 p = 0,000
SWBQp - Comunitária	2,60	4,80	3,79	,64	
SWBQp - Ambiental	2,60	5,00	4,11	,70	
SWBQp - Transcendental	3,20	5,00	4,28	,60	

A ANOVA para amostras dependentes revelou a existência de diferenças significativas entre as dimensões da escala de bem-estar espiritual: as dimensões com melhores resultados foram a transcendental e a ambiental (não diferem entre si, $p = 0,208$ diferindo das outras duas escalas), em segundo lugar surge a dimensão comunitária (difere de todas as outras escalas) e em último lugar a dimensão pessoal (difere de todas as outras).

Gráfico 4



A dimensão transcendental apresenta uma correlação significativa e positiva com as dimensões comunitária e ambiental. A dimensão comunitária relaciona-se de forma significativa positiva com a dimensão pessoal (sendo a correlação mais elevada de todas) e com a dimensão ambiental.

Tabela 22: Correlação entre as dimensões da escala de bem-estar espiritual

			SWBQp - Comunitária	SWBQp - Ambiental	SWBQp - Transcendental
SWBQp - Pessoal	Correlação de Pearson		,650(**)	,159	,217
	p		,000	,402	,250
	N		30	30	30
SWBQp - Comunitária	Correlação de Pearson			,355(*)	,510 (**)
	p			,054	,004
	N			30	30
SWBQp - Ambiental	Correlação de Pearson				,430(*)
	p				,018
	N				30

** correlação significativa para $p \leq 0,001$

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Existe uma correlação significativa positiva entre a frequências das visitas e as dimensões pessoal, e ambiental: quanto maior a frequência das visitas melhor os resultados nestas duas dimensões.

Tabela 23: Variáveis Sócio-Demográficas Vs SWBQp

		SWBQp -	SWBQp -	SWBQp -	SWBQp -
		Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
q1- Idade	Correlação de Spearman	,055	,024	,071	,147
	p	,775	,901	,710	,439
	N	30	30	30	30
q5-Habilitações	Correlação de Spearman	,180	,192	-,048	-,197
	p	,341	,309	,799	,296
	N	30	30	30	30
q7- Tempo de internamento na instituição	Correlação de Pearson	,012	-,141	-,168	-,176
	p	,949	,457	,374	,352
	N	30	30	30	30
q13- Frequência das visitas	Correlação de Spearman	,411(*)	,334	,603(**)	,252
	p	,030	,082	,001	,196
	N	28	28	28	28

** correlação significativa para $p \leq 0,001$

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

A escala de bem-estar pessoal correlaciona-se de forma significativa negativa com as dimensões depressão, psicopatia e paranóia: Quanto mais elevado o resultado da escala pessoal mais baixos os resultados nestas escalas clínicas.

Tabela 24: SWBQp Vs Escalas Clínicas MMPI-2

		SWBQp Pessoal	- SWBQp Comunitária	- SWBQp Ambiental	- SWBQp Transcendental
Hs - Nota T	Pearson	-,304	-,022	,039	,170
	p	,103	,910	,838	,370
	N	30	30	30	30
D - Nota T	Pearson	-,530(**)	-,280	,017	-,133
	p	,003	,134	,927	,485
	N	30	30	30	30
Hy - Nota t	Pearson	-,290	-,075	-,016	,083
	p	,120	,695	,934	,664
	N	30	30	30	30
Pd - Nota t	Pearson	-,369(*)	-,211	-,056	-,087
	p	,045	,262	,769	,649
	N	30	30	30	30
Pa-Nota t	Pearson	-,287	-,117	,307	-,012
	p	,125	,539	,099	,950
	N	30	30	30	30
Pt - Nota t	Pearson	-,357(*)	-,170	-,186	-,270
	p	,053	,368	,324	,149
	N	30	30	30	30
Sc- Nota T	Pearson	-,294	-,091	,160	,033
	p	,115	,632	,399	,864
	N	30	30	30	30
Ma - Nota t	Pearson	-,055	,125	,301	,251
	p	,775	,510	,106	,180
	N	30	30	30	30

** correlação significativa para $p \leq 0,001$

* Correlação Significativa para $p \leq 0,05$

Não existe uma correlação significativa entre as dimensões destas duas escalas.

Tabela 25: SWBQp Vs MMSE

		SWBQp	SWBQp	SWBQp	SWBQp
		Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental
1- Orientação	Pearson	-,189	-,151	-,064	,071
	P	,316	,427	,736	,709
	N	30	30	30	30
2-Retenção	Pearson	-,146	-,241	,139	-,102
	P	,440	,199	,463	,590
	N	30	30	30	30
3- Atenção e Calculo	Pearson	-,034	,028	-,237	,123
	P	,860	,884	,208	,518
	N	30	30	30	30
4-Evocação	Pearson	-,243	-,156	-,113	-,266
	P	,195	,411	,553	,156
	N	30	30	30	30
5-Linguagem	Pearson	,110	,224	,149	-,151
	P	,564	,235	,433	,427
	N	30	30	30	30
6-Habilidade construtiva	Pearson	-,132	-,019	,007	-,092
	P	,488	,922	,970	,628
	N	30	30	30	30

As respostas à questão “q9 - Com quem pode contar para o ajudar?” foram muito variadas, contudo houve 6 pessoas que referiram Deus como sendo o seu suporte em termos de ajuda enquanto as restantes não fizeram qualquer referência a Deus, resolveu-se assim agrupar as respostas em: refere Deus/não refere Deus e averiguar a existência de diferenças significativas nas dimensões das diferentes escalas. Recorreu-se ao teste t de student dado haver normalidade ou desvios pouco severos à normalidade nos dois grupos (ANEXO B). Apenas na escala da espiritualidade se constatou a existência de diferenças significativas.

Tabela 26: t de student para amostras independentes - Comparação entre quem refere Deus e quem não refere Deus como ajuda, nas dimensões da escala da espiritualidade.

	Ajuda	N	Média	Desvio Padrão	t de Student amostras independentes
SWBQp - Pessoal	Refere Deus	6	2,97	1,24	t (26) = -1,260
	Não refere Deus	22	3,45	,71	p = 0,219
SWBQp - Comunitária	Refere Deus	6	3,80	,78	t (26) = 0,211
	Não refere Deus	22	3,74	,62	p = 0,835
SWBQp - Ambiental	Refere Deus	6	4,63	,32	t (26) = 3,274
	Não refere Deus	22	3,99	,69	p = 0,004**
SWBQp Transcendental	Refere Deus	6	4,62	,24	t (26) = 2,427
	Não refere Deus	22	4,20	,64	p = 0,01**

(** significativo para $p < 0,01$)

O teste t de student revelou para $p \leq 0,01$ a existência de diferenças significativas entre quem refere Deus e quem não refere nas dimensões ambiental e transcendental, revelando o grupo de mulheres que referem Deus como ajuda/suporte um valor mais elevado nestas dimensões do que as mulheres que não fazem essa referência.

