

# **Qualidade do Sono, Funcionamento Emocional e Bem-Estar Espiritual em Pessoas Idosas Institucionalizadas**

Sílvia Cláudia Cordeiro Cruz

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, outubro de 2018

## **Dedicatória**

Dedico esta tese de mestrado ao meu pai, que infelizmente ausente, estarás sempre no meu coração.

## **Agradecimentos**

O culminar de mais um ciclo académico, leva-nos a refletir nas pessoas importantes deste percurso que possibilitaram a concretização do mesmo. Sem elas nada disto seria possível. Por isso quero agradecer:

À Professora Doutora Laura Lemos, pela motivação, pela disponibilidade, pela paciência e pela sabedoria que foi transmitindo ao longo deste percurso. Um muito e sincero obrigado.

À Mestre Carla Sérgio e à Mestre Cristiana pela sua ajuda fundamental para a realização desta mesma tese.

Às instituições e as respetivas direções Técnicas que permitiram a realização desta investigação e, sobretudo, aos idosos que participaram ao responder aos instrumentos de avaliação bem como a enorme sabedoria que me transmitiram, sem eles nada disto teria sido concretizável.

A todos os profissionais auxiliar e técnico que trabalham nas instituições, pela forma como me receberam e colaboraram sempre, na recolha da minha respetiva amostra com a finalidade da realização da minha tese de mestrado.

Aos meus pais, pela oportunidade de estudar e de viver todas estas experiências ao longo destes cinco anos de curso. Sobretudo há minha mãe pelo seu apoio e paciência ao longo deste último ano. Ao meu pai que nunca será esquecido.

Aos meus colegas de Faculdade e todos os seres humanos que se cruzaram comigo ao longo destes seis anos que contribuíram para o meu crescimento quer profissional quer pessoal. A todos o meu

**Muito Obrigado!**

## **Resumo**

**Enquadramento:** O envelhecimento é um fenómeno biológico geral e gradual, com consequências a nível cognitivo e psicológico. A espiritualidade é um processo individual na medida em que esta é influenciada pelas vivências de cada um, pela cultura e pela relação com os outros (Pereira, 2013). Já no que concerne ao sono no idoso o processo de envelhecimento parece trazer modificações na quantidade e qualidade do sono, sendo este alterado por diversos fatores.

**Objetivos:** Avaliar se as variáveis em estudo variam em função das variáveis sociodemográficas. E estudar se a qualidade do sono, religiosidade, bem-estar espiritual e sintomas depressivos se correlacionam entre si.

**Método:** A amostra é constituída por 81 pessoas idosas institucionalizados, com idades compreendidas entre os 54 e os 97 anos. Todos os participantes foram avaliados através do Spiritual Well-Being Questionnaire, da Geriatric Depression Scale, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) e a Satisfaction With Life Scale (SWLS.); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

**Resultados:** O índice de sintomatologia depressiva na amostra estudada é superior quando esta apresenta problemas de saúde, como por exemplo: artroses, bronquite. A escala de satisfação com a vida correlaciona-se com a qualidade do sono, isto é quanto a maior a qualidade do sono maior a satisfação com a vida. Quanto maior a qualidade do sono, maior o nível de bem-estar espiritual, não existindo, no entanto, relação com a religiosidade.

**Conclusão:** Com este estudo conclui-se que quem professa uma religião tem um Bem-estar Espiritual mais elevado. E que as pessoas seniores estudadas tendo um bem-estar espiritual mais elevado tem um bom nível de sono.

**Palavras-chave:** Bem-estar espiritual, Depressão, Sono, Pessoas Idosas, Institucionalização, Satisfação com a vida, Funcionamento emocional.

## **Abstract**

**Purpose:** Aging is a general and gradual biological phenomenon, with cognitive and psychological consequences. Spirituality is an individual process insofar as it is influenced by one's experiences, culture and relationship with others (Pereira, 2013). Regarding sleep in the elderly, the aging process seems to bring about changes in the quantity and quality of sleep, which is altered by several factors.

**Goals:** Evaluate if the variables under study vary according to sociodemographic variables. And study whether sleep quality, religiosity, spiritual well-being and depressive symptoms correlate with each other.

**Method:** The sample is made up of 81 institutionalized elderly people, aged 54-97. All participants were evaluated through the Spiritual Well-Being Questionnaire, the Geriatric Depression Scale, Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) and the Satisfaction With Life Scale (SWLS); Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

**Results:** The index of depressive symptomatology in the sample studied is superior when it presents health problems. The life satisfaction scale correlates with sleep quality, that is, the higher the quality of sleep, the greater the satisfaction with life. The higher the quality of sleep, the greater the level of spiritual well-being, but there is no relationship to religiosity.

**Conclusion:** With this study it is concluded that who professes a religion has a higher Spiritual Well-being. And that seniors studied with a higher spiritual well-being have a good level of sleep.

**Keywords:** : Spiritual well-being, Depression, Sleep, Elderly, Institutionalization, Life satisfaction, Emotional functioning.

## **Introdução**

### **Envelhecimento**

A partir da segunda metade do século XIX, a velhice passou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pelo declínio físico e pela ausência de papéis sociais. O avanço da idade dar-se-ia num contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de carência e condições às pessoas seniores responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (Debert, 1999). As associações negativas relativas à velhice atravessaram os séculos e, ainda hoje, mesmo com a possibilidade e facilidade de prevenir doenças ou retardá-las, esta é receada por um número grande de pessoas e vista como uma etapa negativa. A famosa frase de uma artista brasileira idosa, “o envelhecimento é a prova de que o inferno existe” (TAVARES, 2007). Comprova o quanto a velhice é uma experiência individual que pode ser vivida de forma menos positiva, no entanto, também pode assumir contornos positivos, em concordância com a história da vida individual e da representação de velhice influenciada pela sociedade em que vive. Logo, não importa o número de anos que o indivíduo tem, mas sim, o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade o tratou (Schneider & Irigaray, 2008).

Alguns estudos que foram efetuados em sociedades não ocidentais revelam representações positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a apresentação da velhice afixada nas ideias de deterioração e privação não é geral. (Moniz, 2003)

À medida que o envelhecimento é estudado em diferentes sociedades, constata-se que ele é um fenómeno verdadeiramente dominado pela cultura (Uchôa, 2003). Aquelas concepções de velhice nada mais são do que um resultado de uma configuração social e temporal feita numa sociedade com valores e princípios próprios, que são traçados por questões multifacetadas e multidireccionadas. No início do século XXI e ao mesmo tempo que a sociedade potencializa o decorrer da velhice, ela nega as pessoas idosas o seu valor e a sua competência social. Vive-se numa sociedade consumista na qual apenas o jovem belo e sedento de juventude pode ser valorizado, caso contrário, não existe criação e aglomeração de capital. Nesta realidade, “o velho” passa a ser ultrapassado, rejeitado, até mesmo considerado fora de moda. (Schneider & Irigaray, 2008)

O envelhecimento da população surge como um desafio da saúde pública na atualidade (Lima-Costa & Veras, 2003). Atualmente, o índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem através do quociente entre o número de pessoas

com idade igual ou superior a 65 anos e o número de crianças e jovens com idades entre 0 e os 14 anos) é cada vez maior (PORDATA, 2018), assistindo-se a um aumento significativo do grupo da população sénior contrastando com uma redução da população jovem (Carneiro, Chau, Soares, Fialho e Sacadura, 2012). Entre 2001 e 2016, este índice aumentou cerca de 47,1%, passando de 101,6% para 148,7% (PORDATA, 2018).

Segundo Lima (2008) o envelhecimento define-se como um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Assim, para Cardão (2009), o envelhecimento surge como um processo de desenvolvimento que ocorre desde o nascimento de todos os seres vivos até à sua morte, surgindo a velhice como etapa desenvolvimental caracterizada pela longevidade. O envelhecimento é produto de uma construção que o indivíduo fez durante toda a vida.

Tendo em conta as características do envelhecimento e velhice, para muitas pessoas em estágios mais avançados, a institucionalização assume um papel importante. Atualmente, o acolhimento da pessoa idosa numa instituição é cada vez mais comum, sendo várias as razões que motivam este acontecimento, nomeadamente questões de saúde, residir sozinho, problemas de origem social e desresponsabilização por parte dos familiares (Lourenço, 2014). Perante estes aspetos, a institucionalização pode-se assumir como um contexto que oferece condições essenciais a pessoa sénior. Deste modo, e tendo em conta as diferentes necessidades da pessoa idosa, é possível encontrar diferentes tipos de valências de apoio a esta.