IV. DISCUSSÃO

1. Saúde Mental

O avanço dos estudos na área do envelhecimento, proporcionados pela gerontologia, tem evidenciado ser esta uma fase da vida marcada por modificações orgânicas, cognitivas, perceptivas e sociais, a que se podem associar diversas perturbações mentais. Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri (2006) referem, que embora o envelhecimento traga ao indivíduo mudanças naturais e algumas pessoas idosas experienciem este período de forma positiva, adoptando uma postura mais activa (nalguns casos as relações sociais são vividas com mais intensidade, devido a factores psicológicos, físicos e de saúde), outras tendem a afastar-se ou desligar-se das suas actividades diárias e relacionamentos sociais, gerando fortes probabilidades de criar emoções negativas.

Segundo Birren e Schroots (2001) nas primeiras investigações sobre o envelhecimento (por volta do ano 1835), realçaram-se a existência de um estágio do desenvolvimento no qual a memória, imaginação e o julgamento apresentavam uma maturidade e, em algumas pessoas, um declínio. Moragas (1998), por seu lado afirma que embora seja possível envelhecer sem doença, a população idosa (constituindo cada vez mais uma grande parte da sociedade), apresenta mais fragilidades, dado a evolução humana determinar a degeneração de todo o funcionamento, interferindo e limitando a saúde. Romera e Leles (2000), referem como uma entre um extenso leque de doenças gerontopsiquiátricas, que atingem a pessoa idosa, o declínio das funções cognitivas, embora estudos realizados por diversos autores (Rebolat e Carrasco, 1998; Albert, 1995), destaquem a plasticidade desenvolvida pelo sistema nervoso ao longo da vida, associada aos anos de escolaridade e hábitos quotidianos.

Neste trabalho constatámos que apesar da média etária das participantes ser elevada e o nível de escolaridade ser maioritariamente básico, não revelaram quaisquer alterações significativas, a nível do seu desempenho cognitivo, tendo obtido bons resultados em todas as escalas do MMSE. Segundo Brody (1996; citado por Maia, Matos, Correia, Machado, Silva, s/n) o desenvolvimento de actividades estimulantes do pensamento ajudam a manter bons níveis de agilidade mental e a aumentar a eficácia; nesta perspectiva, deve ser salientado o facto das participantes praticarem actividades de estimulação (incluindo, especificamente actividades na área cognitiva) com os técnicos da instituição onde residem (entre outras actividades, elaboram um jornal mensal). Verificou-se também, neste estudo, a existência de uma correlação significativa, negativa, entre o tempo de internamento e a pontuação na dimensão linguagem, o

que nos leva a colocar a questão das causas e dificuldades de adaptação à institucionalização da pessoa idosa retraída e de alguma forma isolada, do seu lar e família.

Muitos investigadores têm salientado a importância de se estudarem as características das pessoas idosas que vivem institucionalizadas. Segundo Davim, Torres, Dantas e Lima (2004) nas suas investigações sobre o contexto social, económico e de saúde, os resultados apontaram para uma incidência no género feminino, com um nível de escolaridade relativamente baixo, relacionamentos familiares conflituosos e problemas de saúde; na mesma perspectiva, Skinner e Vaughan (1985) referem o sentimento de isolamento, de perda e instabilidade, que tornam a pessoa idosa vulnerável e sensível, uma vez que a vida institucional requer um certo distanciamento, seja de bens próprios como de certas pessoas ou hábitos quotidianos.

Como anteriormente foi referido, neste estudo obteve-se um resultado médio no MMPI-2, ligeiramente acima do considerado normal (indicador da existência de perturbação mental), no grupo de participantes, verificando-se em cerca de 13%, ou seja, 4 participantes, uma pontuação acima de 70, indicando a existência de um elevado número de problemas psicológicos; em cerca de 47 %, ou seja, 14 participantes observaram-se valores significativos para a ansiedade e na escala de Depressão os resultados apontam para uma média de nota T de 60, indicando depressão moderada. Entre os itens com maior percentagem surgem: o nervosismo (60%); preocupação exagerada (53,3%); dificuldade de atenção (53%); maior sensibilidade (57%); sentimentos de que não serve para nada (50%); pouca confiança (47%); impressão de que fizeram algo de errado (50%); dificuldade em controlar os pensamentos (57%); passar por situações especiais e esquisitas (60%); fraqueza (63%); dificuldade de conservar o equilíbrio (60%); desejo de sair de casa (57%) ou vontade de contrariar pessoas autoritárias mesmo que tenham razão (67%).

Autores como Fleck et al. (2002), referem também valores no MMPI-2, sugestivos de sofrimento na pessoa idosa, com prejuízo para o seu funcionamento normal, realçando preocupações somáticas (exacerbação de problemas físicos, de sono, falta de energia), insatisfação, pouca felicidade e queixas múltiplas, que poderão afectar as suas relações com os outros, inclusivamente familiares.

Por último, verificaram-se valores significativos também nas escalas de Esquizofrenia (indicadora de isolamento nas relações sociais e dificuldade de adaptação ao meio), Psicopatia e Paranóia (associadas a dificuldades nas relações interpessoais, de controlo emocional ou de impulsos, ou ainda suspeição). A escala de Psicopatia correlacionou-se significativamente com o

factor idade, verificando-se que as participantes com idade mais avançada, eram também aquelas que apresentavam menos impulsividade, menor dificuldade no controlo dos impulsos e menos dificuldades nas relações interpessoais; por outro lado, o resultado da escala paranóia, apresentou uma correlação significativa positiva com a dimensão da Habilidade Construtiva do MMSE, ou seja, quanto mais elevado o resultado na dimensão da paranóia melhor o resultado na escala de habilidade construtiva. Estes resultados poderão também, ser interpretados no contexto da institucionalização, pois no seu dia-a-dia as participantes têm de respeitar regras e espaços partilhados por todos. Uma idade mais avançada pode significar maior tempo de internamento e formação de laços afectivos com as outras utentes, ou seja, melhores relações interpessoais; por outro lado, sendo a paranóia muitas vezes associada à tendência ao isolamento, distanciamento ou falta de confiança nos outros, provavelmente, participantes com algumas destas características, poderão debruçar-se sobre actividades mais individuais, associadas à dimensão Habilidade Construtiva do MMSE.

2. Bem-estar Espiritual

No que concerne ao questionário de Bem-estar Espiritual, os resultados evidenciaram a existência de diferenças significativas entre as quatro dimensões da escala, verificando-se resultados mais elevados nas dimensões transcendental e ambiental (nestas dimensões em todos os itens, as respostas foram dadas maioritariamente nas categorias “muito” e “muitíssimo”), seguindo-se a escala comunitária (entre os itens melhor pontuados, com respostas nas categorias “muito” e “muitíssimo”, incluem-se: "Afecto pelas outras pessoas"; “Generosidade em relação aos outros”; “Respeito pelas outras pessoas" e “Bondade para com os outros”) e por último a dimensão pessoal, onde a maioria das participantes obtêm resultados mais elevados nos itens 5 (“Um sentimento de identidade pessoal”) e 16 (“Paz interior”).