Segundo Martins (2006), vários são os apoios sociais fornecidos à população idosa. Tendo em conta a Carta Social (2007), é possível distinguir em seis principais tipos de respostas sociais: estrutura residencial para idosos (apartamentos/moradias e quartos), acolhimento familiar para pessoas idosas, centro de convívio, centro de dia, centro de noite, serviço de apoio domiciliário.

No que respeita à estrutura residencial para idosos, esta caracteriza-se por um alojamento de caráter coletivo (temporário ou permanente) que objetiva o apoio social e cuidados de enfermagem podendo dividir-se em três modalidades: tipologias habitacionais (apartamentos e/ou moradias); alojamento em quartos (Carta Social, 2007) e por último lar e residência. Salienta-se este último que diz respeito ao anteriormente designado por Lar de Idosos e que se destina a pessoas idosas que apresentem uma maior vulnerabilidade caracterizada por perda de independência e/ou autonomia ou que se encontrem em risco (Despacho Diário da República (106/98); Bonfim, Garrido, Saraiva e Veiga, 1996). A

institucionalização nestes estabelecimentos tem como um dos seus objetivos oferecer cuidados satisfatórios às necessidades das pessoas mais velhas (Bonfim et al., 2006).

Por outro lado, o acolhimento familiar para pessoas idosas, consiste no alojamento com famílias consideradas capazes que apresentam inexistência de circunstâncias familiares e/ou carência ou ausência de respostas sociais, pelas quais não possam habitar no seu domicílio (Carta Social, 2007).

Já os centros de convívio são uma resposta social ao nível local que visam o apoio de um conjunto de atividades de carácter social, recreativo e cultural dinamizadas para a população idosa com a sua participação ativa (Carta Social, 2007 e Martins, 2006).

Tal como é descrito na Carta Social (2007), o Centro de Dia consiste numa resposta social, que se baseia num conjunto de serviços que objetivam a manutenção das pessoas no seu meio (social e familiar). Por outro lado, o Centro de Noite tem como intuito o acolhimento durante a noite. Este prioriza idosos independentes que por diversas situações (e.g. solidão ou insegurança) carecem de apoio e companhia durante o período noturno (Carta Social, 2007).

Por fim, e segundo a mesma fonte, o apoio domiciliário consiste na prestação de cuidados personalizados e detalhados no domicílio das pessoas idosas e respetivas famílias, por auxiliares e/ou familiares, quando existe doença ou outro tipo de fator que impeçam o idoso de satisfazer as suas necessidades básicas ou realizar a sua rotina diária.

Tendo em conta as diferentes tipologias de respostas sociais, importa perceber o impacto dos mesmos na vida do idoso. Assim, a institucionalização pode ser vista como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de internamento de pessoas idosas em lares, casas de repouso e afins, onde recebe assistência. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, que mostram como a pessoa idosa sente e vive o ambiente institucional. Cardão (2009).

Tal como refere Carmo (pag<sup>a</sup>12; 2012) “um dos sentimentos que se apodera da pessoa idosa institucionalizada é o de “exclusão”, a possível mágoa por se sido abandonado e a crença de que é um peso para a família.

Segundo Costa (1999) a necessidade de os lares terem uma perspetiva diferente, da institucionalização para que, a pessoa idosa não seja retirada simplesmente do seu mundo social e seja colocado numa instituição sem respeitar as suas características individuais, incapacitando assim o que ainda de criativo persiste naquele ser humano (Costa, 1999, citado por Lourenço, 2014).



“Estas instituições devem promover á pessoa idosa uma participação ativa na vida quotidiana evitando desta forma a monotonia” (Lourenço, 2014). Tal como refere Netto (1996) não é só necessário manter o idoso limpo, alimentado adequadamente com todos os nutrientes e promover-lhe o seu repouso, é necessária uma abordagem holística (Lourenço, 2014).

Tal como é referido por Cardão (2009), por forma a potenciar o contínuo bem-estar do idoso, evitando interações insatisfatórias ou experiências indutoras de frustração elevada, a preservação e a potencialização das capacidades individuais assumem uma extrema importância na institucionalização, ou experiências.

### **Bem-estar Subjetivo**

O bem-estar subjetivo pode ser definido pela avaliação que o sujeito faz da sua vida, quer em termos cognitivos, a satisfação com a sua própria vida, quer em termos afetivos, reações emocionais que incluem afeto positivo e negativo, variando de indivíduo para indivíduo (Patil, Itagi, Khadi e Havaladar, 2013).

Ao longo do tempo, a ciência tem-se debruçado sobre o bem-estar subjetivo na população geral. Os estudos indicam que as pessoas idosas, de um modo geral, tendem a experimentar maiores níveis de bem-estar subjetivo embora experienciem mais perdas funcionais, sociais e de saúde (Jivraj, Nazroo, Vanhoutte e Chandola, 2014).

Por outro lado, para além da população geral, também a população idosa institucionalizada tem sido alvo de estudos no que respeita à caracterização da mesma em função do bem-estar subjetivo. Estes surgem com o objetivo de comparar a população que se encontra institucionalizada com a população idosa que se encontra a residir nas suas habitações sendo que os resultados apontam para a presença de bem-estar subjetivo em ambas as populações (Patil, et al. 2013; Ferreira, 2016). Ainda assim, existem algumas diferenças encontradas em diversos estudos entre estes dois tipos de população. Alguns destes demonstram a presença de um maior bem-estar subjetivo na população idosa institucionalizada (Böckerman, Johansson e Saarni, 2012). Segundo estes autores este facto poderá estar associado à fragilidade de idosos que ainda que necessitem de cuidados de uma instituição não têm a possibilidade de serem institucionalizados (devido por exemplo a sobrelotação das instituições).

Deste modo, e tendo em conta as diferenças no bem-estar subjetivo entre os indivíduos, torna-se importante perceber quais os fatores que podem influenciar a avaliação de bem-estar dos mesmos, nomeadamente ás pessoas idosas. Estudos demonstram que a presença de doenças crónicas não transmissíveis (por exemplo, hipertensão, diabetes) bem como a ausência de cônjuge e de apoio social apresentam um impacto considerável no bem-estar

subjetivo, influenciando de forma direta aspetos como a aceitação e o crescimento pessoal (Escalona, Legrá, Laffita, Leyva e Perez, 2016). O apoio social assume um importante papel no bem-estar subjetivo dos idosos, sendo que, segundo uma revisão da literatura, quanto maior o apoio social maior o nível de bem-estar subjetivo (Rocha, Oliveira & Elia da Mota, 2017).

McCullough, Heubner, e Laughlin (2000) (citado em Galinha, 2005) consideram o BES um modelo tripartido criado por três elementos interrelacionados mas distintos: Contentamento com a Vida Global (avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo), o Afeto Positivo e o Afeto Negativo.

Segundo Silva e Heleno (2012), o afeto positivo e o afeto negativo são definições de um estado emocional sendo o afeto positivo comparado com sentimentos agradáveis, como prazer e entusiasmo, e o afeto negativo comparado a emoções repugnantes tais como ansiedade, desgosto, derrotismo e angústia. Na mesma linha de pensamento, Diener (1995) (citado em Scorsolin-Comin & Santos, 2012), considera que o afeto positivo é um conteúdo hedônico puro experimentado num determinado instante como um estado vigilante, de inspiração e de atividade. É um sentimento transitivo de prazer ativo. Por oposição, o afeto negativo refere-se a um estado de distração envolvimento não prazeroso, também transitório, mas que inclui emoções desagradáveis.

Para Crawford e Henry (2004 como citado em Costa, 2013), emoções como a satisfação, confiança e felicidade são preditores de afeto positivo, por outro lado, a solidão, a tristeza e a culpa transparecem o afeto negativo. (Ferreira, 2016)

### **Bem-Estar Espiritual**

Por outro lado, também a espiritualidade assume um papel importante no bem-estar subjetivo do idoso uma vez que o envelhecimento se encontra associado à espiritualidade em vários aspetos, tendo esta associação um impacto quer na forma como se envelhece quer nos cuidados até ao fim da vida (Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Narsi & Nacif, 2011).