Na análise destes resultados deverá ter-se em conta o facto da maioria destas participantes serem católicas praticantes e terem crescido em meio rural; assim a valorização da dimensão ambiental poderá estar associada a um maior contacto e admiração pela natureza (ou implicitamente a Deus como seu criador) e a transcendental mais directamente à religiosidade (ou a valores morais a ela associadas, interiorizados ao longo do tempo); neste âmbito será também de referir que algumas inquiridas manifestaram contar apenas com a ajuda de Deus, como suporte, tendo estas obtido médias significativamente mais elevadas nas duas dimensões transcendental e ambiental. Segundo Ellison (1991) os sentimentos de religiosidade influenciam a percepção do mundo,

provocam na pessoa um padrão de interpretação para os eventos e experiências da vida, capazes de suavizar os seus efeitos negativos, levando-a assim a experimentar maiores níveis de satisfação com a vida ou afectos positivos. Neste contexto, Cardoso e Ferreira (2009) salientaram, tal como outros autores (Hunsberger, 1985; Koenig, Kvale e Ferrel, 1988), uma relação positiva entre a religiosidade e a satisfação com a vida.

Relativamente aos resultados nas outras dimensões, será de realçar a variável institucionalização, na medida em que partilhar espaços com pessoas não familiares (inicialmente desconhecidas), adaptar-se a regras, novos convívios, ou relacionamentos sociais poderão induzir sentimentos ambivalentes (verificaram-se muitas respostas positivas nos itens que apelam ao afecto, bondade, generosidade ou respeito pelo outro e menos positiva no item 8 - “A confiança entre pessoas”).

Azevedo (2009) refere-se à institucionalização como uma situação traumática em grande parte dos casos, desencadeando sentimentos depressivos e de isolamento, pois a pessoa idosa é retirada ao seu meio social e colocada noutra com regras próprias, requerendo a partilha de espaços com desconhecidos. Na análise de resultados verificámos respostas menos positivas nos itens 14 (“Alegria na vida”) e 18 (“um sentido para a vida”), onde uma grande percentagem de participantes respondeu “Muito pouco” ou “Pouco”; por outro lado, a maioria das mulheres escolheram as categorias “Muito” e “Muitíssimo” nos itens “Sentimento de identidade pessoal” e “Paz interior”.

Segundo Mendes (2006) nos estudos sobre a identidade deve-se ter em conta todo o processo histórico da pessoa, incluindo quem contribuiu ou contribui para a sua construção; a identidade deve ser considerada como um processo em constante transformação (formando-se na origem do ser humano e terminando com a sua finitude), dependente de análises aos factos vividos ou emoções experienciadas. Gonçalves (2008) salienta, em diversos estudos, o papel adaptativo da identidade, a importância das origens, passado e presente na manutenção da continuidade da pessoa.

Num estudo realizado sobre auto-estima e as suas origens, Coleman, Ivani-Chalian e Robinson (1993), concluíram que existe estabilidade na auto-estima de pessoas idosas durante um período longo de tempo. Por outro lado, Bromley (1990) afirma que a identidade da pessoa, pode alterar-se como resposta às demandas do mundo social e internas, sofre adaptações com as mudanças da vida (por exemplo, o envelhecimento), podendo adquirir consistência e desempenho, de modo a permitir a resolução de conflitos e a continuidade.

Gonçalves (2008) salienta alguns estudos empíricos, onde se constata que apesar da sua idade cronológica grande parte das pessoas idosas não se considera como tal, podendo pensar e sentir-se jovem e experienciar bons níveis de satisfação com a vida; segundo o autor, estas percepções podem constituir também uma defesa relativamente ao estigma social e valores culturais referentes a esta fase da vida. Gonçalves (2008) afirma que estereótipos repletos de características negativas sobre a pessoa idosa podem determinar a forma como esta percebe a vida; também a perda de papéis na sociedade, dos contactos com a família, amigos e saúde, são experiências muito comuns nesta fase da vida, influenciando negativamente o sentido de vida da pessoa idosa. Yazaki, Melo e Ramos (1991) entre outros autores, salientam que o isolamento social é um dos grandes problemas das pessoas idosas, sendo a família, na maioria das vezes, a única fonte de relacionamento e suporte.

Neste trabalho, observou-se uma relação significativa positiva entre a frequência das visitas e as dimensões pessoal e ambiental (por exemplo, quanto maior era a frequência das visitas melhores os resultados nestas duas dimensões) e resultados significativos negativos entre o questionário de bem-estar espiritual e as dimensões da depressão, psicopatía e paranóia do MMPI-2. Azevedo (2009) considera que a presença de visitas aparece como um factor importante na manutenção da saúde e do bem-estar da pessoa idosa institucionalizada.

Azevedo (2009) salienta que a perda do cônjuge, doença, dependência física e institucionalização entre outros factores, podem ser determinantes na desestrutura psíquica, agravando a saúde mental da pessoa idosa; no entanto, Azevedo (2009) evidenciou no seu trabalho que pessoas idosas ligadas a crenças religiosas estão menos propensas a esta desestruturação mental, observando-se sentimentos de bem-estar e uma identidade mais firme e saudável.

3. Considerações Finais, Conclusão e Limitações

A vida humana é marcada por grandes transformações psicológicas, físicas e sociais, devendo o homem ter consciência de si enquanto ser finito, que inevitavelmente envelhece; neste sentido, tendo em consideração que a pessoa idosa é simultaneamente produtor e produto da sua sociedade e cultura, será importante, que adquira perspectivas positivas em relação à sua própria vida, de forma a aumentar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Apesar da relevância dos resultados obtidos, este estudo pelo seu carácter descritivo, reduzido tamanho do grupo de participantes, processo de amostragem por conveniência e possível presença de efeitos de desajustabilidade social, entre outros aspectos, apresenta grandes limitações. Seria, assim, importante analisar as mesmas variáveis numa população mais alargada (por exemplo, abrangendo outras instituições), seleccionada aleatoriamente, de forma a verificar possíveis diferenças ou a consistência dos resultados obtidos, ou ainda, investigações, incluindo outras variáveis como, por exemplo, o género (dado que este trabalho incluiu apenas mulheres), institucionalização e não institucionalização, características individuais (por exemplo, pessoas activas, sedentárias, entre outras), pesquisas que enfatizem não somente aspectos físicos e sociais, mas principalmente os relacionados com a saúde emocional.

Apesar das limitações, foi possível abordar questões importantes, inerentes a factores que contribuem para um envelhecimento bem sucedido, dando um pequeno contributo à investigação nesta área; somente com o desenvolvimento ou aprofundamento desta temática, novas alternativas poderão surgir para um envelhecer saudável, dado assim, contribuir-se para profissionais e instituições que apoiam esta população.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altman, I. (1975). *Environment and social behaviour: Privacy, personal space, territory and crowding*. Brooks/Cole, Monterrey.
- Albert, M. (1995). How does education affect cognitive function? *Ann Epidemiol*, 5, (1), 76-78.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR (Text Review): Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, J. (2009). *Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná – Rondônia*. (Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde). Faculdade de ciências da saúde. Brasília: Universidade de Brasília.
- Baptista, I. (2002). *A serena idade. Terceira idade: Uma questão para a educação social*. Porto: Universidade Portucalense.
- Barreto, A. (1996). Três décadas de mudança social. In Barreto, A. (Org.), *A Situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 35-60). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. F. (2001). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (pp. 03-23). California: Academic.
- Bromley, D.B. (1990). *Behavioural Gerontology: central issues in the Psychology of Ageing*. England-Chichester: John Wiley & Sons.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (2002). *MMPI-2, Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2, Manual* (3ªEd.). Madrid: TEA Ediciones.
- Butcher, J.N., Atlis, M.M., & Hahn, J. (2004). Minnesota multiphasic personality inventory – 2. In *Comprehensive handbook of psychological assessment, personality assessment (Volume 2)*. Mark J. Hilsenroth (Editor), Daniel L. Segal (Editor), Michel Hersen (Editor). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Butcher, J.N., & Beutler, L.E. (2005). The MMPI-2. In *Integrative assessment of adult Personality, (2nd Edition)*. Larry E. Beutler (Editor) & Gary Groth-Marnat (Editor). New York: The Guilford Press.
- Caramelli, P. & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (1), 7-10.

- Cardoso, M., & Ferreira, M. (2009). Envolvimento Religioso e Bem-estar Subjetivo em Idosos. *Psicologia: Ciência e profissão*, 29 (2), 380-393. Consultado em 12 de Novembro de 2013, através de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932009000200013&lng=en&tlng=pt . 10.1590/S1414-98932009000200013.
- Carreira, H. M. (1996). As Políticas sociais em Portugal. In Barreto, A. (Org.) *A situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 365-498). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 16
- Casanova, J. (2001). *Quadros sociais do envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- Cobb, H., & Mittler, P. (2005). *Diferenças significativas entre deficiência e doença Mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência. Folhetos SNR, nº54.
- Coleman, P.G., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (1993). Self-Esteem and its sources: stability and change in later life. *Ageing and Society*, 13, 171-192.
- Costa, A. (2001). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Grávida.
- Costa, B. (2002). *Exclusões Sociais*. (3ª ed.). Lisboa: Grávida.
- Csikszentmihalyi, M. (1993). *The Evolving Self*. New York: Harper & Row.
- D'alencar, S. (2002). Ensinar a viver, ensinar a envelhecer: Desafios para a educação de Idosos. In: *Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento*. Porto Alegre: UFRGS.
- Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M., & Lima, V. M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12 (3), 518-524.
- Ekdawi, M., & Conning, A. (1994). *Psychiatry rehabilitation: A practical guide*. London: Chapman & Hall.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.

- Fazenda, I. (2006). Saúde mental reabilitação e cidadania. *Saúde mental: Do hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Folhetos SNR, N°56, 6-15.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, P., & Souza, E. (1999). *Inventário simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil: Primeiros resultados*. Arq. Neuropsiquiatria.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesia, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37 (4), 446-455.
- Fleck, M. P. A., Lima, A. F. B. S., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 431-438.
- Fonseca, F. (1987). *Psiquiatria e Psicopatologia*. II Vol. Cap. 17. (A Gerontopsiquiatria). (pp. 403-484). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Galhordas, J. (2010). O Adolescente que faz uma Tentativa de Suicídio e o seu Processo de Autonomia. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). Lisboa: I.S.P.A.
- Gonçalves, A. (2008). *Idoso e identidade social. Estudos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Gouveia, M. (2011). Flow disposicional e o bem-estar espiritual em praticantes de actividades físicas de inspiração oriental. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto: Universidade do Porto.
- Gouveia, M., Marques, M., & Pais Ribeiro, J. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (2), 285-293.
- Groth-Marnat, G. (2009). *Handbook of psychological assesment*. 5th Ed., New Jersey: Wiley.

- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. E., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini-Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.
- Guterres, M. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas pelos serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Guterres, M., & Ribeiro, J. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas pelos serviços comunitários*. Lisboa.
- Hunsberger, B. (1985). Religion, age, life satisfaction and perceived sources of religiousness: A study of older persons. *Journal of Gerontology*, 40, 615-620.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). *As gerações mais idosas: População e condições sociais*. Lisboa: I.N.E..
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: I.N.E..
- Instituto Nacional de Estatística (2003). *Estatísticas demográficas 2002: População e condições sociais*. Lisboa: I.N.E..
- Kline, R. (1998). *Principles and practice of SEM*. New York: The Guilford Press.
- Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28, 18-28.
- Lopes, J. S. (1985). *Análise multidimensional comparada das timopatias tardias e outras timopatias*. (Dissertação). Lisboa: F.M.L.
- Maia, L., Matos, M., Correia, C., Machado, N., & Silva, C. F. (s/n). *Screening cognitivo através do MMSE em 82 idosos institucionalizados de duas dependências da Santa Casa da Misericórdia do Fundão – Cova da Beira*. Universidade da Beira Interior: Universidade de Aveiro.
- Mah, S., Gonçalves, A., & Garcia, O. (1999). Jovens e os idosos: Contextos, interações e redes de suporte. In *Intervenção Social*, 20, 58-76.
- Marchand, H. (2005). *Temas do desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.

- Melo, F., & Barreiros, J. (2002). *A terceira idade, uma população de peso a nível social*. Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física, 23, 23-33.
- Mendes, M. (2006). Psicopedagogia: Uma identidade em construção. *Construção psicopedagógica*, 14 (11), Consultado em 12 de novembro de 2013, através de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141569542006000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Menechal, J. (1999). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moragas, R. (1998). *Gerontologia social – Envejecimiento y calidad de vida* (2ª edição). Barcelona: Edições Herder.
- Nazareth, J. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 239-251.
- Néri, A., Oliveira, K., Santos, A., & Liberalesso, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupo de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351-359.
- Nichols, D.S. (2001). *Essentials of MMPI assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Nodin, N., & Vaz, R. (2005). A Importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, 3 (23), 329-339.
- Oliveira, B. (2005). *Psicologia do envelhecimento*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Oliveira, D. (2006). *Saúde mental reabilitação e cidadã. Estigma e Saúde Mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Folhetos SNR, N°56, 25-32.
- O.M.S.(ed.) (2002). *Relatório mundial de saúde – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Paschoal, S. (2000). *Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, LDA.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. *Envelhecer em Portugal*. Manuais Universitários, 42, 75-95. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Climepsi Editores.
- Pereira, A. (1999). O que é a terceira idade? *Saúde e Bem-estar*, 58, 46-47.
- Perista, H. (1999). Sistemas formais de apoio às pessoas idosas – Necessidades e dilemas. In *Envelhecer: Um direito em construção*. Lisboa: Centro de Estudos para a Intervenção Social. (pp. 97-110).
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. (ed.) Coimbra: Quarteto.
- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: Implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28 (1), 49-56.
- Plano Internacional de Acção Contra o Envelhecimento. (1991). Lisboa: Direcção Geral da Família.
- Rebolat, R., & Carrasco, M. (1998). Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? *Anales de Psicología*, 14 (1), 45-53.
- Rodrigues, C. (2002). *Percepção de saúde em pessoas idosas: Factores determinantes*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde). Lisboa: ISPA.
- Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In Teixeira, J. A. C. (Org.), *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 235-250). Lisboa: Climepsi Editores.
- Romera, M., Leles, C. (2000). Desempenho de funções cognitivas em mulheres usuárias de terapia de reposição hormonal. *Revista da Sociedade de Psicologia e do Triângulo Mineiro*, 3 (5), 7-30.