A espiritualidade é uma prática universal que abrange o domínio existencial e a essência do que é ser humano; não é sinónimo de uma doutrina religiosa, mas pode ser encarada como uma filosofia do indivíduo, de valores e de sentido da vida. É uma qualidade inata do ser humano, que promove bem-estar, saúde e estabilidade. Está relacionada com a essência da vida e associa-se com assuntos espirituais, diferentes de algum meio material; produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé, fornecendo um significado para a

vida ( Nascimento,et.al (2013)).

Tal com é definido no dicionário a espiritualidade é uma característica ou qualidade daquilo que é a espiritualidade da alma. Tudo o que possa demonstrar ou ter fundamento religioso e espiritual. Que possui ou revela elevação, transcendência; sublimidade.( Dicionário Porto Editora, 1998).

Para além da definição de espiritualidade, importa definir a compreender o conceito de bem-estar espiritual.

Segundo Marques (2003), o bem-estar espiritual corresponde à abertura do indivíduo para *“a dimensão espiritual que permite a integração da espiritualidade com outras dimensões da vida, maximizando o seu potencial de crescimento e autorrealização”* (pp. 57). Também neste sentido, para Fisher (1999), e tal como é referido por Gouveia, Pais-Ribeiro e Marques (2008), o bem-estar subjetivo surge como uma forma de estar mais dinâmica refletindo-se na qualidade das relações estabelecidas pelo indivíduo em diversas dimensões da sua vida: na relação consigo próprio, na relação com os outros, na relação com o próprio ambiente que o rodeia e na relação com o que transcende o domínio humano (algo ou Alguém).

A espiritualidade assume importância na vida da pessoa idosa uma vez que apresenta uma relação com a qualidade de vida (Cruz, 2012; Saleem & Khan, 2015). Ao longo da vida, a espiritualidade vai assumindo um papel cada vez mais importante na vida do indivíduo (Saleem & Khan, 2015). Esta surge como um facto comprovado não só por estudos correlacionais mas também por estudos com base nas conceções das próprias pessoas idosas. Estes reconhecem a importância da espiritualidade nas suas vidas, associando-a à capacidade de lidar com aspetos como perdas e dificuldades inerentes ao processo de envelhecimento (Chaves & Gil, 2014). Assim, idosos que apresentam espiritualidade, mesmo face a situações mais stressantes como a institucionalização, apresentam mais emoções positivas, comparativamente com pessoas idosas que não apresentam espiritualidade (Marcoen, 1994; (Vitorino e Vianna, 2010).

### **Sintomatologia Depressiva**

A depressão em idosos pode influenciar perda de autonomia e o agravamento de quadros patológicos preexistentes (Irigaray & Schneider, 2007).

Segundo Forlenza (2000) “Os idosos com sintomatologia depressiva que apresentam défices cognitivos como parte da síndrome depressiva, têm risco aumentado em situação evolutiva para demência, mesmo aqueles que obtêm remissão dos sintomas demenciais após o tratamento com sucesso relativamente à depressão”.

O risco de depressão aumenta em pessoas sêniores que estão institucionalizadas quando comparadas com as pessoas que vivem no seio da sua família. A hospitalização e a institucionalização, geram muitas vezes o medo de não regressarem às suas habitações e da aproximação da morte. Mesmo na presença de bons cuidados médicos e sociais muitas pessoas idosas acabam por ter um período de longevidade mais curto, quando institucionalizadas (Puwac, 1995).

A depressão está relacionada com sentimentos de solidão e pauta-se por sentimentos negativos, perceção negativa da própria experiência do idoso e ainda pela falta/déficé de relações sociais.(Simões,2001)

## **Sono**

O sono é um estado fisiológico complexo, que ocorre de maneira cíclica e requer uma integração cerebral completa, durante a qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais (Rodríguez-Barrionuevo, Rodríguez-Vives & Bauzano-Poley, 2000 citado por Gelb, Neto, Wainberg & Nunes, 2003).

O sono é essencial para a conservação de energia, adaptação ecológica, função neuro cognitiva, plasticidade neural, sistema nervoso, saúde física e desempenho, exercendo um papel importante na homeostasia (Barone e Krieger, 2015; Quinhones & Gomes, 2011). A alteração dos padrões de sono, quer em termos de quantidade quer em termos de qualidade, poderá acarretar problemas psicológicos, comprometimento da função imunológica e prejuízo no desempenho físico, aumentando assim a vulnerabilidade do organismo da pessoa. (Tavares,2006).

O processo de envelhecimento parece trazer modificações na quantidade e qualidade do sono. As pessoas de idade avançada reportam queixas relacionadas com o sono, com alterações que podem originar ou agravar doenças e problemas sociais. Cerca de 70% das pessoas idosas institucionalizadas apresentam alterações do sono com impacto negativo na sua qualidade de vida (Gelb, Neto, Wainberg & Nunes, 2003).

Assim, torna-se muito importante aprofundar o conhecimento sobre as alterações do sono no processo de envelhecimento explorando as suas consequências e quais as doenças que se desenvolvem concomitantemente (Quinhones & Gomes, 2011).

## Objetivos

São nossos objetivos:

- 1 – Explorar de forma descritiva a amostra segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, problemas de saúde, ser religioso e praticar uma religião) e as variáveis dependentes bem-estar subjetivo, sintomas depressivos, sono e bem-estar espiritual);
- 2 - Verificar quais as variáveis sociodemográficas que estão relacionadas com a afetividade positiva e negativa com a satisfação com a vida, na sintomatologia depressiva, com a qualidade subjetiva do sono e com o bem-estar espiritual;
- 3 – Explorar a relação entre a afetividade positiva e negativa, a satisfação com a vida, a sintomatologia depressiva, a qualidade subjetiva do sono e o bem-estar espiritual.

## Materiais e Métodos

### Participantes

A população-alvo do nosso estudo era constituída por pessoas idosas institucionalizadas (Lar e Centro de Noite), semi-institucionalizados (Centro de Dia) da Região de Coimbra. A amostra do nosso estudo foi constituída por pessoas idosas institucionalizados da zona de Coimbra.

Dos sujeitos avaliados, fizeram parte da amostra 81 pessoas idosas institucionalizadas. A grande parte da amostra foi constituída por pessoas idosas do sexo feminino ( $N = 58$ ; 71,6%), com idades compreendidas entre os 54 e os 97 anos ( $M = 78,01$ ;  $DP = 19,21$ ). A maioria dos sujeitos eram viúvos (63,0%) e apresentavam uma escolaridade relativamente baixa ou ausente, aparentando um nível médio de escolaridade de 2,67 anos ( $M = 2,67$ ;  $DP = 1,63$ ). No que respeita à profissão prévia, a globalidade, referiu ter exercido uma profissão de carácter manual (67,9%), nomeadamente, a agricultura. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas detalhadamente na Tabela 1. Foram incluídas todas as pessoas que aceitaram participar neste estudo uma vez que têm características representativas desta população.

Os sujeitos mais novos ( $n=6$ ) não foram excluídos uma vez que frequentavam uma instituição dirigida a pessoas mais velhas e possuem características representativas deste tipo de população como o facto de ser reformado, o analfabetismo e a excessiva dependência para as atividades diárias.

**Tabela 1***Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 81)*

		<i>n</i>	%
<b>Sexo</b>	Masculino	23	28,4
	Feminino	58	71,6
<b>Idade</b> ( <i>M</i> = 78,01; <i>DP</i> = 19,21)	54 - 78	25	30,9
	80 - 97	53	65,4
<b>Estado civil</b>	Casado	10	12,3
	Solteiro	9	11,1
	Divorciado/Separado	11	13,6
	Viúvo	51	63,0
<b>Escolaridade</b> ( <i>M</i> = 2,67; <i>DP</i> = 1,63)	Analfabetos	15	18,5
	1º Ciclo	43	53,1
	2º Ciclo	3	3,7
	3º Ciclo	4	4,9
	Ensino Secundário	6	7,4
	Ensino Superior	10	12,3
<b>Profissão</b>	Manual	55	67,9
	Intelectual	25	30,9

*Notas.* *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos.

Seguindo a ordem das questões sobre fatores de saúde (Tabela 2), a maioria dos idosos afirma ter um problema de saúde ( $N = 78$ ; 96,3), sobretudo problemas de artroses ( $N = 43$ ; 46,9%). No que respeita à funcionalidade, mais de metade da amostra apresenta uma boa funcionalidade. Relativamente à religião, 91,5% dos sujeitos professa uma religião, sendo esta a católica.