- Rosa, M. (1996). O Envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. In Barreto, A. (Org.) *A Situação social em Portugal, 1960-1995* (I Vol.) (pp: 191-214). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Santos, I. (1993). *A Sexualidade dos idosos. Um estudo exploratório*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: ISPA.
- Silva, M. (2005). O Processo de envelhecimento no Brasil: Desafios em perspectivas. *Textos Envelhecimento*, 8 (1).
- Silva, V. et al. (2009). Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (2), 295-303.
- Skinner, B. F., & Vaughan, M. E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo: Summus.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Strauss, E., Sherman, E., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. Oxford: Oxford University Press.
- Teixeira, L. (2000). Questões existenciais em reabilitação: Algumas reflexões. In A. Sequeira, J. Teixeira, J. Ornelas, M. Silveira & J. Amaro (eds.) *Reabilitação e Comunidade* (pp. 117-127). Lisboa: ISPA.
- Yazaki, L., Melo, A.V., & Ramos, L.R. (1991). Perspectivas atuais do papel da família ao envelhecimento populacional: um estudo de caso. *Informe Demográfico*, 24 (11), 11-96.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G. et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36, 549-564.

ANEXOS

Anexo A

Consistência Interna: Mini Mult , Mini Mental State, SWBQP

No sentido de estudar a consistência interna recorreu-se ao coeficiente Alpha de Cronbach para cada uma das dimensões, avaliando-se também a variação deste coeficiente sempre que algum item era eliminado. O coeficiente alfa varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna aceitável se o valor do coeficiente for superior a 0,6; valores superiores a 0,95 também não são desejáveis, já que indicam que os itens se sobrepõem excessivamente, não acrescentando informação nova aos resultados.

Anexo B

Tabela 27: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: HS - Hipocondria

	Média	Variância	Correlação	Alpha
HS-Hipocondria se item	se item	Item	se item	
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM1	5,7333	6,8920	,4291	,6024
MM2	5,9333	7,3747	,3089	,6237
MM6	5,5667	6,8057	,4722	,5954
MM18	5,8667	7,3609	,2781	,6276
MM26	5,7667	7,3575	,2500	,6320
MM32	5,7000	6,8379	,4470	,5991
MM37	5,7000	6,8379	,4470	,5991
MM44	5,5333	7,0161	,3949	,6088
MM45	5,9333	7,0989	,4352	,6059
MM46	5,7667	9,5644	-,4968	,7361
MM55	5,8000	7,2000	,3199	,6209
MM62	5,5000	7,5690	,1830	,6419
MM63	5,7667	7,5644	,1711	,6443
MM68	5,6000	7,2138	,3006	,6238
N of Items = 14 N of Cases = 30,0 Alpha = ,6460				

A escala clínica HS (Hipocondria) revela uma consistência interna aceitável (0,64).

Tabela 28: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: D - Depressão

	Média	Variância	Correlação	Alpha
D-Depressão	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM1	8,7667	13,0816	,5114	,7014
MM2	8,9667	13,2057	,5787	,6992
MM3	8,8333	14,4195	,1451	,7332
MM4	8,6000	12,8690	,5826	,6950
MM6	8,6000	13,9724	,2629	,7235
MM9	9,1333	14,6713	,2389	,7261
MM11	8,5333	14,6713	,0814	,7380
MM13	8,7333	13,5816	,3639	,7147
MM17	8,7333	13,0989	,5020	,7021
MM18	8,9000	14,3690	,1737	,7304
MM22	8,7667	14,3920	,1449	,7336
MM25	8,7333	13,0989	,5020	,7021
MM28	8,8000	13,6828	,3442	,7165
MM36	8,7000	16,3552	-,3437	,7725
MM37	8,7333	12,7540	,6039	,6925
MM40	8,5000	13,9138	,3074	,7197
MM42	8,9333	13,3747	,4933	,7050
MM44	8,5667	14,3230	,1716	,7310
MM60	8,6000	14,7310	,0577	,7406
MM65	8,6667	13,6782	,3369	,7171
N of Items = 20	N of Cases = 30,0	Alpha = ,7310		

A escala Depressão também revela uma boa consistência interna (0,73).

Tabela 29: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Hy-Histeria

	Média	Variância	Correlação	Alpha
HyHisteria	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM1	10,5333	7,9816	,4617	,3204
MM2	10,7333	8,4782	,3542	,3542
MM3	10,6000	9,4207	-,0367	,4291
MM9	10,9000	9,0586	,2800	,3844
MM11	10,3000	8,7000	,2194	,3771
MM13	10,5000	8,6724	,2077	,3783
MM18	10,6667	8,6437	,2516	,3712
MM23	10,5000	8,6034	,2317	,3730
MM26	10,5667	9,1506	,0503	,4119
MM28	10,5667	8,7368	,1920	,3821
MM29	10,6333	9,6885	-,1232	,4449
MM31	10,6333	10,0333	-,2346	,4654
MM33	10,2333	9,5644	-,0777	,4341
MM35	10,6333	8,5851	,2618	,3682
MM37	10,5000	8,0517	,4311	,3271
MM40	10,2667	9,2368	,0341	,4143
MM41	10,8333	9,1092	,1542	,3943
MM43	10,4333	9,2885	,0015	,4223
MM44	10,3333	9,2644	,0154	,4187
MM45	10,7333	8,6851	,2684	,3706
MM46	10,5667	11,1506	-,5554	,5249
MM49	10,3667	9,0678	,0781	,4062
MM55	10,6000	8,9379	,1271	,3960
MM56	10,5000	9,5690	-,0879	,4404
MM57	10,7333	8,8230	,2123	,3811
MM62	10,3000	8,4931	,2961	,3609
N of Itens = 26	N sujeitos =	30,0	Alpha =	,4105

A escala da Histeria revela uma alpha e crobach abaixo de 0,60, constata-se com a análise “Alpha if item deleted” que a eliminação dos itens 29, 31 e 46 levaria a uma subida do Alpha. Com a eliminação destes 3 itens em simultâneo o Alpha subiria para 0,594.

Tabela 30: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Pd - Desvio Psicopático

	Média	Variância	Correlação	Alpha
PD-D.Psico				
	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM3	6,6000	5,4207	-,0786	,3497
MM7	6,4000	4,8690	,1612	,2719
MM10	6,7000	4,7690	,2598	,2438
MM13	6,5000	5,1552	,0299	,3165
MM14	6,3667	5,2747	-,0181	,3316
MM15	6,6667	4,7816	,2368	,2493
MM16	6,8667	5,5678	-,1245	,3404
MM22	6,5333	4,3954	,3938	,1867
MM27	6,4667	5,2920	-,0295	,3360
MM28	6,5667	4,3920	,4029	,1846
MM34	6,4000	5,1448	,0362	,3143
MM35	6,6333	4,7920	,2190	,2538
MM41	6,8333	5,0402	,2073	,2704
MM43	6,4333	5,3575	-,0568	,3447
MM49	6,3667	5,5506	-,1351	,3679
MM52	6,8667	5,3609	,0195	,3126
MM58	6,8000	5,2690	,0396	,3097
MM65	6,4333	5,1506	,0319	,3158
N of Cases = 30,0 N of Items = 18 Alpha = ,3099				

A escala do desvio psicopático revela o alpha e cronbach mais baixo (0,31), constata-se com a análise “Alpha if item deleted” que a eliminação dos itens 3, 14, 16, 27, 43, 49 levaria a uma subida do Alpha. Com a eliminação destes 6 itens em simultâneo o Alpha subiria para 0,50

Tabela 31: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Pa - Paranóia

	Média	Variância	Correlação	Alpha
Pa-Paranoia	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM5	4,2333	4,5989	,0778	,4430
MM8	4,0333	4,5851	,0208	,4639
MM10	4,1333	4,6023	,0334	,4573
MM15	4,1000	3,6103	,5879	,2897
MM28	4,0000	3,8621	,3874	,3501
MM29	4,0667	5,3057	-,3018	,5459
MM30	4,2333	4,2540	,3014	,3911
MM31	4,0667	4,6161	,0112	,4656
MM39	4,1333	4,4644	,1064	,4379
MM63	4,0000	3,8621	,3874	,3501
MM64	4,4000	4,8690	,0000	,4465
MM66	4,0000	4,6897	-,0320	,4795
MM67	3,9667	4,0333	,2873	,3828
MM68	3,8333	3,9368	,3391	,3656
N of Cases = 30,0		N of Items = 14		Alpha = ,4439

A escala da paranóia revela uma alpha e crobach abaixo de 0,60, constata-se com a análise “Alpha if item deleted” que a eliminação dos itens 8, 29, 31, 66 levaria a uma subida do Alpha. Com a eliminação destes 3 itens em simultâneo o Alpha subiria para 0,62.

Tabela 32: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2 : Pt - Psicastenia

	Média	Variância	Correlação	Alpha
PT-Psicast	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM2	5,8000	3,8207	,5495	,1464
MM3	5,6667	4,8506	-,0745	,3563
MM5	5,8667	4,4644	,2009	,2706
MM8	5,6667	4,4368	,1225	,2890
MM13	5,5667	3,9782	,3430	,2029
MM17	5,5667	3,9092	,3804	,1875
MM22	5,6000	4,5241	,0708	,3075
MM25	5,5667	4,1161	,2702	,2322
MM27	5,5333	5,0851	-,1804	,3934
MM36	5,5333	5,4299	-,3201	,4368
MM42	5,7667	4,1161	,3351	,2177
MM44	5,4000	4,0414	,3290	,2120
MM51	5,5000	5,6379	-,4007	,4602
MM57	5,8000	4,2345	,2883	,2374
MM66	5,6333	4,9299	-,1122	,3696
N of Cases =30,0 N of Items = 15 Alpha = ,3138				

A escala da psicastenia revela um dos alphas de crobach mais baixos (0,31), constata-se com a análise “Alpha if item deleted” que a eliminação dos itens itens 3, 27, 36, 51, 66 levaria a uma subida do Alpha. Com a eliminação destes 5 itens em simultâneo o Alpha subiria para 0,689.

Tabela 33: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Sc - Esquizofrenia

	Média	Variância	Correlação	Alpha
Sc-Esquiz.	se item	se item	Item	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado
MM3	6,8667	8,6713	-,0605	,5486
MM5	7,0667	8,5471	,0207	,5294
MM7	6,6667	8,0920	,1363	,5144
MM8	6,8667	7,6368	,3174	,4804
MM10	6,9667	8,3782	,0600	,5262
MM13	6,7667	7,4264	,3807	,4666
MM14	6,6333	8,5161	-,0095	,5405
MM15	6,9333	6,8920	,6651	,4150
MM16	7,1333	8,9471	-,1662	,5469
MM17	6,7667	7,3575	,4075	,4611
MM26	6,8333	8,4195	,0239	,5346
MM30	7,0667	7,8575	,3462	,4835
MM38	6,7667	7,6333	,3017	,4825
MM39	6,9667	7,6195	,3685	,4738
MM42	6,9667	8,2402	,1140	,5174
MM46	6,8333	9,8678	-,4406	,6106
MM57	7,0000	7,9310	,2562	,4943
MM63	6,8333	7,6609	,3000	,4833
MM64	7,2333	8,7368	,0000	,5235
MM66	6,8333	8,4885	,0000	,5388
MM68	6,6667	7,4713	,3671	,4696
N of Cases =	30,0	N of Items =	21	Alpha =
				,5222

A escala de esquizofrenia tem um alpha de 0,52, com a eliminação do item 46 o Alpha subiria para 0,61.

Tabela 34: Consistência Interna Escala Clínica do MMPI-2: Ma - Hipomania

	Média	Variância	Correlação	Alpha	Ma-Hipomania
se item	Item	se item	Total	eliminado	se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado	
MM4	5,0333	4,2402	,4840	,4187	
MM7	5,0667	4,9609	,1188	,5189	
MM8	5,2667	4,8920	,1612	,5076	
MM21	5,1667	4,8333	,1752	,5044	
MM29	5,3000	5,6655	-,1813	,5865	
MM34	5,0667	4,2713	,4590	,4251	
MM38	5,1667	4,5575	,3077	,4683	
MM39	5,3667	4,7920	,2475	,4865	
MM43	5,1000	5,6103	-,1607	,5868	
MM54	5,0000	4,4828	,3655	,4535	
MM57	5,4000	4,5241	,4221	,4460	
MM60	5,0333	4,8609	,1695	,5057	
N of Cases =30,0		N of Items = 12		Alpha =	,5188

A escala de hipomania tem um alpha de 0,52, com a eliminação dos itens 29 e 43 o Alpha subiria para 0,667.

Tabela 35: Consistência Interna MMPI-2

	Alpha	Escala
	Total	
Com os 71 itens	0,68	
Com a eliminação de 13 itens : 3, 8, 14, 16, 27, 29, 31, 36, 43, 46, 49, 51 e 66	0,79	

A totalidade da escala (composta por 71 itens) tem um alpha de crobach de 0,68, se fossem eliminados os itens que prejudicam a consistência interna da escala o alpha total subiria para 0,79.

Em síntese das oito escala clínicas da Mini-Mult, duas têm valores de alpha acima de 0,60 (hipocondria e depressão) as restantes têm valores entre 0,31 e 0,52. Constatou-se que com a eliminação de alguns itens os alphas mais baixos subiriam para valores dentro do que é considerado aceitável. Contudo neste estudo optou-se por não eliminar qualquer item dado que as notas T e os valores normativos terem sido feitos tendo por base os 71 itens.