**Tabela 2***Caracterização da Saúde, Funcionalidade e Religião da Amostra (N = 81)*

		<i>n</i>	%
<b>Tem Problemas de Saúde</b>	Sim	78	96,3
	Não	3	3,7
<b>Tipo de Problemas</b>	AVC	21	25,9
	Artroses	43	46,9
	Bronquite	14	17,3
	Colesterol	23	28,4
	Tumores	4	4,9
	Cefaleias	8	9,9
	Ansiedade	8	9,9
	Problemas Cardíacos	17	21,0
	Artrites	20	24,7
	Diabetes	17	21,0
	Hipertensão	10	12,3
	Depressão	12	14,8
	Incontinência	8	9,9
	Dores	19	23,5
<b>Funcionalidade</b>	Vestir Sozinho	65	80,2
	Banho Sozinho	52	64,2
	Medicação Sozinho	60	74,1
	WC Sozinho	72	88,9
	Telefone Sozinho	54	66,7
	Compras Sozinho	16	19,8
	Passear Sozinho	12	14,8
	Assuntos Pessoais Sozinho	6	7,4
<b>É Religioso</b>	Sim	77	95,1
	Não	4	4,9
<b>Pratica a Religião</b>	Sim	63	77,8
	Não	14	17,3

*Notas. M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos.*

## Procedimentos

O presente estudo insere-se no Projeto “Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga. Para a recolha da amostra da presente investigação foram contactadas cinco Instituições dirigidas a pessoas de idade avançada do concelho de Coimbra.

Todas as instituições foram contactadas numa primeira fase via e-mail com o objetivo de apresentar o presente estudo. Numa segunda fase foram marcadas reuniões com cada uma das instituições a fim de apresentar o protocolo que posteriormente seria aplicado. Sendo as instituições as seguintes; Casa Dos Pobres de Coimbra, Ateneu, Associação Nacional de Apoio ao Idoso, Casa Do Juiz e Centro de Dia Nossa Senhora de Lurdes.

Este protocolo foi constituído por cinco instrumentos, um questionário sociodemográfico e um respetivo consentimento informado. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQp); a Escala Geriátrica da Depressão (GDS), Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS); Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS); Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI (PSQI)). Depois das autorizações aprovadas, a recolha dos dados decorreu entre Junho de 2017 e Novembro de 2017.

Explicaram-se os objetivos do estudo a cada pessoa idosa que de seguida preencheram os consentimentos informados não tendo havido nenhuma recusa. Durante a recolha, a investigadora monitorizou e apoiou as pessoas idosas que demoraram entre 1 a 2h a completar o protocolo.

## Instrumentos

**Questionário Sociodemográfico.** Este questionário, constituído por quatro secções, foi elaborado com o objetivo de recolher informações específicas relativas a cada sujeito. A primeira secção, correspondente às variáveis sociodemográficas, engloba aspetos como o sexo, idade, estado civil, tempo de institucionalização, escolaridade e profissão prévia. A segunda secção abrange as variáveis relacionadas com a saúde em idosos (e.g., “*Tem algum problema de saúde?*”). A terceira secção retrata as variáveis respeitantes à funcionalidade dos sujeitos (e.g., “*Veste-se sozinho?*”); e por último, a quarta secção compreende as informações referentes às crenças religiosas dos sujeitos (e.g., “*Professa alguma religião?*”).

**Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS;** Watson, Clark e Tellegen, 1988; tradução e adaptação de Simões, 1993; validação para a população idosa portuguesa de Costa, 2013). A PANAS foi construída com o objetivo de avaliar a componente afetiva (afetividade positiva e negativa) e o bem-estar subjetivo. A versão original desta escala contém 20 itens, dez dos quais avaliam o afeto positivo e os outros dez o afeto negativo (Watson et al., 1988). A



versão portuguesa utilizada neste estudo é composta por 22 itens, em que 11 avaliam o afeto positivo (afetividade positiva – 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19 e 21) e os outros 11 avaliam o afeto negativo (afetividade negativa – 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20 e 22) (Costa, 2013). As perguntas que compõem esta escala são respondidas numa escala de resposta do tipo Likert, em que a possibilidade de resposta varia entre 1 (“muito pouco ou nada”) e 5 pontos (“muitíssimo”), tendo em conta a última semana (Watson et al., 1988). No que respeita à consistência interna da PANAS, Costa (2013) constatou um alfa de Cronbach de 0,79 para a subescala afetividade positiva e de 0,84 para a subescala afetividade negativa. No presente estudo, os valores de consistência interna foram de 0,82 para a subescala afetividade positiva e de 0,75 para a subescala afetividade negativa.

***Escala de Satisfação com a Vida*** (SWLS; Diener, Emmons, Larsen e Griffins, 1985; validação para a população idosa portuguesa de Costa, 2013). Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida (Diener et al., 1985). A versão utilizada neste estudo é composta por cinco itens, respondidos numa escala do tipo *Likert* de cinco pontos (1 – discordo muito; 2 – discordo um pouco; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo um pouco; 5 – concordo muito), na qual se solicita ao sujeito que avalie a sua vida no geral. A pontuação final é calculada pela soma dos valores obtidos em cada um dos itens (Simões, 1992). No que respeita à consistência interna da SWLS, Costa (2013) verificou um alfa de Cronbach de 0,76. No presente estudo, o valor de consistência interna foi de 0,74.

***A Geriatric Depression Scale*** (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer, 1982/1983; tradução em português e organização de Barreto, Leuschner, Santos e Sobral, 2007). A GDS é um instrumento utilizado para avaliar a presença de sintomas depressivos nos idosos e é considerada a escala de rastreio mais completa no que respeita à avaliação desta população (Yesavage et al., 1983). Trata-se de uma escala de autorresposta constituída por 30 questões de resposta dicotómica (1 “Sim”; 0 “Não”), na qual têm de ser respondidas tendo em conta a última semana. A pontuação total pode variar entre 0 e 30 pontos. Deste modo, por cada resposta “sim” nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 e 28 e por cada resposta “não” nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se um ponto (Yesavage et al., 1983). Uma pontuação entre 0 e 10 pontos indica ausência de depressão, entre 11 e 20 pontos corresponde a depressão ligeira e entre 21 e 30 pontos equivale a depressão grave (Barreto et al., 2007). No presente estudo, o valor de consistência interna foi de 0,84.

**Pittsburgh Sleep Quality Index** (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman e Kupfer, 1989; versão Portuguesa Ramalho, 2008). Este questionário foi desenvolvido para avaliar a qualidade e as dificuldades do sono que são comumente observadas entre idosos. O PSQI inclui 14 perguntas de autorresposta e 5 perguntas de resposta breve. As perguntas do PSQI referem-se à hora habitual de deitar, à hora habitual de levantar, aos minutos levados para adormecer e às dificuldades relacionadas com o sono. Dos 14 itens de autorresposta, 7 são derivados das componentes do sono: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, perturbações do sono, utilização de medicação para dormir e insónia diurna. Cada componente tem uma pontuação que varia de 0 a 3 pontos. A pontuação global é feita através da soma dos 7 componentes e pode variar entre 0 e 21 pontos. Um resultado de 0 pontos indica que não existem dificuldades no sono e uma pontuação de 21 indica dificuldades graves em todos domínios do sono avaliados. A análise de confiabilidade do PSQI revelou um alfa de 0,83 sugerindo que a escala possui um alto grau de consistência interna. No presente estudo, o valor de consistência interna foi de 0,65.

**Questionário de Bem-estar Espiritual** (SWBQp; Gomez e Fisher, 2003; versão portuguesa de Gouveia, Marques e Pais-Ribeiro, 2009). O SWBQp é um questionário de autorresposta constituído por 20 itens que avaliam o Bem-Estar espiritual dos sujeitos. Incorpora quatro dimensões constituídas pelos seguintes itens: *pessoal* (5 - identidade pessoal, 9 - autoconsciência, 14 - alegria na vida, 16 - paz interior e 18 - sentido para a vida); *comunitária* (1 - amor pelos outros, 3 - bondade para com os outros, 8 - confiança nos outros, 17 - respeito pelos outros e 19 - generosidade com os outros); *ambiental* (4 - ligação com a natureza, 7 - admiração da paisagem, 10 - união com a natureza, 12 - harmonia com o ambiente e 20 - magia na natureza); e *transcendental* (2 - relação com Deus, 6 - admiração pela criação, 11 - união com Deus, 13 - paz com Deus e 15 - vida de meditação ou oração) (Gomez et al., 2003). Neste questionário é pedido ao sujeito que indique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal atual. Os itens são pontuados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que varia entre 1 (“muito pouco”) e 5 (“muitíssimo”). A pontuação é obtida através da média das respostas obtidas aos itens de cada subescala, no entanto, também é possível obter-se a pontuação global do SWBQp que resulta da adição das subescalas. Deste modo, as pontuações mais elevadas correspondem a níveis maiores de Bem-Estar espiritual (Gouveia et al., 2009). No que respeita à consistência interna da versão portuguesa do SWBQp, foi encontrado um alfa de Cronbach global de 0,88. Relativamente às quatro dimensões, a subescala pessoal obteve um alfa de Cronbach de 0,75, a subescala comunitária de 0,74, a subescala ambiental de 0,84 e a subescala transcendental de 0,89 (Gouveia et al.,

2009). No presente estudo, o valor de consistência interna da escala global foi de 0,83. Para a subescala pessoal obteve-se um alfa de Cronbach de 0,57, para a subescala comunitária de 0,63, para a subescala ambiental de 0,77 e para a subescala transcendental de 0,88.

### Análise estatística

Para o tratamento e a análise estatística dos dados obtidos recorremos ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 25.0 para Windows, SPSS, 2012). Foi testada a normalidade da amostra, verificando a presença de outliers. Após a verificação da normalidade da distribuição e respectiva normalização dos dados, optou-se pela utilização de estatísticas paramétricas. Nas variáveis dependentes foi utilizado o teste T de Student para amostras independentes e anova, por forma a ser possível de fazer comparação entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas, o teste T de Student foi utilizado para comparar diferenças entre dois grupos, por exemplo sexo, a anova foi utilizada para ver se existem diferenças entre três ou mais grupos, em variáveis como a escolaridade e o estado civil. A relação entre as variáveis foi realizada através do Q quociente de Pearson, para variáveis dependentes. Utilizou-se o valor de 0,005 com um nível de significância estatística.

### Resultados

**Tabela 3**

*Intensidade dos Afetos Positivos e Negativos, da Satisfação com a Vida, da Depressão, da Qualidade do Sono e da Espiritualidade em Idosos Institucionalizados (N = 81)*

Instrumentos	M	DP	Mín	Máx
PANAS Negativo	16,27	4,26	11	29
PANAS Positivo	31,06	7,73	11	44
SWLS	18,94	4,06	8	25
GDS	12,65	6,02	2	25
PITTSBURGH	9,11	2,61	4	15
Espiritualidade Total	75,98	6,07	56	91
Espiritualidade Pessoal	15,39	1,69	10	19
Espiritualidade Comunitária	15,36	1,82	11	20
Espiritualidade Transcendental	16,28	2,57	4	21

Notas. M = Média; DP = Desvio Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo.

Na população idosa estudada os analfabetos apresentam maior nível de afetividade positiva (PANAS Positivo), como é demonstrado pelo resultado ( $M = 36,20$ ;  $DP = 5,52$ ), com uma diferença estatisticamente significativa.

Na população idosa em estudo o sexo masculino apresenta um maior nível de afetividade positiva (PANAS Positivo), como é demonstrado pelo resultado ( $M = 32,22$ ;  $DP = 7,48$ ), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa, apresenta um tamanho de efeito pequeno.

Os idosos do sexo masculino apresentam um maior nível de satisfação com a vida (SWLS), como é demonstrado pelo resultado ( $M = 19,57$ ;  $DP = 3,84$ ), sem diferença estatisticamente significativa mas com tamanho de efeito pequeno.

A afetividade na componente negativa, ou seja, o Panas Negativo é superior nos idosos mais novos como é demonstrado pelo resultado ( $M = 17,04$ ;  $DP = 3,86$ ), embora sem diferença estatisticamente significativa, com tamanho de efeito pequeno.

Por fim na população idosa estudada os sujeitos com profissões manuais apresentam mais sintomatologia depressiva como é demonstrado pelo resultado ( $M = 13,22$ ;  $DP = 5,82$ ), sem diferença estatisticamente significativa mas com tamanho de efeito pequeno.

*Comparação dos Afetos Positivos e Negativos, da Satisfação com a Vida, da Depressão e da Qualidade do Sono entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas (N = 81)*

		Instrumentos									
		PANAS Neg		PANAS Pos		SWLS		GDS		Pittsburgh	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo	Masculino	15,09	4,20	32,22	7,48	19,57	3,84	12,43	6,20	8,47	2,98
	Feminino	16,67	4,06	30,60	7,84	18,69	4,16	12,74	5,99	9,36	2,43
<i>t Student (t; d)</i>		(0,85 <sup>NS</sup> ; -0,39)		(1,57 <sup>NS</sup> ; 0,21)		(0,87 <sup>NS</sup> ; 0,22)		(0,21 <sup>NS</sup> ; -0,05)		(1,38 <sup>NS</sup> ; -0,34)	
Idade	54-78	17,04	3,86	30,72	7,07	18,48	4,03	12,76	5,50	9,12	2,86
	80-97	15,79	4,11	30,72	7,89	18,94	4,09	12,91	6,25	9,19	2,54
<i>t Student (t; d)</i>		(1,28 <sup>NS</sup> ; 0,31)		(0,002 <sup>NS</sup> ; 0,00)		(0,47 <sup>NS</sup> ; -0,11)		(0,10 <sup>NS</sup> ; -0,02)		(0,11 <sup>NS</sup> ; -0,03)	
Estado civil	Solteiro	16,89	5,53	30,00	9,59	16,78	5,17	13,78	5,91	8,56	2,70
	Casado	16,60	5,21	31,50	8,57	19,40	3,20	9,80	6,55	8,30	2,21
	Divorciado	15,45	3,62	30,73	9,55	18,55	5,02	13,18	7,00	9,00	3,38
	Viúvo	16,20	3,84	31,24	7,01	19,31	3,77	12,90	5,73	9,39	2,51
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,23 <sup>NS</sup> ; 0,009)		(0,08 <sup>NS</sup> ; 0,003)		(1,07 <sup>NS</sup> ; 0,04)		(0,91 <sup>NS</sup> ; 0,03)		(0,65 <sup>NS</sup> ; 0,02)	
Escolaridade	Analfabeto	15,67	4,78	36,20	5,52	20,40	3,11	12,00	5,39	9,40	3,36
	1º Ciclo	16,26	3,50	31,12	7,56	18,58	4,26	13,02	6,25	8,70	2,22

	2º Ciclo	13,67	1,16	28,00	4,36	21,67	4,93	8,33	1,53	8,33	3,06
	3º Ciclo	20,50	4,51	28,50	3,00	17,50	1,92	16,50	6,61	10,50	1,00
	Ens. Secundário	17,00	5,06	24,50	8,17	17,17	3,92	10,83	5,15	11,33	3,14
	Ens. Superior	15,50	5,13	29,00	9,43	19,10	4,70	12,90	6,94	8,80	2,57
ANOVA ( $F$ ; $\eta^2$ )		(1,26 <sup>NS</sup> ; 0,08)		(2,80 <sup>*</sup> ; 0,16)		(1,06 <sup>NS</sup> ; 0,07)		(0,81 <sup>NS</sup> ; 0,05)		(1,48 <sup>NS</sup> ; 0,09)	
Profissão	Manual	16,42	3,91	31,04	7,25	18,73	3,94	13,22	5,82	9,25	2,41
	Intelectual	15,76	4,71	31,16	8,99	19,60	4,31	11,56	6,47	8,80	3,08
$t$ Student ( $t$ ; $d$ )		(0,65 <sup>NS</sup> ; 0,16)		(0,07 <sup>NS</sup> ; -0,02)		(0,89 <sup>NS</sup> ; -0,21)		(1,14 <sup>NS</sup> ; 0,28)		(0,65 <sup>NS</sup> ; 0,17)	

Notas.  $M$  = Média;  $DP$  = Desvio Padrão;  $F$  = ANOVA;  $t$  = teste  $t$  de Student;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados);  $d$  =  $d$  de Cohen.

\*  $p < 0,05$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

O índice de sintomatologia depressiva (GDS) na população idosa da amostra estudada é superior quando esta apresenta problemas de saúde como é demonstrado pelo resultado ( $M = 12,74$ ;  $DP = 5,94$ ), com tamanho de efeito pequeno.