Tabela 36: Consistência interna SWBQp - Pessoal

item	Média Item	Variância se item	Correlação Total	Alpha eliminado	Pessoal se item	se
SWBQ5	12,8333	13,5230	,5287	,7580		
SWBQ9	13,2667	11,6506	,6298	,7193		
SWBQ14	14,1000	10,0241	,7212	,6800		
SWBQ16	13,1667	12,2816	,4865	,7647		
SWBQ18	13,7000	11,3207	,4797	,7760		
N of Cases =	30,0	N of Items =	5	Alpha =	,7823	

O Alpha da escala pessoal é elevado (0,78), se algum item fosse eliminado isso conduziria a uma redução da consistência da escala.

Tabela 37: Consistência interna SWBQp –Comunitária

	Média	Variância	Correlação	Alpha	Comunitária
se item	Item	se item			se item
	eliminado	eliminado	Total	eliminado	
SWBQ1	15,2000	7,8207	,4268	,7905	
SWBQ3	15,2667	5,5816	,7585	,6782	
SWBK8	15,8000	5,9586	,6075	,7413	
SWBQ17	14,4333	7,8402	,4783	,7780	
SWBQ19	15,0333	6,9299	,6052	,7395	
N of Cases =30,0		N of Items = 5		Alpha = ,7898	

A consistência interna da escala Comunitária também é elevada (0,79), não se ganhando em eliminar qualquer dos itens que compõem a escala.

Tabela 38: Consistência interna SWBQp –Ambiental

	Média	Variância	Correlação	Alpha	Ambiental	se item
se item	Item	se item				
	eliminado	eliminado	Total	eliminado		
SWBQ4	16,4333	7,7023	,4948	,7072		
SWBK7	16,2000	9,2690	,4857	,7113		
SWBQ10	16,5333	7,4989	,6272	,6503		
SWBQ12	16,7333	8,8920	,4099	,7325		
SWBQ20	16,3667	7,8954	,5454	,6837		
N of Cases =	30,0	N of Items =	5	Alpha =	,7435	

O Alpha da escala ambiental é elevado (0,74), e se algum item fosse eliminado isso conduziria a uma redução da consistência da escala.

Tabela 39: Consistência interna SWBQp –Transcendental

	Média	Variância	Correlação	Alpha	Transcendental se item
se item	Item	se item	Total	eliminado	
	eliminado	eliminado			
SWBQ2	16,9655	6,3202	,5750	,7721	
SWBQ6	16,7586	7,5468	,4143	,8142	
SWBQ11	16,8276	6,0764	,8594	,7059	
SWBQ13	16,9310	6,4236	,5928	,7679	
SWBQ15	17,8966	4,3818	,6829	,7667	
N of Cases =	29,0	N of Items =	5	Alpha =	,8051

O Alpha da escala Transcendental é o mais elevado de todos (0,81) não se ganhando em eliminar qualquer dos itens que compõem a escala.

Tabela 40: Consistência interna SWBQp Total

item	Média Item	Variância se item	Correlação Total	Alpha eliminado	SWBQ total se item	se
SWBQ1	74,2414	95,1182	,4921	,8619		
SWBQ2	73,5862	96,2512	,3970	,8646		
SWBQ3	74,2414	87,2611	,8203	,8488		
SWBQ4	73,8621	95,8374	,2563	,8716		
SWBQ5	74,0000	98,3571	,2363	,8695		
SWBQ6	73,3793	98,4581	,3647	,8659		
SWBK7	73,6207	97,1010	,3431	,8661		
SWBK8	74,7586	91,8325	,5392	,8595		
SWBQ9	74,3793	93,6724	,4339	,8634		
SWBQ10	73,8966	93,0961	,4380	,8634		
SWBQ11	73,4483	95,3990	,5729	,8607		
SWBQ12	74,1379	95,1946	,3587	,8662		
SWBQ13	73,5517	92,4704	,7014	,8560		
SWBQ14	75,2414	89,1897	,5138	,8609		
SWBQ15	74,5172	91,1158	,4595	,8631		
SWBQ16	74,3793	91,0296	,4803	,8620		
SWBQ17	73,4483	95,2562	,5336	,8612		
SWBQ18	74,8276	88,6478	,5119	,8612		
SWBQ19	74,0345	94,8202	,4779	,8621		
SWBQ20	73,7931	89,9557	,6026	,8568		
N of Cases = 30,0 N of Items = 20 Alpha = ,8683						

A escala SWBQ revela uma excelente consistência interna (0,87), não se recomendando a eliminação de qualquer item .

Tabela 41: Consistência interna do MMPI-2

Mini Mult	Variância	Correlação	Alpha	Mini Mult	
	se item	se item	Item	se item	
	eliminado	eliminado	Total	eliminado	
Q1.1	25,7586	8,0468	,4676	,7127	
Q1.2	25,6897	8,6502	,2533	,7284	
Q1.3	25,8621	7,6232	,5357	,7038	
Q1.4	25,7586	7,9039	,5442	,7068	
Q1.5	25,6552	8,6626	,3695	,7250	
Q1.6	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q1.7	25,6552	8,6626	,3695	,7250	
Q1.8	25,7241	7,9926	,5777	,7070	
Q1.9	25,6552	8,8768	,1714	,7325	
Q1.10	25,6897	9,0788	-,0285	,7429	
Q2.1	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q2.2	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q2.3	25,6552	8,8054	,2369	,7301	
Q3.1	25,7241	8,8498	,0841	,7388	
Q3.2	25,7586	8,5468	,2101	,7316	
Q3.3	26,0000	8,2143	,2271	,7345	
Q3.4	25,8966	8,4532	,1667	,7385	
Q3.5	25,8276	7,6478	,5628	,7022	
Q4.1	25,8276	8,7906	,0574	,7455	
Q4.2	25,7931	8,4557	,2225	,7313	
Q4.3	26,0690	7,3522	,5438	,7009	
Q5A1	25,6552	8,8054	,2369	,7301	
Q5A2	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5B	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5C1	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5C2	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5C3	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5D	25,6207	9,1010	,0000	,7361	
Q5E	25,7931	8,2414	,3225	,7234	
Q6	25,9655	7,8916	,3589	,7209	
N of Cases =	29,0	N of Items =	30	Alpha =	,7352

O MMPI-2 revela uma consistência interna de 0,735 o que indica uma boa consistência interna.