O índice de qualidade do sono (Pittsburg) este é superior na população idosa da amostra estudada quando não existem problemas de saúde como mostra o resultado ( $M = 8,33$ ;  $DP = 4,04$ ), com tamanho de efeito pequeno.

No que diz respeito a quem pratica uma religião tem um nível de afetividade positiva (PANAS) elevada como mostra o resultado em causa ( $M = 32,49$ ;  $DP = 7,18$ ), com um tamanho de efeito grande.

Na população idosa da amostra estudada quem pratica uma religião tem uma satisfação com a vida (SWLS) superior como demonstra o resultado ( $M = 19,35$ ;  $DP = 4,07$ ), com um tamanho de efeito médio.

Na população idosa da amostra estudada que não pratica uma religião, tem um maior índice de qualidade de sono como demonstra o resultado ( $M = 10,64$ ;  $DP = 2,56$ ).

Na população idosa da amostra estudada quem é religioso apresenta um maior nível de sintomatologia depressiva (GDS) como demonstra o resultado ( $M = 12,71$ ;  $DP = 6,02$ ), sem significância estatística, mas com tamanho de efeito pequeno.

A qualidade de sono (PSQI) variou de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em função de se ser religioso, com pontuações mais elevadas nos sujeitos que são religiosos, ou seja, apresentam pior qualidade de sono, como demonstra o resultado ( $M = 9,25$ ;  $DP = 2,59$ ) e com um tamanho de efeito grande.

**Tabela 5**

*Comparação dos Afetos Positivos e Negativos, da Satisfação com a Vida, da Depressão e da Qualidade do Sono entre os Grupos Definidos pelas Variáveis de Saúde e Religião (N = 81)*

		Instrumentos									
		PANAS Neg		PANAS Pos		SWLS		GDS		Pittsburgh	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Problemas de Saúde	Sim	16,29	4,17	30,96	7,57	18,88	4,03	12,74	5,98	9,14	2,57
	Não	14,33	2,89	33,67	13,05	20,33	5,69	10,33	7,77	8,33	4,04
<i>t Student (t; d)</i>		(0,80 <sup>NS</sup> ; 0,47)		(0,59 <sup>NS</sup> ; -0,35)		(0,60 <sup>NS</sup> ; -0,36)		(0,68 <sup>NS</sup> ; 0,40)		(0,52 <sup>NS</sup> ; 0,31)	
É Religioso	Sim	16,26	4,08	31,10	7,72	18,95	4,04	12,71	6,02	9,25	2,59
	Não	15,50	5,80	30,25	9,18	18,75	5,12	11,50	6,61	6,50	1,29
<i>t Student (t; d)</i>		(0,36 <sup>NS</sup> ; 0,18)		(0,21 <sup>NS</sup> ; 0,11)		(0,09 <sup>NS</sup> ; 0,05)		(0,39 <sup>NS</sup> ; 0,20)		(2,10 <sup>*</sup> ; 1,08)	
Prática a Religião	Sim	16,13	4,11	32,49	7,18	19,35	4,08	12,32	6,08	8,94	2,51
	Não	16,86	4,06	24,86	7,14	17,14	3,46	14,50	5,64	10,64	2,56
<i>t Student (t; d)</i>		(0,60 <sup>NS</sup> ; -0,18)		(3,60 <sup>***</sup> ; 1,06)		(1,88 <sup>NS</sup> ; 0,56)		(1,23 <sup>NS</sup> ; -0,36)		(2,29 <sup>*</sup> ; -0,67)	

Notas. M = Média; DP = Desvio Padrão; F = ANOVA; t = teste t de Student;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); d = d de Cohen.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

As pessoas idosas com o ensino secundário possuem pontuações mais elevadas no bem-estar espiritual transcendental, tendo variado de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ;  $M = 17,33$ ;  $DP = 2,89$ ).

**Tabela 6**

*Comparação do bem-estar Espiritual entre os grupos Definidos Pelas Variáveis Sociodemográficas (N=81)*

Bem-Estar Espiritual			
Total	Pessoal	Comunitária	Transcendental

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Sexo</b>	Masculino	74,61	7,58	15,52	1,70	15,32	2,05	15,01	4,15
	Feminino	76,60	4,84	15,34	1,70	15,41	1,58	16,79	1,30
<i>t Student (t; d)</i>		(1,17 <sup>NS</sup> ; -0,35)		(0,50 <sup>NS</sup> ; 0,11)		(0,18 <sup>NS</sup> ; -0,05)		(1,53 <sup>NS</sup> ; -0,73)	
<b>Idade</b>	54-78	76,20	7,21	15,50	1,65	15,50	2,17	16,58	2,47
	80-97	75,79	5,16	15,26	1,73	15,30	1,52	16,12	2,69
<i>t Student (t; d)</i>		(0,25 <sup>NS</sup> ; 0,07)		(0,52 <sup>NS</sup> ; 0,14)		(0,42 <sup>NS</sup> ; 0,11)		(0,64 <sup>NS</sup> ; 0,18)	
<b>Estado civil</b>	Solteiro	75,89	6,64	16,13	1,21	15,47	2,00	15,04	4,24
	Casado	76,70	7,95	15,40	1,47	15,20	1,71	16,82	2,03
	Divorciado	76,00	7,48	15,95	1,95	15,62	2,40	16,33	3,13
	Viúvo	75,94	4,86	15,15	1,72	15,35	1,53	16,39	2,15
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(0,05 <sup>NS</sup> ; 0,002)		(1,50 <sup>NS</sup> ; 0,05)		(0,12 <sup>NS</sup> ; 0,004)		(0,50 <sup>NS</sup> ; 0,03)	
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	77,53	5,95	15,73	1,84	15,31	2,08	16,59	1,67
	1º Ciclo	76,58	5,11	15,39	1,47	15,49	1,58	16,60	2,19
	2º Ciclo	73,67	4,73	16,47	0,58	14,80	2,65	13,00	4,02
	3º Ciclo	72,25	3,10	13,55	2,06	15,55	0,50	15,55	0,90
	Ens. Secundário	76,33	9,52	15,50	1,79	15,50	2,56	17,33	2,89
	Ens. Superior	73,50	6,31	15,26	2,18	15,08	1,46	15,12	4,08
ANOVA ( <i>F</i> ; $\eta^2$ )		(1,12 <sup>NS</sup> ; 0,07)		(1,36 <sup>NS</sup> ; 0,08)		(0,17 <sup>NS</sup> ; 0,01)		(2,92 <sup>*</sup> ; 0,11)	
<b>Profissão</b>	Manual	76,22	5,55	15,37	1,61	15,33	1,78	16,43	2,20
	Intelectual	75,60	6,43	15,43	1,92	15,52	1,61	15,95	3,30
<i>t Student (t; d)</i>		(0,44 <sup>NS</sup> ; 0,11)		(0,37 <sup>NS</sup> ; -0,04)		(0,45 <sup>NS</sup> ; -0,11)		(0,74 <sup>NS</sup> ; 0,190)	

Notas. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; *t* = teste *t* de Student;  $\eta^2$  = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *d* = *d* de Cohen.

\*  $p < 0,05$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

Na amostra estudada quem não apresenta problemas de saúde apresenta um nível de Bem-estar Espiritual Global mais elevado como demonstra o resultado ( $M=80,00$ ;  $DP=3,00$ ), com tamanho de efeito pequeno.

Dentro do parâmetro avaliado do Bem-Estar Espiritual na vertente Transcendental este é mais elevado na população idosa que não apresenta problemas de saúde como demonstra o resultado ( $M=17,40$ ;  $DP=1,039$ ).

Dentro dos parâmetros de quem professa religião e do bem-estar Espiritual a população idosa do estudo em causa que professa uma religião apresenta um Bem-estar Espiritual elevado como mostra o resultado ( $M=76,95$ ;  $DP=5,566$ ).

Quem pratica religião na população idosa da amostra em causa apresenta um elevado bem-estar Espiritual Pessoal como mostra o resultado ( $M=15,51$ ;  $DP=1,758$ ), com um tamanho de efeito pequeno.

Por fim no que diz respeito ao bem-estar Espiritual na vertente Transcendental este é elevado na população idosa que pratica uma religião como mostra o resultado ( $M=16,81$ ;

$DP = 1,37$ ), com um tamanho de efeito pequeno, embora este resultado não seja estatisticamente significativo.

O Bem-Estar Espiritual na vertente Transcendental (SWBQp) é superior em quem é religioso como mostra o resultado ( $M = 16,70$ ;  $DP = 1,45$ ) variando de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) e com um tamanho de efeito muito grande

Na população idosa estudada o Bem-Estar Espiritual Global (SWBQp) é superior em quem é religioso como mostra o resultado ( $M = 76,55$ ;  $DP = 5,42$ ), variando de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) e com um tamanho de efeito muito grande.

Na população idosa estudada o Bem-Estar Espiritual Global (SWBQp) é superior em quem pratica uma religião como mostra o resultado ( $M = 76,95$ ;  $DP = 5,57$ ), sem variação estatisticamente significativa, mas com um tamanho de efeito pequeno.

**Tabela 7**

*Comparação do Bem-Estar Espiritual entre os Grupos Definidos pelas Variáveis de Saúde e Religião (N = 81)*

		Bem-Estar Espiritual							
		Total		Pessoal		Comunitária		Transcendental	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Problemas de Saúde	Sim	9,14	2,57	15,37	1,71	15,35	1,74	16,24	2,60
	Não	8,33	4,04	16,13	1,16	16,13	0,58	17,40	1,04
<i>t Student (t; d)</i>		(0,52 <sup>NS</sup> ; 0,31)		(0,78 <sup>NS</sup> ; -0,45)		(0,77 <sup>NS</sup> ; -0,45)		(1,23 <sup>NS</sup> ; -0,45)	
É Religioso	Sim	76,55	5,42	15,41	1,68	15,40	1,70	16,70	1,45
	Não	66,25	2,99	15,10	2,13	15,10	2,27	8,30	5,75
<i>t Student (t; d)</i>		(3,75 <sup>***</sup> ; 1,93)		(0,37 <sup>NS</sup> ; 0,18)		(3,37 <sup>NS</sup> ; 0,17)		(3,96 <sup>***</sup> ; 4,64)	
Prática a Religião	Sim	76,95	5,57	15,51	1,76	15,44	1,72	16,81	1,37
	Não	74,71	4,45	14,94	1,23	15,20	1,63	16,19	1,70
<i>t Student (t; d)</i>		(1,41 <sup>NS</sup> ; 0,42)		(1,48 <sup>NS</sup> ; 0,34)		(0,48 <sup>NS</sup> ; 0,14)		(1,22 <sup>NS</sup> ; 0,43)	

Notas. M = Média; DP = Desvio Padrão; t = teste t de Student; d = d de Cohen.

\*\*\*  $p < 0,001$ ; <sup>NS</sup> Não significativo.

Verificaram-se correlações entre altas a moderadas entre os dois tipos de Afeto (Positivo e Negativo) e a Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), a Qualidade do Sono (PSQI) e a subescala Pessoal do Bem-Estar Espiritual (SWBQp). Especificamente, o PANAS negativo correlacionou-se de forma negativa com a SWLS e com a Espiritualidade Pessoal e o PANAS positivo correlacionou-se de forma negativa com o GDS e com o Pittsburgh.

A SWLS apresentou correlações altas a moderadas com a GDS, com a Qualidade do Sono e com a subescala Pessoal do Bem-Estar Espiritual. As correlações negativas ocorreram entre a SWLS e o GDS e a SWLS e o Pittsburgh.



A *Depressão Geriátrica* correlacionou-se de forma alta a moderada com a *Qualidade do Sono* e com a subescala *Pessoal* do Bem-Estar Espiritual, sendo esta última uma correlação negativa.

A *Qualidade do Sono* correlacionou-se de forma negativa e moderada com a subescala *Pessoal* do Bem-Estar Espiritual.

Por último, a Espiritualidade Total correlaciona-se com as suas sub-escalas de forma moderada a alta.

**Tabela 8**

*Correlações de Pearson entre a Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS), a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) e o Questionário sobre o Bem-Estar Espiritual (SWBQp) (N = 81)*

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. PANAS Negativo	—	-0,12	<b>-0,43**</b>	<b>0,44**</b>	<b>0,36**</b>	-0,14	-0,06	<b>-0,41**</b>	-0,03
2. PANAS Positivo		—	<b>0,48**</b>	<b>-0,52**</b>	<b>-0,33**</b>	0,28*	0,20	0,42	0,13
3. SWLS			—	<b>-0,57**</b>	<b>-0,38**</b>	0,29	0,25*	<b>0,52**</b>	0,03
4. GDS				—	<b>0,33**</b>	-0,28*	-0,11	<b>-0,49**</b>	-0,13
5. Total PSQI					—	0,01	-0,05	<b>-0,31**</b>	0,11
6. Total Espiritualidade						—	<b>0,69**</b>	<b>0,66**</b>	<b>0,82*</b>
7. Esp. Comunitária							—	<b>0,42**</b>	<b>0,38*</b>
8. Esp. Pessoal								—	<b>0,42*</b>
9. Esp. Transcendental									—

Notas. PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; SWLS = Satisfaction with Life Scale; GDS = Geriatric Depression Scale; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; SWBQp = Spiritual Well-being Questionnaire. A negrito foram destacadas as correlações moderadas e altas.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## Discussão/ Conclusão

Quanto aos dados descritivos neste estudo, e no que respeita ao sexo, a maior parte dos sujeitos é do sexo feminino. O estado civil dos participantes da amostra é maioritariamente

viúvo e, quanto à escolaridade, possuem o 1º Ciclo. A sua profissão foi uma profissão do tipo manual, referem ter problemas de saúde, são crentes numa religião e praticam a mesma. Relativamente às variáveis em estudo, as pessoas analfabetas apresentam maior nível de afetividade positiva, estes resultados contrariam os estudos de Costa (2013) e Correia (2013) que concluíram que pessoas idosas com escolaridade são os que têm mais afetos positivos. Na amostra de pessoas de idade avançada em estudo, o sexo masculino apresenta um maior nível de afetividade positiva e satisfação com a vida, estes resultados estão em consonância com outros estudos (Daig et al., 2009) que concluíram que são os homens idosos os mais satisfeitos com a vida.

Na afetividade, a componente negativa é superior pessoas séniores mais novas. Estes resultados não vão ao encontro dos estudos de Costa (2013) e Correia (2013) que não encontraram diferenças na afetividade negativa para a variável idade.

As pessoas séniores com profissões manuais apresentam mais sintomatologia depressiva, estes resultados não são corroborados pelo estudo de Vicente e colaboradores (2014) que não encontrou associação entre o tipo de profissão e a sintomatologia depressiva. Visto que as pessoas séniores com profissões manuais, como estas são mais repetitivas. Logo não são intelectualmente estimulantes. A profissão intelectual parece proteger os sujeitos relativamente ao défice cognitivo, pois promove uma maior reserva cognitiva. A investigação aponta que existe associação entre défice cognitivo e sintomatologia depressiva, suportando os nossos resultados que nos permitiram confirmar que profissões prévias do tipo intelectual tem menos sintomatologia depressiva( Forlenza,2000).

O índice de sintomatologia depressiva na amostra estudada é superior quando esta apresenta problemas de saúde. A depressão tem consequências graves, incluindo sofrimento dos pacientes e cuidadores, piora da incapacidade associada à doença física e aos problemas cognitivos, aumento dos custos dos cuidados de saúde e mortalidade aumentada relacionada ao suicídio e à doença física (Pinho,2007).

No que diz respeito à qualidade do sono, esta é superior quando não existem problemas de saúde. Com a idade avançada, as pessoas sofrem alterações endócrinas, neurológicas e fisiológicas que, por sua vez, levam ao declínio gradual do humor e ao aumento da sensibilidade afetiva (Vaz, 2009), mas também a alterações do sono, agravadas por distúrbios específicos, problemas médicos, farmacológicos, sociais e psicológicos (Camara e Camara, 2006).

Na amostra estudada, quem pratica uma religião tem um nível de afetividade positiva elevado e uma satisfação com a vida (SWLS) superior. Fry (2003), concluiu que a religiosidade era um preditor significativo para o bem-estar em pessoas idosas. No entanto,

para as pessoas institucionalizadas esta relação foi muito elevada. Resultados semelhantes revelaram que a religiosidade é um preditor significativo para bem-estar subjetivo. Além disso, em outro estudo, concluiu-se que a religiosidade foi positivamente relacionada à satisfação com a vida (Fry et al 2003).

Neste estudo, a espiritualidade representou um papel fundamental na vida da população sénior em praticantes da sua religiosidade. Sabe-se que espiritualidade e religiosidade são dimensões que podem beneficiar o conforto, a harmonia, podem proporcionar alívio, além de favorecer a prática de valores como a fé, a crença e o amor. Ainda, a espiritualidade pode ser considerada como um recurso para sensibilizar o enfrentamento de situações de vida adversas. (J Pain Symptom Manage, 2010). Logo como a população senior têm um elevado nível de religiosidade, e costuma rezar orações antes de adormecer logo tem um maior nível de conforto antes de adormecer.

A afetividade negativa correlacionou-se de forma negativa com a satisfação com a vida e com a Espiritualidade Pessoal. Diener e Chan (2011) concluíram que o aumento da vida a satisfação melhorará a duração e a qualidade de vida das pessoas séniores. Da mesma forma, Nelson (2012), postula que o bem-estar espiritual desempenha um papel importante na criação de significado e bem-estar geral dos idosos. A este respeito, os resultados deste estudo indicam que as intervenções devem ser destinadas a promover e facilitar a promoção do bem-estar espiritual e satisfação na população sénior para melhorar sua satisfação com a vida. Como mencionado anteriormente, mais recursos são necessários para cuidar da crescente população idosa (Bergman *et al.*, 2013).

A afetividade positiva correlacionou-se de forma negativa com sintomatologia depressiva e com a qualidade do sono. Vários estudos mostram evidência de enviesamentos da memória nos processos da depressão, sendo uma das questões mais evidentes a preferência na recordação de memória associada a estímulos negativos em oposição aos positivos (Wells, Beevers, Robinson, & Ellis, 2010). Já Tran (2008), Hertel e Brozovich (2010), suportam a ideia de que os indivíduos com Depressão Major apresentam uma memória com facilitação da informação negativa que pode estar associada ao papel dos processos de ruminação no processo da memória na depressão e afetar a regulação emocional. A sintomatologia depressiva está relacionada com menos afeto positivo estando a privação do sono também comprometida.

A escala de satisfação com a vida correlaciona-se com a qualidade do sono, isto é quanto a maior a qualidade do sono maior a satisfação com a vida. No estudo de Paudel e colaboradores (2008), com o recurso a atigrafia, homens (com mais de 65 anos) com um

nível mais elevado de sintomatologia depressiva apresentavam maior probabilidade de ter uma latência do sono superior a uma hora (indicando insónia inicial). Logo as pessoas séniores que têm um pior índice de sono têm a sua satisfação diminuí.

Quanto maior a sintomatologia depressiva, pior a qualidade do sono. Para além das mudanças na arquitetura do sono e ritmo circadiano, outros fatores contribuem para as perturbações do sono na população idosa, nomeadamente: demência, depressão, outras condições médicas (i.e, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes), dor, polimedicação, condições para dormir (i.e, luz, temperatura, ruído, companhia no quarto), fatores psicossociais (i.e, luto, dificuldades financeiras), fatores institucionais e ambientais (Bliwise, 2000; Barczi, 2008; Neikrug & Ancoli-Israel, 2010). Assim, a sintomatologia depressiva está relacionada com a privação do sono.

Quanto maior a qualidade do sono, maior o nível de bem-estar espiritual, não existindo, no entanto, relação com a religiosidade.

Neste estudo, a espiritualidade representou um papel fundamental na vida da população sénior. Sabe-se que a espiritualidade pode beneficiar o conforto, a harmonia, e proporcionar alívio, além de favorecer a prática de valores como a fé, a crença e o amor. Ainda, a espiritualidade pode ser considerada como um recurso para sensibilizar o enfrentamento de situações de vida adversas. (John Pain Symptom, 2010). Logo a população sénior tem um elevado nível de espiritualidade tem uma maior qualidade do sono.

Na amostra estudada, quem não pratica uma religião, tem um pior índice de qualidade de sono. As pessoas religiosas apresentam melhor qualidade de sono, quando comparadas com as pessoas menos religiosas, o que está de acordo com as conclusões do estudo de Hill, Deangelise e Ellisson (2018), que adiantam como possível explicação o facto de estas pessoas apresentarem menos *distress*, menor consumo de substâncias e menor exposição a situações de *stress* e um funcionamento fisiológico, no que diz respeito ao sistema nervoso autónomo (hipotálamo-pituitária-adrenal, sistema cardiovascular e imunitário), mais saudável. Quem professa religião apresenta um Bem-estar Espiritual mais elevado. Nas pessoas de idade avançada, em contexto institucional, a avaliação da religiosidade e do bem-estar espiritual pode oferecer informações importantes sobre a forma lidam com os desafios da vida relacionados ao envelhecimento.

É de salientar a existência de algumas limitações no nosso estudo. Uma das limitações é a quantidade reduzida de estudos acerca da relação entre o funcionamento emocional, qualidade do sono e bem-estar espiritual e pessoas seniores institucionalizados. Outra das limitações do nosso estudo é o facto deste estudo ter sido só realizado na zona Centro de

Coimbra. Para investigação futura seria importante alargar este tipo de investigação a outras regiões do País e investigar também estas variáveis em idosos não institucionalizados.

Com este estudo conclui-se que quem professa uma religião tem um Bem-estar Espiritual mais elevado. E que as pessoas seniores estudadas tendo um bem-estar espiritual mais elevado tem um pior nível de sono.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2007). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Em Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Livro de Escalas e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 65-67). Lisboa: Novartis.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. e Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
- Costa, A. B. O. (2013). *Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. e Grifflins, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Gomez, R. e Fisher, J. W. (2003). Domains Of Spiritual Well-Being And Development And Validation Of The Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975-1991. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00045-X
- Gouveia, M. J., Marques, M. e Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão Portuguesa Do Questionário De Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise Confirmatória Da Sua Estrutura Factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma Escala de Satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres?. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27(3), 387-404.
- Watson, D., Clark, L. A. e Tellegan, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. e Leirer, V. O. (1982/1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

S.Monica Regina , T Valente, R Monica, P Anita, N Liberalesso(1998/1999) Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores *Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non-caregivers*, dOI: 10.1590/1413-81232014198.13952013

Janoff-Bulman, R., & Marshall, G. (1982). Mortality, well-being, and control: A study of a population of institutionalized aged. *Personality & Social Psychology Bulletin*

Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(8), 895-911. doi:10.1080/01612840802182938

Watson D , Clark L, Anna.(2002) Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depressive Disorders, *Journal of Abnormal Psychology* 1988, Vol. 97, No. 3, 346-333

Isaacowitz1 D. M. Isaacowitz1,Jacqui Smith Positive and Negative Affect in Very Old Age (2008) , *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES by The Gerontological Society of America* 2003, Vol. 58B, No. 3, P143–P152

F V Filomena, E-S Helena, C, Diana, S. Fabiana, Costa M, Martins S , Torres-Pena Inês, P(Pascoal), Rodrigues F, Pinto A, Moitinho S, Guadalupe Sónia, Testa V. H, Laura Lemos. (2014) Estudo longitudinal dos factores associados á evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Longitudinal study of factors associated with the development of depressive symptoms in institutionalized elderly*  
DOI: 10.1590/0047-2085000000039

O,Forlenza (2010), Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento  
*Depressive disorders in Alzheimer's disease: diagnosis and treatment*  
Departamento de Psiquiatria da FMUSP e Laboratório de Neurociências (LIM-27). Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Luciana R, L. Patricia,(2015) Elderly institutionalization and depression, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 33 (2012) 109 – 113 doi:10.1016/j.sbspro.2012.01.093

Frade,J Barbosa, P;C. Susana; Carla Nunes **Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados**, Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals .

Costa, A. (2005). A depressão nas pessoas idosas portuguesas. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 159-176). Lisboa: Climepsi.

Cristovão, M. R. (1997). *Percepção do Enfermeiro no Cuidado ao Idoso*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica.

Fernandes RMF. O sono normal. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006; 39 (2): 157-168.

Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*. 2007; 176(9):1299-304.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Successful aging: paths for a constructand new frontiers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.27, p.795-807, out./dez. 2008.

Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32; 126-140. Recuperado em 20, fevereiro, 2018, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>

Neves, G, Mariana(2017). Spiritual well-being, depressive and anxious symptoms in the elderly Institutionalized.(master`sthesis).Retrieved from <http://www.ismtrepositório.pt>