**Tabela 42: Teste de Normalidade para SWBQp e Questionário Sócio-Demográfico –
“Com quem pode contar para o ajudar?”**

		Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
AJUDA2		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SWBQp - Pessoal	Refere Deus	,233	6	,200*	,909	6	,433
	Não refere Deus	,141	22	,200*	,978	22	,876
SWBQp - Comunitária	Refere Deus	,196	6	,200*	,943	6	,686
	Não refere Deus	,132	22	,200*	,959	22	,471
SWBQp - Ambiental	Refere Deus	,208	6	,200*	,908	6	,425
	Não refere Deus	,165	22	,122	,950	22	,316
SWBQp - Transcendental	Refere Deus	,277	6	,165	,825	6	,097
	Não refere Deus	,143	22	,200*	,899	22	,029
1- Orientação	Refere Deus	,492	6	,000	,496	6	,000
	Não refere Deus	,326	22	,000	,695	22	,000
2-Retenção	Não refere Deus	,539	22	,000	,221	22	,000
3- Atenção e Calculo	Refere Deus	,315	6	,064	,797	6	,055
	Não refere Deus	,282	22	,000	,810	22	,001
4-Ev ocação	Refere Deus	,223	6	,200*	,908	6	,421
	Não refere Deus	,283	22	,000	,773	22	,000
5-Linguagem	Refere Deus	,333	6	,036	,814	6	,078
	Não refere Deus	,315	22	,000	,677	22	,000
6-Habilidade construtiva	Refere Deus	,319	6	,056	,683	6	,004
	Não refere Deus	,383	22	,000	,628	22	,000
Hs - Nota T	Refere Deus	,279	6	,159	,890	6	,320
	Não refere Deus	,169	22	,104	,963	22	,544
D - Nota T	Refere Deus	,185	6	,200*	,904	6	,398
	Não refere Deus	,105	22	,200*	,980	22	,922
Hy - Nota t	Refere Deus	,294	6	,114	,782	6	,040
	Não refere Deus	,215	22	,009	,902	22	,033
Pa-Nota t	Refere Deus	,219	6	,200*	,845	6	,143
	Não refere Deus	,209	22	,014	,917	22	,067
Pt - Nota t	Refere Deus	,190	6	,200*	,951	6	,750
	Não refere Deus	,143	22	,200*	,910	22	,047
Sc- Nota T	Refere Deus	,276	6	,173	,850	6	,158
	Não refere Deus	,165	22	,122	,919	22	,073
Ma - Nota t	Refere Deus	,247	6	,200*	,926	6	,553
	Não refere Deus	,093	22	,200*	,954	22	,372

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

b. 2-Retenção is constant when AJUDA2 = Refere Deus. It has been omitted.

Descriptives^a

AJUDA2			Statistic	Std. Error
SWBQp - Pessoal	Refere Deus	Skewness	,372	,845
		Kurtosis	-2,003	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,232	,491
		Kurtosis	-,337	,953
SWBQp - Comunitária	Refere Deus	Skewness	,000	,845
		Kurtosis	-1,875	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,291	,491
		Kurtosis	-,526	,953
SWBQp - Ambiental	Refere Deus	Skewness	,041	,845
		Kurtosis	-1,311	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,300	,491
		Kurtosis	-,935	,953
SWBQp - Transcendental	Refere Deus	Skewness	-1,201	,845
		Kurtosis	,847	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,076	,491
		Kurtosis	-1,453	,953
1- Orientação	Refere Deus	Skewness	-2,449	,845
		Kurtosis	6,000	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-1,641	,491
		Kurtosis	1,776	,953
2-Retenção	Não refere Deus	Skewness	-4,690	,491
		Kurtosis	22,000	,953
	Refere Deus	Skewness	-1,763	,845
		Kurtosis	3,559	1,741
3- Atenção e Calculo	Refere Deus	Skewness	-1,763	,845
		Kurtosis	3,559	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-1,363	,491
		Kurtosis	1,789	,953
4-Ev ocação	Refere Deus	Skewness	-,668	,845
		Kurtosis	-,446	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-1,087	,491
		Kurtosis	,331	,953
5-Linguagem	Refere Deus	Skewness	-1,369	,845
		Kurtosis	2,500	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-1,780	,491
		Kurtosis	4,563	,953
6-Habilidade construtiv a	Refere Deus	Skewness	,000	,845
		Kurtosis	-3,333	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,397	,491
		Kurtosis	-2,037	,953
Hs - Nota T	Refere Deus	Skewness	-,335	,845
		Kurtosis	-1,132	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,061	,491
		Kurtosis	-,532	,953
D - Nota T	Refere Deus	Skewness	,014	,845
		Kurtosis	-1,747	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,097	,491
		Kurtosis	-,332	,953
Hy - Nota t	Refere Deus	Skewness	1,811	,845
		Kurtosis	3,415	1,741
	Não refere Deus	Skewness	-,684	,491
		Kurtosis	-,638	,953
Pa-Nota t	Refere Deus	Skewness	-,440	,845
		Kurtosis	-1,951	1,741
	Não refere Deus	Skewness	,768	,491
		Kurtosis	-,084	,953
Pt - Nota t	Refere Deus	Skewness	,869	,845
		Kurtosis	1,603	1,741
	Não refere Deus	Skewness	,603	,491
		Kurtosis	-,024	,953
Sc- Nota T	Refere Deus	Skewness	,734	,845
		Kurtosis	-1,281	1,741
	Não refere Deus	Skewness	,293	,491
		Kurtosis	-1,380	,953
Ma - Nota t	Refere Deus	Skewness	,819	,845
		Kurtosis	1,422	1,741
	Não refere Deus	Skewness	,034	,491
		Kurtosis	-,814	,953

a. 2-Retenção is constant when AJUDA2 = Refere Deus. It has been omitted.

ANEXO C

À Direcção Técnica

Do Centro Psicogeriatrico Nossa Senhora de Fátima

O meu nome é Lia Rodrigues, estou no último ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica (ISPA – Instituto Universitário), encontrando-me actualmente a estagiar na Vossa instituição. Pretendo desenvolver um estudo de investigação que tem por objectivo verificar de que forma o Bem-estar Espiritual pode ser afectado pela patologia mental da paciente.

Venho desta forma pedir a vossa colaboração, para que possa realizar este estudo na vossa instituição, pois torna-se necessário inquirir algumas pacientes, num total de 30, para aplicação de instrumentos de avaliação de Sintomas Psicopatológicos, Bem-Estar Espiritual e Funções Cognitivas.

Obrigada pela atenção,

Com os melhores cumprimentos,

Lia Rodrigues

13 de Maio de 2013

ANEXO D

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

O meu nome é Lia Rodrigues, estou no último ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica (ISPA – Instituto Universitário), encontrando-me actualmente a desenvolver um estudo de investigação que tem por objectivo verificar de que forma o Bem-estar Espiritual pode ser afectado pela patologia mental da paciente.

Venho desta forma pedir a vossa colaboração para realizar este estudo, o programa do estudo requer a aplicação de instrumentos de avaliação de Sintomas Psicopatológicos, Bem-Estar Espiritual e Funções Cognitivas.

Este estudo não implica gastos financeiros ao participante, uma vez que todos estes serão suportados pela responsável do projecto. A participação neste estudo é de carácter voluntário, não existindo danos para a utente, caso recuse participar.

A confidencialidade relativamente aos dados recolhidos ao longo do estudo é salvaguardada, bem como o anonimato da identificação pessoal da utente.

Agradeço a disponibilidade e colaboração neste estudo,

Lia Rodrigues, estudante do 5º ano de MIP no ISPA – Instituto Superior.

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR

NOME:

BI/CD Nº: VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA