



INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos



*INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL, BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E
ANSIOSOS, SAÚDE MENTAL E FÍSICA EM
IDOSOS EM LAR E CENTRO DE DIA*

ANDREIA VANESSA DOMINGUES PEREIRA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2015



INTELIGÊNCIA ESPIRITUAL, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO,
SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS, SAÚDE MENTAL
E FÍSICA EM IDOSOS EM LAR E CENTRO DE DIA

ANDREIA VANESSA DOMINGUES PEREIRA

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

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques
Professora Auxiliar Convidada, Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, Julho de 2015

AGRADECIMENTOS

Que ingrato seria não agradecer a todos os que, direta ou indiretamente, tornaram possível a concretização deste projeto. Não está em causa apenas esta investigação, mas todo o meu percurso académico. Todos os momentos bons, todo o conhecimento adquirido, toda a ansiedade, todas as frustrações e tristezas,... Bem, tudo o que senti ao longo destes cinco anos permitiu-me, desculpem o cliché, “crescer” e tornar-me uma pessoa mais tolerante, uma melhor versão de mim mesma. Tal não seria possível sem o apoio de todos os meus amigos e família e sem a partilha de saberes dos meus professores. Um especial obrigado a:

★ Prof.^a Dra. Mariana Marques, por ter dedicado tanto de si a mim e ao meu projeto, por tudo o que me ensinou e toda a ajuda prestada.

★ Ao Cristiano, por ser a pessoa maravilhosa que é. Por todo o carinho e apoio que tem dado e até mesmo por todas as vezes que ralhou comigo para eu fazer um esforço extra.

★ À Joana, pois tudo o que faço, faço-o para me tornar um melhor modelo para ti.

★ À Tânia, porque, mesmo longe, nunca me deixou desistir, por me pôr um sorriso nos lábios e por ser a melhor amiga que alguém poderia ter.

★ A todos os idosos e profissionais do centro de social e dos dois lares por terem tornado possível (e divertida) esta investigação.

O conhecimento é uma ferramenta e, como todas as ferramentas, o seu impacto está nas mãos de quem o usa

– Dan Brown

RESUMO

Introdução: Em Portugal e internacionalmente é limitado o número de estudos sobre inteligência espiritual (IE) e sobre a sua associação com vários correlatos psicológicos em idosos. A IE pode ter um papel relevante na forma como estes enfrentam os desafios associados ao envelhecimento. Assim, foram nossos objetivos analisar os níveis de IE, bem-estar psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, saúde mental e física em idosos que frequentam instituições em Lar ou Centro de Dia e explorar as associações existentes entre todas estas variáveis (e com algumas variáveis sociodemográficas) na mesma amostra.

Métodos: 65 idosos ($M = 83,46$; $DP = 6,65$; sexo feminino, $n = 46$; 70,8%) preencheram voluntariamente a Escala de Inteligência Espiritual Integrada, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (avalia saúde física e mental), a Escala de Ânimo (avalia bem-estar psicológico), a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica.

Resultados: 80% e 84% dos idosos percecionou a sua saúde física e mental, respetivamente, como insatisfatória; 56,9% e 64,6% apresentaram, respetivamente, eventual depressão e eventual ansiedade. A *Consciência* (IE) associou-se positivamente com as *Atitudes face ao envelhecimento* (bem-estar psicológico) e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos. O *Significado* (IE) associou-se positivamente com as *Atitudes face ao envelhecimento* e pontuação total de bem-estar psicológico; e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos e ansiosos, com a pontuação total e com a dimensão *Solidão/Insatisfação* do bem-estar psicológico. A pontuação total de IE correlacionou-se positivamente com as *Atitudes face ao envelhecimento* e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos. Idosos a residir em Lar apresentaram valores inferiores de *Graça* e superiores de *Significado* (IE), sintomas depressivos e ansiosos.

Conclusão: Mostrou-se preocupante a prevalência de saúde física e mental insatisfatórias e de eventual depressão e ansiedade. Níveis maiores de IE (e de algumas das suas dimensões) associaram-se a níveis menores de sintomas depressivos e ansiosos e maiores de bem-estar psicológico. Tal parece revelar a importância de promover junto de idosos institucionalizados a IE.

Palavras-chave: idosos; inteligência espiritual; sintomas depressivos e ansiosos; saúde mental e física; bem-estar psicológico.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, as internationally, the number of studies about spiritual intelligence (SI) and its association with several psychological correlates is limited in the elderlies. Spiritual intelligence can have a relevant role in the way the elderlies face the challenges associated with aging. Therefore, our purposes were to explore the levels of spiritual intelligence, psychological well-being, depressive and anxious symptoms, and mental and physical health in a sample of elderlies attending a nursing home or a social center; and to explore associations between all these variables in the sample (as well as with some sociodemographic variables).

Methods: 65 senior citizens ($M = 83,46$; $SD = 6,65$; female, $n = 46$; 70,8%) voluntarily filled in the Integrated Spiritual Intelligence Scale, the Older Americans Resources and Services (evaluates physical and mental health), the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (evaluates the psychological well-being), the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory.

Results: 80% and 84% of the aged citizens perceived their physical and mental health, respectively, as unsatisfactory; 56,9% and 64,6% had, respectively, a possible depression and anxiety. *Conscience* (SI) was positively associated with *Attitudes towards aging* (psychological well-being) and negatively with the total score of depressive symptoms. *Meaning* (SI) was positively associated with *Attitudes towards aging* and the total score of psychological well-being; and negatively correlated with the total score of depressive and anxious symptoms, the total score and the dimension *Solitude/Dissatisfaction* of psychological well-being. The total score of SI was positively correlated with *Attitudes towards aging* and negatively with the total score of depressive symptoms. The elderlies living in nursing homes showed lower values of *Grace* and higher values of *Meaning* (SI), depressive and anxious symptoms.

Conclusion: It's concerning the prevalence of unsatisfactory physical and mental health and eventual depression and anxiety. Higher levels of SI (and of some of its dimensions) were associated with less depressive and anxious symptoms and higher psychological well-being. The results seem to reveal the importance of promoting SI in the institutionalized elderly.

Key-words: elderly/aged citizens, spiritual intelligence, depressive and anxious symptoms, physical and mental health, psychological well-being.

1.INTRODUÇÃO

Envelhecimento/Velhice

A diminuição do índice de natalidade associada ao aumento da esperança média de vida têm contribuído para o envelhecimento populacional, sobretudo nos países desenvolvidos (Almeida, Leitão, e Silva, 2012). Como tal, constata-se o incremento da população idosa. A World Health Organization [WHO] (2002) define idoso como todo o indivíduo com mais de 60 anos e, segundo dados da Pordata, em 2013 a percentagem nacional de idosos correspondia a 19,6%.

O envelhecimento acarreta mudanças na vida da pessoa, tanto a nível biológico como psicoemocional, forçando-a a reavaliar os ganhos e perdas da sua vida (Almeida et al., 2012). Alguns dos problemas e stressores com que o idoso se pode deparar são o sentimento de inutilidade, depressão, solidão, aflição, angústia e dependência física e/ou psicossocial que, por sua vez, também afetam a saúde dos idosos (Almeida et al., 2012), assim como a perda da beleza, diminuição do rendimento devido à aposentadoria, perda do vigor da juventude, aparecimento de doenças crónicas e hospitalização (Duarte e Wanderley, 2011). Verifica-se, também, a iminência da morte que poderá afetar o seu companheiro, parentes, amigos, ou a si próprio (Duarte, Lebrão, Tuono e Laurenti, 2008). Assim, é comum o idoso reavaliar-se, questionando-se quanto à razão da sua existência e ao seu término (Duarte et al., 2008). No seu estudo, Saad, Hatta e Mohamad (2010) concluíram que a espiritualidade desempenha um papel crucial na vida dos idosos.

Espiritualidade

Saad, Masiero e Battistella (2001) definem espiritualidade como uma dimensão promotora de bem-estar que implica a reflexão de questões existenciais (significados e propósitos) e que não está diretamente relacionada com o corpo ou com a mente, transcendendo o mundo quotidiano, sendo onde a pessoa se conecta a algo “maior” que si própria. Assim, inclui os seguintes atributos: transcendência, ligação, intencionalidade e valores (Pais-Ribeiro e Pombeiro, 2004).

Como tal, a espiritualidade não tem, necessariamente, de incluir uma prática religiosa formal (Reed, 1991, cit. in Saad et al., 2001). Porém, espiritualidade e religiosidade são, muitas vezes, tomadas como sinónimos (Sharma, Charak e Sharma, 2009), o que é incorreto, sendo imperativo distingui-las. Etimologicamente, a palavra espiritualidade deriva do latim *spiritualitas* que significa golfada de ar, enquanto a palavra religião provém do latim *religare* que significa voltar a ligar, unir ou vincular (Araújo et al., 2008; Pais-Ribeiro e Pombeiro,

2004). Ainda a propósito desta distinção, Vieira (2009) realizou entrevistas semiestruturadas a idosos brasileiros, questionando o que significavam, para eles, os dois conceitos. Defenderam que a religiosidade recorre às normas da Igreja para manter a ordem social e que a espiritualidade é uma perspectiva própria do mundo ou um contacto com o sagrado, permitindo a consciência de si próprio.

Duarte e colaboradores (2008) definem religiosidade como a tendência natural de cada pessoa para o transcendente. Esta é ditada por um conjunto de características comportamentais, sociais, doutrinárias e de valores particulares de um grupo, ao qual é imposto um sistema de culto e doutrina (Saad et al., 2001), fazendo a ponte entre o mundo térreo e o sagrado (Araújo et al., 2008). A religiosidade serve-se, então, de espaços sagrados, cerimónias de culto, pedidos de purificação, preces (Araújo et al., 2008), crenças, práticas e guias de atuação comuns a um grupo (Sharma et al., 2009). Contrariamente, a espiritualidade não depende de sistemas religiosos (Gutz e Camargo, 2013). Esta está mais voltada para o espaço interno do sujeito (Sharma et al., 2009), sendo um meio de procura de um sentido para a vida (Gutz e Camargo, 2013) e de obtenção de paz e esperança face as adversidades da vida (Pais-Ribeiro e Pombeiro, 2004). Exige a ligação a um poder maior que poderá ser, por exemplo, Deus (Gall, Malette, e Guirguis-Younger, 2011, cit. in Gutz e Camargo, 2013). Segundo Sharma e colaboradores (2009), uma mesma pessoa pode possuir religiosidade e espiritualidade em simultâneo ou apenas uma delas. Estas podem levar a uma maior sensação de bem-estar, pois dão sentido às experiências de vida da pessoa, ajudam-na a lidar com as dificuldades e a atribuir um significado às questões pessoais e espirituais (Vivat, 2008).

Inteligência espiritual

Longe vai o tempo em que a inteligência era encarada como uma capacidade intelectual geral (“fator g”). Gardner (2011) introduziu a Teoria das Inteligências Múltiplas, segundo a qual o ser humano não possui uma inteligência geral, mas antes um conjunto de aptidões, talentos e habilidades mentais, aos quais denominou “inteligências”.

Atualmente existem várias concepções de inteligência espiritual (IE) sendo que a maior parte inclui, em comum, a capacidade de transcendência que, por sua vez, permite um aprofundamento do conhecimento de si próprio relativamente ao mundo imaterial (e.g. Emmons, 2000; Vaughan, 2002) Porém, foi Emmons (2000) o primeiro a propor para debate a existência desta inteligência. De acordo com o autor, existem cinco características centrais nos indivíduos espiritualmente inteligentes: capacidade para a transcendência; habilidade para entrar em estados espirituais superiores de consciência; habilidade para investir nas

atividades diárias, eventos e relações com uma sensação do sagrado; habilidade para utilizar recursos espirituais para resolver problemas; e capacidade para adotar um comportamento virtuoso (e.g. demonstrar perdão e ser humilde). Ainda segundo Emmons (2000), “enquanto propriedade dinâmica das pessoas, a IE fornece contexto interpretativo para negociar as demandas da vida diária” (p. 20).

De acordo com Stead e Stead (2014) esta inteligência é a usada para resolver problemas relacionados com o valor e significado e permite transportar o comportamento e vida humanos para um contexto mais alargado de significado, para além de incluir a capacidade de transcendência e de integrar dois outros tipos de quocientes: o da inteligência e o emocional. A conceção de IE que adotamos no nosso estudo é a de King (2008, cit. in King e DeCicco, 2009, p.69), segundo a qual a mesma diz respeito a um...

Conjunto de capacidades mentais que contribuem para a consciência, integração e aplicação adaptativa dos aspetos não materiais e transcendentais da existência de um indivíduo, levando a tais resultados como uma reflexão existencial profunda, aumento de significado, reconhecimento de um self transcendente e domínio de estados espirituais.

Emmons (2000) defende que as competências espirituais poderão ser adquiridas e desenvolvidas, havendo, como referem King e DeCicco (2009), alguma evidência do seu surgimento na infância, sendo que depois a tendência é para atingir o seu expoente máximo na velhice (no entanto, tal não impede que possa ser atingido antes). Por outro lado, poderão haver diferenças no grau de desenvolvimento das características da IE entre indivíduos (Vaughan, 2002). Do mesmo modo, não é estável ao longo do tempo, podendo haver períodos (e.g. de dificuldade ou conflito) em que aumenta exponencialmente ou ser usada apenas parte do total de IE de que a pessoa dispõe (Ronel, 2008).

IE e variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e local de residência)

Segundo temos conhecimento, não existem muitos estudos, a nível internacional e (sobretudo) nacional, que tenham estudado a IE em idosos, bem como a associação desta com diferentes variáveis sociodemográficas. Apresentamos, no entanto, algumas das evidências existentes a este nível, ainda que alguns estudos apresentem resultados contraditórios.

Relativamente à IE, Saad e colaboradores (2010) num estudo com seniores, verificaram que os idosos obtiveram valores mais altos de IE e saúde geral do que as idosas. Já Jorge (2012) na validação da versão portuguesa da escala EIEI (usada neste estudo), ainda que com sujeitos entre os 14 e os 81 anos, apurou valores mais elevados na pontuação total de IE e nas

subescalas “ *coping religioso e espiritual*” e “*missão*”, em mulheres. Neste estudo, a IE aumentou com a idade, sendo os valores mais altos os da faixa etária dos 41 a 81 anos. Kaheni, Heidar-Fard e Nasiri (2013) num estudo com idosos verificaram que aqueles com idades superiores a 70 anos e casados apresentavam maior IE. Contrariamente, no estudo de Jain e Purohit, em 2006, com idosos, não foram encontradas diferenças ao nível da IE entre homens e mulheres. Estes autores (2006) verificaram, também, que não existe associação entre IE e o local de residência (viver em casa comparativamente a viver em lares).

IE, saúde física e mental, sintomas depressivos/depressão, sintomas de ansiedade/ansiedade e bem-estar psicológico nos idosos

Tal como acontece com as variáveis sociodemográficas, segundo sabemos, não existem muitos estudos internacionais e nacionais que tenham estudado, em idosos, a associação entre a IE (sem considerar estudos com idosos hospitalizados) e variáveis como: saúde física e mental, sintomas depressivos/depressão, sintomas de ansiedade/ansiedade e bem-estar psicológico.

Saad et al. (2010) numa amostra de idosos verificou que a maioria dos entrevistados evidenciou uma boa saúde geral e 97% percecionou possuir uma elevada IE. No estudo de validação da EIEI, Jorge (2012) constatou que uma pior saúde geral associou-se a valores superiores de *Coping religioso e espiritual* e inferiores de *Graça*.

Segundo Straub (2005) a saúde física relaciona-se com a vitalidade do corpo, ausência de doenças, presença de sistemas imunológico e cardiovascular funcionais e capacidade de recuperar de ferimentos. Segundo o autor, a saúde física depende do estilo de vida adotado (uso de drogas, consumo de tabaco,...). Segundo Duarte e colaboradores (2008), a espiritualidade e a saúde física correlacionam-se positivamente, com a primeira a permitir a redução da morbidade e mortalidade. Numa amostra de estudantes universitários, Heravi-Karimooi, Rejeh e Nia (2014) encontraram uma associação significativa entre IE e saúde física, sugerindo que o desenvolvimento da primeira pode aumentar a última.

A saúde mental é definida pela WHO (2014) como um estado de bem-estar que permite usar as habilidades possuídas, ser-se produtivo, enfrentar stressores e contribuir para a sociedade, não se restringindo à ausência de perturbações mentais. Caracteriza-se por nitidez do pensamento, autoestima, bem-estar, criatividade e capacidade de resolução de problemas (Straub, 2005).

Nos estudos de Heravi-Karimooi e colaboradores (2014) e de Charkhabi, Mortazavi, Alimohammadi e Hayati (2014) uma maior IE traduz, ainda que em amostras de estudantes

(universitários e do ensino secundário, respetivamente) uma maior saúde mental. Zamani e Hajializadeh (2015), numa amostra de adultos com esclerose múltipla, demonstraram que o desenvolvimento da IE (através de uma intervenção) desempenha um papel positivo na promoção da saúde mental. Porém, o estudo de Ghasemi-Pirbalouti, Ahmadi, Alavi-Eshgftaki e Alavi-Eshgftaki (2014), com funcionários de uma empresa, não encontrou associações entre IE e saúde mental.

Para Lawton (1984, cit. in Paúl, 1992), o bem-estar psicológico é um dos quatro componentes constituintes do bem-estar subjetivo. De acordo com o autor, o bem-estar psicológico compreende o afeto positivo e negativo, a congruência entre aspirações e realizações, e a felicidade. Por outro lado, para Ryff (1989, cit in. Siqueira, 2010) o bem-estar psicológico é constituído pelas seguintes dimensões: autoaceitação, relacionamento positivo, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal que, juntas, permitem dar resposta aos desafios do dia-a-dia. O bem-estar psicológico desencadeia emoções positivas e satisfação com a própria vida e na relação com os outros, podendo influenciar positivamente os contextos familiar, educacional, profissional, entre outros (Zamani e Hajializadeh, 2015). Subramaniam e Panchanatham (2014) realizaram um estudo com diretores executivos, verificando uma relação significativa e positiva entre a IE e o bem-estar geral.

A ansiedade descreve um sentimento de apreensão que surge quando um indivíduo antecipa perigo perante uma situação que percebe como ameaçante, embora possa ser real ou imaginado, e interno ou externo à pessoa, não tendo, necessariamente, que ser algo patológico, estando esta decisão dependente, por exemplo, da intensidade e duração dos sintomas (Pereira, 2007). Alguns dos vários sintomas que poderão aparecer são: taquicardia, nervosismo, insegurança, dores, tremores e asfixia (Pereira, 2007). Koszycki, Raab, Aldosary e Bradwejn (2010) aplicaram, a adultos, um programa de intervenção baseado na espiritualidade (uma das sessões promovia a IE) para avaliar os seus benefícios na redução da ansiedade em pessoas com perturbação de ansiedade generalizada (gravidade moderada ou grave). O programa reduziu os sintomas de ansiedade e depressão. Charkhabi e colaboradores (2014) também aplicaram um programa de promoção e desenvolvimento da IE (a estudantes com uma média de idades de 14 anos), verificando remissão dos sintomas de ansiedade.

A depressão é um estado que provoca alterações cognitivas e comportamentais no sujeito, tendo como sintomas característicos a apatia, desmotivação e uma atenção seletiva que leva à procura de evidências que comprovem os seus pensamentos automáticos negativos (Fontaine, 2000), bem como crenças de incapacidade, agitação, irritabilidade, fadiga, insónia ou

sonolência, entre outros (Peleteiro, 1998). A intervenção baseada na IE (já referida) de Charkhabi e colaboradores (2014) também pareceu contribuir para a diminuição dos níveis de depressão. Ibrahim (2014) num estudo com idosas concluiu que a IE associada ao suporte social percebido, autoestima e desajustabilidade social, eram variáveis com forte influência no aparecimento (ou não) de depressão. Porém, o estudo não encontrou associação entre a IE isolada e a depressão.

Objetivos

Atendendo ao exposto sobre a importância da IE e tendo em conta a escassez de estudos no nosso país sobre a IE em idosos (e sua importância no processo de envelhecimento) são nossos objetivos, utilizando uma escala validada para a população portuguesa que avalia a IE (EIEI): 1) analisar os níveis de IE, bem-estar psicológico, sintomas de depressão e de ansiedade, saúde mental e saúde física, numa amostra de idosos que frequentam as modalidades de Lar e Centro de Dia; 2) explorar associações da IE com as variáveis referidas, bem como com algumas variáveis sociodemográficas (e.g. modalidade frequentada, estado civil, escolaridade).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Participantes

A amostra é não probabilística, do tipo por conveniência. Como critério de inclusão os idosos tinham de frequentar os lares ou centros de dia escolhidos. Já os critérios de exclusão foram: falhas graves na comunicação e existência de défice cognitivo (avaliado pelas questões preliminares - questionário SPMSQ – do QAFMI). De entre os 65 participantes, a maioria era do sexo feminino ($n = 46$; 70,8%) e sua idade encontrava-se entre os 65 e os 98 anos ($M = 83,46$; $DP = 6,65$). A maioria dos idosos eram viúvos/as ($n = 48$; 73,8%) e sabia ler e escrever, mesmo não tendo escolaridade oficial ($n = 31$; 47,7%), encontrava-se em Lar ($n = 33$; 50,8%), embora uma percentagem muito próxima frequentasse o Centro de Dia ($n = 32$; 49,2%), e estava há menos de 5 anos ($n = 48$; 73,8%) nas respetivas instituições (Tabela 1).

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra

	<i>M (DP)</i>	Intervalo
Idade	83,46 (6,65)	65-98
	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	46	70,8
Masculino	19	29,2
Total	65	100
Estado Civil		
Solteiro/a	3	4,6
Casado/a	12	18,5
Divorciado/a	2	3,1
Viúvo/a	48	73,8
Total	65	100
Escolaridade		
Não sabe ler, nem escrever	25	38,5
Sem escolaridade oficial, mas sabe ler e escrever	31	47,7
1º Ciclo do ensino básico	8	12,3
Ensino Secundário	1	1,5
Total	65	100
Escolaridade categorizada		
Não sabe ler, nem escrever	25	38,5
Sabe ler e escrever (sem escolaridade)+1º ciclo+secundário	40	61,5
Total	65	100
Instituição frequentada		
Lar	33	50,8
Centro de Dia	32	49,2
Total	65	100
Tempo na instituição		
Até cinco anos	48	73,8
Entre seis a 10 anos	11	16,9
Mais de 10 anos	6	9,2
Total	65	100

n = frequência; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; % = percentagem

2.2 Procedimentos

Após a escolha do tema e variáveis a serem estudadas, definiram-se os instrumentos que integrariam o protocolo de investigação: Escala de Inteligência Espiritual Integrada/EIEI, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/QAFMI, Escala de Ânimo/EA, Inventário de Ansiedade Geriátrica/IAG e Escala de Depressão Geriátrica/EDG. Contactaram-se os autores das escalas para obter autorização para a sua aplicação (Apêndice A). As mesmas foram obtidas (Apêndice B). A investigadora reuniu-se com o autor do QAFMI, a convite do mesmo, para discutir a hipótese de apenas serem aplicadas duas das cinco subescalas (as sobre saúde física e mental) e a sua cotação. O autor aceitou a utilização exclusiva destas duas subescalas. A investigadora construiu um questionário sociodemográfico (Apêndice C).

Solicitou-se a autorização das instituições onde seria recolhida a amostra: um lar e um centro de dia do concelho de Pombal, distrito de Leiria; e um lar do concelho de Figueira da Foz, distrito de Coimbra. Foram colocados à disposição das instituições o protocolo de investigação, a declaração de autorização (com os objetivos do estudo, instruções de preenchimento e garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos) (Apêndice D), e o consentimento informado a ser solicitado aos inquiridos, que reforça a natureza voluntária e anónima da participação e a confidencialidade dos dados (Apêndice E). Após a aprovação das instituições, a investigadora iniciou a recolha dos dados. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, individualmente, dada a baixa escolaridade dos participantes. Explicou-se a cada idoso os objetivos do estudo e solicitou-se a assinatura do consentimento informado (através de uma rubrica ou da impressão digital, quando não sabiam escrever). Dado o protocolo ser bastante extenso, dividiu-se a aplicação em três momentos. Atribuiu-se um número de identificação a cada idoso, sendo-lhe facultado um pequeno cartão onde constava o seu número e solicitado que se fizesse acompanhar do mesmo nos momentos de avaliação seguintes (Apêndice F). A aplicação do protocolo decorreu entre 20 de Janeiro e 19 de Março de 2015. Entrevistaram-se 67 idosos mas duas pessoas do sexo feminino foram excluídas, depois de completarem a primeira fase (por falecimento e doença prolongada).

2.3. Instrumentos

2.3.1. Escala de Inteligência Espiritual Integrada/*Integrated Spiritual Intelligence Scale* (EIEI/ISIS, Amram e Dryer, 2008; Jorge, Esgalhado e Pereira, 2012) (Anexo 1)

A EIEI foi validada para a população portuguesa por Jorge (2012). Segundo a autora, a escala procura avaliar a capacidade de interrogação sobre o sentido da vida, de se relacionar com o outro, com o mundo e com uma consciência superior e, ainda, de se relacionar consigo mesmo e com os problemas/conflitos que surgem. A escala original era composta por 83 itens (Amram e Dryer, 2008). Porém, na validação portuguesa a autora Jorge (2012) excluiu os itens cujos “pesos”/*loadings* eram inferiores a 0,45, resultando numa escala final com 32 questões (o último item visa apenas a autoavaliação da sinceridade das respostas), referentes aos últimos 6 a 12 meses, respondidas numa escala de Likert que varia entre 1 (nunca ou quase nunca) a 6 (sempre ou quase sempre).

A EIEI possui as seguintes subescalas: 1) *Coping religioso e espiritual*, referindo-se à capacidade de transcendência e ao uso de recursos espirituais para enfrentar os desafios, problemas e tarefas diárias (e.g., “os meus objetivos e propósitos transcendem o mundo

material”) (itens 2, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 23); 2) *Consciência*, correspondendo à capacidade de experienciar uma consciência ampla, transcendente e pacífica, conferindo intuição e criatividade, permitindo expandir o autoconhecimento e a consciência dos outros (e.g. “encontro maneiras de expressar o meu Eu criativamente.”) (itens 7, 9, 16, 18, 21, 24, 25, 26 e 30); 3) *Graça*, referente à autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, à natureza e aos eventos do dia-a-dia (e.g. “trago um sentimento de alegria às minhas atividades.”) (itens 3, 4, 8, 11, 17 e 20); 4) *Significado*, correspondente à reação à frustração e transcendência do ego, procurando dar um sentido aos acontecimentos e experiências de vida que irão resultar num melhor funcionamento e bem-estar mais elevado (e.g., “ter razão é importante para mim.”) (itens 1, 6, 27 e 28 – itens de cotação invertida) e 5) *Missão*, que avalia a capacidade para entender o trabalho ou profissão como um meio para servir um propósito maior (e.g. “sinto que o meu trabalho é uma expressão de amor”) (itens 5, 29 e 31) (Jorge, 2012). No que toca às características psicométricas, a escala obteve bons valores de consistência interna: alfa de Cronbach/ α da escala total de 0,924; α do fator I de 0,888; α do fator II de 0,861; α do fator III de 0,821; α do fator IV de 0,669; e α do fator V de 0,807. Quanto à estabilidade temporal obteve-se um valor elevado ($r = 0,77$) (Jorge, 2012).

No presente estudo, o α da escala total da EIEI foi de 0,644, estando ligeiramente abaixo daquilo que DeVellis (1991) considera como aceitável. Analisando os fatores da EIEI, observa-se que o fator 3 (*Graça*) foi o único que atingiu um α considerado bom (0,724) (DeVellis, 1991), tendo todos os outros fatores ficado abaixo dos valores aceitáveis (*Coping religioso e espiritual*, $\alpha = 0,568$; *Consciência*, $\alpha = 0,625$; *Graça*, $\alpha = 0,724$; *Significado*, $\alpha = 0,519$; *Missão*, $\alpha = 0,215$).

2.3.5. Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/*Older Americans Resources and Services* (QAFMI/OARS; Fillenbaum, 1988; Rodrigues, 2008) (Anexo 2)

O QAFMI foi validado para Portugal por Rodrigues (2008) e pretende avaliar várias dimensões da funcionalidade no idoso. Segundo o autor é um instrumento que se encontra dividido em duas partes, utilizadas em conjunto ou em separado, e é aplicado sob a forma de entrevista, ainda que com respostas fechadas, não existindo tempo limite de resposta.

A parte A permite a avaliação funcional multidimensional do idoso, a partir das seguintes subescalas: recursos sociais (alíneas 6-14b), recursos económicos (15-30), saúde mental (31-36), saúde física (37-55) e atividades de vida diária (56-70b). Para o cálculo desta escala é tido em conta o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), descrito mais à

frente. Já a parte B avalia a utilização e necessidade percebida de serviços (71.1-71.19c) (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2009). No início da parte A consta o SPMSQ com 10 perguntas preliminares que permite avaliar o défice da função cognitiva. Se o entrevistado errar quatro ou mais questões, o questionário deve ser aplicado a um informante (exceto as questões subjetivas) (Rodrigues, 2008). Depois, seguem-se as diversas escalas referidas. No nosso estudo, os idosos que erraram quatro ou mais questões foram eliminados.

Na parte B, até à questão 71 (mais especificamente, a 71.19c) é o entrevistado que deve responder. As alíneas 73 a 86 são respondidas pelo entrevistador, de acordo com a sua perceção sobre o entrevistado em relação a cada uma das subescalas avaliadas (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2009).

Juntando a informação recolhida na parte A e B, das alíneas 87 a 91 é feita, pelo entrevistador, a classificação de cada uma das subescalas (recursos sociais e económicos, saúde mental e física e atividades de vida diária) de 1 (muito bom) a 6 (totalmente/completamente insatisfatório). Por fim, conjugando a classificação em satisfatória ou insatisfatória de cada uma das cinco subescalas obtém-se um de 32 perfis funcionais (Rodrigues, 2008).

Rodrigues (2008) refere que os clínicos/investigadores podem utilizar apenas as questões específicas de uma dada área. No presente estudo, apenas serão utilizadas as subescalas de saúde física e saúde mental. A escala da saúde mental inclui as questões preliminares do SPMSQ, a avaliação da satisfação com a vida, a avaliação dos sintomas psiquiátricos (pela *Short Psychiatric Evaluation Schedule/SPES*, com 15 alíneas), a autoavaliação da saúde mental atual e a autoavaliação tendo em conta as alterações sentidas nos últimos cinco anos (Rodrigues, 2008). Da escala da saúde física fazem parte itens relativos aos últimos seis meses sobre consultas médicas, dias de incapacidade física, de hospitalização e de internamento noutra instituição de saúde. Esta inclui, ainda, questões sobre a necessidade percebida de consultas médicas, uso de medicamentos no último mês, doenças atuais e respetiva interferência nas atividades diárias, incapacidade física, problemas a nível visual e auditivo, uso e/ou necessidade de dispositivos de apoio e próteses, consumo de álcool proscrito pelo médico, prática de atividade física, autoavaliação da saúde física, comparação do estado de saúde atual com o de há cinco anos, e o impacto dos problemas de saúde nas atividades diárias (Rodrigues, 2008).

Em relação à consistência interna do instrumento, a subescala recursos sociais obteve α de 0,64, a dos recursos económicos de 0,89, a de saúde física de 0,85, a de saúde mental de 0,83

e das atividades de vida diária de 0,91. Relativamente à estabilidade temporal, os valores foram excelentes, variando entre 0,859 e 1,000 (Rodrigues, 2008).

Como no presente estudo apenas se utilizarão as subescalas de *Saúde física* e *Saúde mental* e que não existe um sistema de cotação para estas subescalas isoladas, criou-se um sistema de cotação para cada uma delas em que, para cada questão, a opção de resposta que traduz uma melhor saúde mental/física recebeu o valor zero e a que correspondia à pior saúde mental/física recebeu o valor máximo possível conforme o número de respostas específico da questão (e.g., na questão “como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?”, a opção “ótimo” recebeu zero pontos, a opção “bom” um ponto, “razoável” dois pontos e “mau” três pontos). Assim, quanto maior a pontuação nas subescalas, pior a saúde mental/física.

2.3.2. Escala de Ânimo/*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (EA/PGCMS; Lawton, 1975; Paúl, 1992) (Anexo 3)

A EA validada para a população portuguesa por Paúl (1992) é uma escala multifatorial constituída por 14 itens de resposta do tipo dicotómico (sim/não) que avalia o bem-estar psicológico. Atribui-se um ponto às respostas consideradas de ânimo elevado e zero pontos às de baixo ânimo, sendo que quanto maior a pontuação, maior o bem-estar psicológico do indivíduo (D’Oliveira, 2008). Comparativamente à escala original, a escala portuguesa contém menos três itens (Paúl, 1992). A EA subdivide-se em três fatores: fator I/*Solidão/Insatisfação* (itens 2, 3, 5, 13 e 14) (D’Oliveira, 2008) que diz respeito à perceção que o idoso tem sobre o ambiente e apoio das redes sociais que poderá levar, ou não, a um sentimento de solidão e insatisfação (Paúl, 1992); fator II/*Atitudes face ao envelhecimento* (itens 8, 9, 10, 11 e 12) (D’Oliveira, 2008) procura a comparação entre a vida passada e a presente (Paúl, 1992); o fator III/*Agitação* (itens 1, 4, 6 e 7) (D’Oliveira, 2008) corresponde às manifestações comportamentais de ansiedade (que poderão ser maiores, menores ou mesmo nulas) (Paúl, 1992). A consistência interna das subescalas foi boa: fator I, $\alpha = 0,75$; fator II, $\alpha = 0,71$; fator III, $\alpha = 0,71$ (Paúl, 1992).

No presente estudo, o α obtido para a escala total foi de 0,726 (bom, DeVellis, 1991). Analisando cada um dos fatores, apenas o fator I/*Solidão/Insatisfação* obteve um valor aceitável ($\alpha = 0,631$) (DeVellis, 1991), com o fator 2 e 3 a obterem os seguintes alfas: *Atitudes face ao envelhecimento*, $\alpha = 0,596$; *Agitação*, $\alpha = 0,569$.

2.3.3. Inventário de Ansiedade Geriátrica/*Geriatric Anxiety Inventory* (IAG/GAI; Byrne et al., 2010; Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino, 2010) (Anexo 4)

O IAG permite avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade em idosos (Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino, 2011). Foi criado para a aplicação em instituições de saúde, em serviço de ambulatório, internamento ou domicílio (Byrne et al., 2010). É composto por 20 alíneas de autorresposta ou aplicadas sob a forma de entrevista, relativas à última semana, e com opções de resposta do tipo dicotômico (concordo/discordo). Os itens respondidos positivamente são cotados com um valor e os respondidos negativamente com zero pontos (Santos, 2011). O ponto de corte para considerar os sintomas de ansiedade graves situa-se nos 8/9 (Ribeiro et al., 2011). Quanto às propriedades psicométricas, a consistência interna do IAG foi muito boa ($\alpha = 0,970$), a estabilidade temporal e a validade concorrente boas (correlação do IAG com o *State-Trait Anxiety Inventory*/STAI, a EDG e o *General Health Questionnaire*/GHQ) (Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino, 2011). Neste estudo, o α foi de 0,957 (muito bom, DeVellis, 1991).

2.3.4. Escala de Depressão Geriátrica/*Geriatric Depression Scale* (EDG/GDS; Yesavage et al., 1983; Pocinho, Dias e Farate, 2005) (Anexo 5)

A EDG foi validada para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009) e permite avaliar sintomas de depressão em idosos, da população clínica ou geral. É composta por 27 itens de autorresposta (do tipo sim/não), em que as respostas positivas são cotadas com um ponto e as negativas com zero pontos. O ponto de corte de 11 é usado para deteção e diagnóstico de eventual perturbação de humor unipolar. A consistência interna e estabilidade temporal da EDG foram muito boas ($\alpha = 0,906$; $r = 0,995$) (Pocinho et al., 2009). Neste estudo, obteve-se um α de 0,902 (muito bom, DeVellis, 1991).

2.4. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, de dispersão e de assimetria. O teste de Kolmogorov-Smirnov, utilizado para testar a normalidade das variáveis, mostrou que todas as variáveis (IE/EIEI, bem-estar psicológico/EA, sintomas de ansiedade/GAI), à exceção da pontuação total da GDS, não apresentavam uma distribuição normal. Apesar da amostra apresentar um $N > 30$, dada a ausência de distribuição normal na maioria das variáveis e o n reduzido em algumas das

categorias de algumas das variáveis estudadas (e.g. sexo), optamos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Foi usado o nível de significância (*p*) de 0,05.

Realizaram-se testes U de Mann-Whitney e do qui-quadrado para explorar a existência de diferenças por sexo nas variáveis IE, bem-estar psicológico, sintomas depressivos e ansiosos (e eventual quadro depressivo/de ansiedade), e saúde mental e física. Dada a ausência de diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis por sexo, através de correlações Spearman testámos associações entre as diferentes variáveis (entre si e com as outras: dimensões de IE e pontuação total; dimensões de bem-estar e pontuação total; pontuação total da EDG e do IAG). Para avaliar a magnitude das correlações, seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,10 (baixa); 0,30 (moderada); e 0,50 (elevada). Com testes U de Mann-Whitney testámos diferenças nas dimensões de bem-estar e pontuação total, dimensões de IE e pontuação total, pontuação total da EDG e IAG em função da saúde física e mental (insatisfatória e satisfatória).

Dicotomizamos as variáveis escolaridade (não sabe ler nem escrever vs. sem escolaridade oficial, mas sabe ler e escrever + 1º ciclo do ensino básico + ensino secundário) e estado civil (casado/a vs. solteiro/a + viúvo/a + divorciado/a). A modalidade institucional estava dicotomizada por si mesma (Lar vs. Centro de Dia) e o tempo na instituição foi recategorizada definindo-se três categorias (até cinco anos; de seis anos a dez anos; e mais de dez anos). Foram, então, realizados testes U de Mann-Whitney e testes de Kruskal-Wallis para testar diferenças nas dimensões e pontuação total do EIEI, EA, EDG e IAG por escolaridade, estado civil, modalidade institucional e tempo na instituição. Através de correlações de Spearman testámos associações entre a idade e as dimensões e pontuação total do EIEI, EA, EDG e IAG. Na avaliação da magnitude das correlações, seguiram-se os critérios de Cohen (1992). Testes do qui-quadrado e o teste U de Mann-Whitney foram aplicados para explorar associações entre as variáveis sexo, estado civil, escolaridade, modalidade institucional e tempo na instituição (e diferenças na variável idade) e por saúde mental/física (insatisfatória vs. satisfatória).

RESULTADOS

Frequências, médias, desvios-padrão e intervalos da saúde física e mental/QAFMI, IE/EIEI, bem-estar psicológico/EA, depressão/EDG e ansiedade/IAG.

Testes do qui-quadrado mostraram não existirem associações entre o sexo e a saúde física e mental (pontos de corte definidos pela autora – definição explicada na secção Instrumentos – insatisfatória vs. satisfatória) e entre as pontuações dicotomizadas do EDG e do IAG

(pontos de corte das versões portuguesas dos instrumentos), i.e. não se verificaram diferentes proporções nestas variáveis, por sexo. Assim, na Tabela 2, apresentam-se as frequências nas duas categorias de cada uma das quatro variáveis na amostra total. A maior parte dos participantes tinha uma saúde física insatisfatória ($n = 52$; 80%) e uma saúde mental insatisfatória ($n = 55$; 84,6%). A maioria apresentava eventual depressão ($n = 37$; 56,9%) e eventual ansiedade ($n = 42$; 64,6%).

Tabela 2

Frequências das variáveis saúde física, saúde mental, depressão, ansiedade

	<i>n</i>	%
Saúde Física		
Saúde física satisfatória	13	20
Saúde física insatisfatória	52	80
Total	65	100
Saúde Mental		
Saúde mental satisfatória	10	15,4
Saúde mental insatisfatória	55	84,6
Total		100
Depressão		
Sem depressão	28	43,1
Com depressão	37	56,9
Total	65	100
Ansiedade		
Sem ansiedade	23	35,4
Com ansiedade	42	64,6
Total	65	100

n = frequência; % = percentagem

Através de testes U de Mann-Whitney verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas por sexo nas dimensões e na pontuação total da EIEI, EA, EDG e IAG (no caso destas duas últimas pontuações, a inexistência de diferenças estatisticamente significativas já tinha sido verificada com o teste do qui-quadrado). Assim, na Tabela 3 apresentam-se os valores médios e desvios-padrão das dimensões e pontuações totais dos instrumentos na amostra total.

Tabela 3

Medidas de tendência central/dispersão (dimensões e pontuações totais: EIEI, EA, EDG e IAG)

	<i>M (DP)</i>	<i>Md</i>	Amplitude inter-quartílica	Intervalo	Intervalo Teórico
EIEI					
<i>Coping religioso e espiritual</i>	52,89 (1,99)	54,0	2,0	46-54	9-54
<i>Consciência</i>	50,48 (4,45)	52,0	6,5	34-54	9-54
<i>Graça</i>	30,80 (4,93)	32,0	5,0	12-36	6-36
<i>Significado</i>	15,32 (4,55)	15,0	8,5	6-24	4-24
<i>Missão</i>	17,08 (1,54)	18,0	1,0	13-18	3-18
Pontuação total no EIEI	166,88 (9,55)	169,0	12,5	135-183	31-186
Escala de ânimo (EA)					
<i>Solidão/Insatisfação</i>	1,71 (1,44)	1,0	3,0	0-5	0-5
<i>Atitudes (...) envelhecimento</i>	1,75 (1,39)	1,0	2,0	0-5	0-5
<i>Agitação</i>	1,14 (1,16)	1,0	2,0	0-4	0-4
Pontuação total na EA	4,6 (2,94)	5,0	4,5	0-11	0-14
Pontuação total na EDG	11,97 (6,69)	12,0	11,5	1-25	0-27
Pontuação total no IAG	10,98 (7,38)	13,0	16,5	0-20	0-20

M = Média; *DP* = desvio-padrão; *Md* = Mediana; EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica

Todas as dimensões da EIEI correlacionaram-se positivamente com a sua pontuação total. Os fatores 4/*Significado* e 5/*Missão* correlacionaram-se com a escala total (magnitude moderada) e com os restantes (magnitude elevada). O fator 1/*Coping Religioso e Espiritual* correlacionou-se positivamente com os fatores 2/*Consciência*, 3/*Graça* e 5/*Missão* (magnitude moderada) e o fator 2 com os fatores 3 (magnitude moderada) e 5 (magnitude elevada) (Tabela 4).

Todas as dimensões da EA correlacionam-se positivamente entre si e com a pontuação total (magnitude elevada entre os três fatores e o total, magnitude moderada entre a *Solidão/insatisfação* e *Agitação* e magnitude pequena entre *Atitudes face ao envelhecimento* e *Agitação*) (Cohen, 1992), à exceção do fator 1 (*Solidão/insatisfação*) que não se correlacionou com o fator 2 (*Atitudes face ao envelhecimento*) (Tabela 5).

Tabela 4

Correlações entre as dimensões da EIEI (entre si e com a pontuação total no questionário)

	2.EIEI Consciência	3.EIEI Graça	4.EIEI Significado	5.EIEI Missão	EIEI Total
1.EIEI <i>Coping religioso e espiritual</i>	0,407**	0,393**	NS	0,414**	0,570**
2. EIEI <i>Consciência</i>	-	0,452**	NS	0,622**	0,718**
3.EIEI <i>Graça</i>	-	-	NS	NS	0,721**
4.EIEI <i>Significado</i>	-	-	-	NS	0,268*
5.EIEI <i>Missão</i>	-	-	-	-	0,482**
EIEI total	-	-	-	-	-

EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,01$; NS = Não Significativo

Tabela 5

Correlações entre as dimensões da EA (entre si e com a pontuação total no questionário).

	2. EA Atitudes face ao envelhecimento	3. EA Agitação	EA Total
1.EA Solidão/Insatisfação	NS	0,436**	0,778**
2.EA Atitudes face ao envelhecimento	-	0,264*	0,697**
3.EA Agitação	-	-	0,733**
EA total	-	-	-

EA = Escala de Ânimo; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,01$; NS = não significativo

As correlações entre as dimensões e pontuação total da EIEI com as dimensões e pontuação total da EA, EDG e IAG produziram resultados divergentes. Os fatores 1/*Coping religioso e espiritual* e 5/*Missão* da EIEI não se correlacionaram com os fatores da EA nem com a sua pontuação total e pontuações totais da EDG e do IAG. O fator 2/*Consciência* da EIEI correlacionou-se positivamente com o fator 2/*Atitudes face ao envelhecimento* da EA (magnitude pequena) e negativamente com a EDG (magnitude moderada). O fator 3/*Graça* da EIEI correlacionou-se positivamente com o fator 2/*Atitudes face ao envelhecimento* da EA (magnitude moderada), com a pontuação total do EA (magnitude moderada) e negativamente com a EDG (magnitude moderada) e o IAG (magnitude pequena). O fator 4/*Significado* da EIEI correlacionou-se negativamente com o fator 1/*Solidão/insatisfação* e fator 3/*Agitação* e com a pontuação total do EA (magnitudes pequenas). A pontuação total do EIEI correlacionou-se positivamente com o fator 2/*Atitudes face ao envelhecimento* do EA e negativamente com a EDG (magnitudes moderadas) (Tabela 6).

Tabela 6

Correlações entre dimensões e pontuações totais da EIEI e EA e pontuação total da EDG e do IAG.

	1.EA Solidão/ Insatisfação	2.EA Atitudes face ao envelhecimento	3.EA Agitação	EA Total	EDG	IAG
1.EIEI <i>Coping</i> ***	NS	NS	NS	NS	NS	NS
2. EIEI Consciência	NS	0,274*	NS	NS	-0,301*	NS
3.EIEI Graça	NS	0,312*	NS	0,257*	-0,469**	-0,273*
4.EIEI Significado	-0,282*	NS	-0,258*	-0,271*	NS	NS
5.EIEI Missão	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EIEI Total	NS	0,303*	NS	NS	-0,321**	NS

EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; ****Coping* = *Coping* religioso e espiritual; EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,01$; NS = não significativo

Como se pode analisar na tabela 7 todas as dimensões da EA – incluindo a pontuação total – correlacionaram-se negativamente com a EDG e o IAG (magnitudes moderadas a elevadas), à exceção do fator 2 (*Atitudes face ao envelhecimento*) do EA que não revelou

associação com o IAG. Verificou-se, ainda, que as pontuações totais da EDG e do IAG correlacionaram-se positivamente ($r = 0,750, p \leq 0,01$), com magnitude elevada.

Tabela 7

Correlações entre as várias dimensões e total da EA e a EDG e o IAG

	EDG	IAG
1.EA Solidão/Insatisfação	-0,500**	-0,474**
2.EA Atitudes face ao envelhecimento	-0,390**	NS
3.EA Agitação	-0,462**	-0,408**
EATotal	-0,612**	-0,485**

EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; ** $p \leq 0,05$; * $p \leq 0,01$; NS = Não Significativo

Testes U de Mann-Whitney mostraram existir diferenças por saúde física (insatisfatória vs. satisfatória) na pontuação total da EDG e do IAG, no fator 1 da EA/*Solidão/insatisfação* e na pontuação total do EA (bem-estar psicológico). Os idosos com saúde física insatisfatória mostraram níveis maiores de sintomas depressivos (EDG) vs. com saúde física satisfatória ($U = 183,000$; $p = 0,011$; $Md = 13,5$ vs. $Md = 6,0$). Os idosos com saúde física insatisfatória apresentavam pontuação superior de sintomas ansiosos (EDG) vs. com saúde física satisfatória ($U = 186,500$; $p = 0,013$; $Md = 14,5$ vs. $Md = 2,0$). Os idosos com saúde física insatisfatória apresentavam uma pontuação mais baixa na escala de *Solidão/insatisfação* (de ânimo/EA) vs. com saúde física satisfatória ($U = 192,500$; $p = 0,014$; $Md = 1,0$ vs. $Md = 3,0$). Por fim, os idosos com saúde física insatisfatória apresentavam também uma pontuação mais baixa na escala total de ânimo (EA) vs. com saúde física satisfatória ($U = 192,500$; $p = 0,014$; $Md = 4,0$ vs. $Md = 6,0$). Não se verificaram diferenças nas subescalas e pontuação total de IE (EIEI) por saúde física.

Testes U de Mann-Whitney mostraram existir diferenças por saúde mental (insatisfatória vs. satisfatória) nas pontuações totais da EDG e do IAG, fator 1 da EA/*Solidão/insatisfação*, fator 2 da EA/*Atitudes face ao envelhecimento* e sua pontuação total (bem-estar psicológico). Os idosos com saúde mental insatisfatória apresentavam pontuação maior de sintomas depressivos (EDG) e sintomas ansiosos (IAG) vs. saúde mental satisfatória (respetivamente, $U = 92,500$; $p = 0,001$; $Md = 13,0$ vs. $Md = 4,5$; $U = 155,000$; $p = 0,028$; $Md = 15,0$ vs. $Md = 4,5$). Os idosos com saúde mental insatisfatória apresentavam pontuação menor no fator 1 da EA/*Solidão/insatisfação*, fator 2 da EA/*Atitudes face ao envelhecimento* e escala total de ânimo (EA) vs. saúde mental satisfatória (respetivamente, $U = 128,500$; $p = 0,006$; $Md = 1,0$ vs. $Md = 3,0$; $U = 146,500$; $p = 0,016$; $Md = 1,0$ vs. $Md = 3,0$; $U = 100,000$; $p = 0,001$; $Md = 4,0$ vs. $Md = 7,5$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas e pontuação total de IE por saúde mental.

Correlações de Spearman e teste U de Mann-Whitney revelaram não existir associações significativas entre a variável idade e as dimensões e pontuações totais de todos os instrumentos. Testes U de Mann-Whitney revelaram não existirem diferenças significativas por escolaridade e estado civil nas dimensões e pontuação total da EIEI, nas dimensões e pontuação total da EA e nas pontuações totais da EDG e do IAG. Testes do qui-quadrado mostraram não existir associações entre a escolaridade e estado civil e a saúde física e mental (dicotomizadas). Testes de Kruskal-Wallis mostraram não existir diferenças significativas por tempo na instituição nas dimensões e pontuação total da EIEI, nas dimensões e pontuação total da EA, e nas pontuações totais da EDG e do IAG. Testes do qui-quadrado mostraram não existir associações entre a variável tempo na instituição e as variáveis saúde física e mental (dicotomizadas).

Testes U de Mann-Whitney mostraram existir diferenças significativas por modalidade institucional (Lar vs. Centro de Dia) nos fatores 3/*Graça* e 4/*Significado* da EIEI e na pontuação total da EDG e do IAG. Os idosos residindo em Lar apresentavam uma pontuação mais baixa no F3/*Graça* da EIEI vs. em Centro de Dia ($U = 378,000$; $p = 0,048$; $Md = 31,00$ vs. $Md = 33,00$). Os idosos residindo em Lar apresentavam uma pontuação mais alta no F4/*Significado* da EIE vs. em Centro de Dia ($U = 372,500$; $p = 0,041$; $Md = 17,00$ vs. $Md = 14,00$). Os idosos residindo em Lar apresentavam uma pontuação mais alta na GDS vs. em Centro de Dia ($U = 300,000$; $p = 0,003$; $Md = 16,00$ vs. $Md = 8,50$). Os idosos residindo em Lar apresentavam uma pontuação mais alta no IAG vs. em Centro de Dia ($U = 331,000$; $p = 0,009$; $Md = 16,00$ vs. $Md = 9,0$).

DISCUSSÃO

No presente estudo, é notória a predominância do sexo feminino ($n = 46$ vs. $n = 19$). Um relatório do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP, 2013) apresenta resultados concordantes uma vez que, em Portugal Continental, a partir dos 65 anos, existem mais mulheres do que homens em lares e em centros de dia. A nossa amostra também parece ser algo “envelhecida” ($M = 83,46$ anos; $DP = 6,65$). No mesmo relatório consta que, na população portuguesa, 71% dos idosos que frequentam lares têm mais de 80 anos e metade dos que frequentam centros de dia têm a mesma idade. Quanto à escolaridade, dados da Pordata (2015) sugerem que, em 2014, 29,6% dos portugueses com mais de 65 anos não possuía qualquer nível de escolaridade (embora não sejam distinguidos os que não frequentaram a escola e os que frequentaram sem concluir o primeiro ciclo). No que toca a idosos institucionalizados em lar e centro de dia, Cardoso (2013) verificou que 32% eram

analfabetos, enquanto no estudo de Curado (2013) 20,8% eram analfabetos e os restantes possuíam entre o primeiro e o quarto ano de escolaridade. Na nossa amostra, uma grande percentagem (38,5%) não sabia ler nem escrever. A percentagem ligeiramente mais elevada do que a dos estudos citados pode dever-se à localização das instituições em zonas rurais dos concelhos de Pombal e Figueira da Foz mas, no geral, as características da nossa amostra aproximam-se das da população idosa no nosso país, o que nos deixa mais seguros quanto à eventual generalização de alguns resultados.

No presente estudo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas por sexo em nenhuma das variáveis em estudo. Analisamos, de seguida, alguns estudos nacionais e internacionais que também exploraram eventuais diferenças por sexo e, posteriormente, formulamos uma hipótese justificativa para a falta de associação verificada.

No que toca à inteligência espiritual (IE), torna-se difícil realizar comparações com outros estudos pois é uma variável muito pouco estudada em Portugal. No estudo de validação portuguesa da EIEI (Escala de Inteligência Espiritual Integrada) (Jorge, 2012) foram encontradas diferenças por sexo, com as mulheres a apresentar valores mais elevados. Porém, esta escala foi validada numa amostra com idades entre os 14 e os 81 anos, o que exige cautela ao realizar comparações. No estudo de Amram (2008) com a versão original da EIEI, as mulheres também apresentaram valores mais altos em quatro dos cinco fatores do instrumento (esta versão continha mais itens). Em estudos internacionais, Saad e colaboradores (2010) verificaram que os idosos do sexo masculino tinham maior IE, enquanto Jain e Purohit (2006) não encontraram diferenças a este nível. Porém, ambos os estudos recorreram a outros instrumentos que não o que usamos (EIEI) para avaliar IE o que dificulta, de novo, comparações. Para além disso, não podem ser esquecidas as questões culturais que podem explicar as diferenças. No que toca ao nosso estudo, os idosos provinham de meios rurais, onde desde pequenos tiveram uma forte educação religiosa. É certo que, como já vimos anteriormente, religiosidade e espiritualidade não são a mesma coisa, mas um indivíduo poderá ter ambos e, pelo que me apercebi durante as entrevistas, tanto os homens como as mulheres expressaram um grande nível de religiosidade e espiritualidade. Talvez por isso não tenham sido encontradas diferenças ao nível do sexo.

Quanto ao bem-estar psicológico, Silva (2009) verificou que os homens apresentavam valores mais elevados (pontuação total da Escala de Ânimo/EA), embora as mulheres tenham apresentado valores mais elevados de *Solidão/Insatisfação* e *Agitação*. Contudo, Silva (2012) e Henriqueto (2013), como no nosso estudo, não encontraram diferenças na pontuação total

de EA, por sexo. Na maioria dos estudos nacionais em que a EA foi utilizada para avaliar o bem-estar psicológico, a variável sexo não foi considerada, dificultando qualquer conclusão.

Relativamente aos sintomas depressivos avaliados pela Escada de Depressão Geriátrica/EDG, Noronha (2011), encontrou valores mais altos de sintomas depressivos em mulheres do que em homens, enquanto Gonçalves (2011), tal como no nosso estudo, não encontrou diferenças significativas por sexo. Quanto aos sintomas ansiosos (Inventário de Ansiedade Geriátrico/IAG), Gonçalves (2011) e Santos (2011) não encontraram diferenças significativas na ansiedade por sexo. Já Maia (2011) verificou que as mulheres apresentavam um maior número destes sintomas.

Quanto à saúde mental, o Instituto Nacional de Saúde (INSA) publicou, em 2009, um relatório relativo aos anos 2005-2006 no qual é referido que as mulheres apresentam maior sofrimento psicológico, em todas as idades. Importa alertar que a medida de avaliação da saúde mental não é a mesma da do nosso estudo. Usando o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/QAFMI, Fernandes (2011) não encontrou diferenças na saúde mental por sexo, tal como no nosso estudo. Relativamente à saúde física, o INSA (2009) dá conta que, em 2005/2006, a auto-perceção da saúde física dos portugueses era mais favorável nos homens do que nas mulheres. No estudo de Fernandes (2011), onde foi usado o QAFMI não se verificaram diferenças por sexo a este nível, tal como no presente estudo. Tentar justificar a falta de diferenças por sexo em termos de saúde física e mental é algo difícil de fazer. A grande maioria dos estudos existentes não recorreu à QAFMI e quando o fizeram consideraram a avaliação global do funcionamento do idoso e não apenas às subescalas de saúde física e mental como aconteceu no nosso estudo. Por outro lado, criámos um sistema de cotação, o que pode ter influenciado os resultados e dificulta comparações. Ainda assim, o estudo de Fernandes, usando o QAFMI, chegou aos mesmos resultados, tanto em relação à saúde física como mental. No entanto, o referido estudo, à semelhança do nosso, apresenta uma grande disparidade relativamente ao número de homens (9) e mulheres (39), o que poderá ter comprometido os resultados.

Na discussão da ausência de diferenças por sexo, em diferentes variáveis, podemos considerar ainda a predominância das mulheres no nosso estudo e o facto de a amostra ser relativamente pequena ($n = 65$). Muitos dos estudos que exploraram as variáveis de interesse não analisaram as variáveis sociodemográficas (nomeadamente o sexo), o que dificulta comparações. Aqueles que o fizeram verificaram, apenas analisaram qual o sexo que obteve valores mais elevados, sem realizarem análises estatísticas para determinar diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente a dados de prevalência, os nossos resultados revelam que a maioria dos idosos apresenta uma saúde física e mental insatisfatórias (respetivamente, 80% e 84,6%). Dados do INSA (2009), relativos aos anos 2005 e 2006 dão conta que, a partir dos 35 anos, à medida que aumenta a idade piora a perceção que a pessoa tem da sua saúde, sendo especialmente notório em pessoas entre os 65 e os 74 anos (apenas cerca de 25% avalia a sua saúde como boa ou muito boa) e a partir dos 75 anos (apenas cerca de 12% dos idosos a afirmar ter uma saúde boa ou muito boa). O mesmo relatório refere que 39% dos portugueses com idades entre os 55 e os 74 anos apresentam sofrimento psicológico, subindo este valor para 41% em sujeitos com mais de 75 anos. Importa referir que a medida de avaliação de saúde mental usada nesse relatório não foi a que usamos, mas independentemente destas diferenças, os valores na nossa amostra são preocupantes e entre as hipóteses para este facto, podemos referir uma média de idades (no nosso estudo) superior às idades acima referidas e o facto de um número importante de participantes estar em Lar (total institucionalização), que sabemos ser uma variável associada a piores resultados em termos de saúde (mental e física) e a sintomatologia depressiva e ansiosa. No estudo de Fernandes (2011), com idosos entre os 65 e os 95 anos, institucionalizados em lar centro de dia, usando a QAFMI, 78,3% apresentava moderadas ou graves limitações físicas e 76,7% a mesma limitação mas a nível mental, valores mais próximos dos nossos.

No presente estudo, uma percentagem importante (56,9%) evidenciou eventual depressão, tal como nos estudos de Gonçalves (2011) (70%) e Noronha (2011) (64,3%), ambos com idosos entre os 65 e 100 anos, em lar e centro de dia, no concelho de Coimbra. O estudo de Vaz e Gaspar (2011), com idosos com mais de 65 anos institucionalizados em lares do distrito de Bragança, obteve resultados inferiores (46%). No estudo de Gonçalves (2011), acima citado, 48,7% da amostra apresenta eventual ansiedade, valor mais baixo do que encontramos (64,6%).

Passamos agora a fazer uma comparação entre as médias obtidas nas escalas do nosso estudo e as obtidas, com as mesmas escalas, noutras investigações. No respeitante ao bem-estar psicológico (EA) os nossos resultados ($M = 4,6$) são inferiores aos de Silva (2012) ($M = 7,68$) e de Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) ($M = 6,71$). Tais diferenças poderão dever-se aos locais de recolha da amostra: enquanto no nosso estudo os idosos foram recrutados em lares e centro de dia, no estudo de Silva (2012) são idosos provenientes da comunidade e no de Araújo et al. (2011) de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Quanto aos sintomas ansiosos e depressivos, Catarino (2011) e Tomaz (2012) encontraram, em estudos com idosos em lar e centro de dia valores médios superiores (cerca

de dois valores) aos do nosso estudo na pontuação total do IAG e da EDG. Outros estudos também encontraram pontuações médias ligeiramente superiores no IAG (e.g. Gonçalves, 2011; Maia, 2011) e na EDG (e.g. Gonçalves, 2011; Noronha, 2011) do que as pontuações do nosso estudo. Já Santos (2011) e Gouveia (2014) obtiveram valores inferiores aos do nosso estudo na pontuação média do IAG (cerca de três valores). Estes dois últimos estudos referenciados diferem do nosso no que toca aos locais de aplicação dos instrumentos: o estudo de Santos idosos a residir em lar ou na comunidade, e o de Gouveia unicamente em idosos a residir em lares.

Não nos é possível comparar a pontuação obtida no QAFMI com os resultados de outros estudos pois criámos um sistema de cotação alternativo para avaliar apenas duas subescalas: saúde mental e física. Por outro lado, também não existem, segundo sabemos, estudos em Portugal que tenham aplicado a escala que usamos (EIEI) para avaliar a IE, em idosos. Porém, se quisermos comparar os nossos resultados com os obtidos por Jorge (2012), autora da validação portuguesa, nesse estudo, os homens obtiveram uma média de 126,79 ($DP = 126,79$) e as mulheres de 130,80 ($DP = 22,75$) (relembramos que a EIEI foi validada numa amostra entre os 14 e os 81 anos). No nosso estudo não encontramos diferenças na EI por sexo, mas na nossa amostra total encontramos valores superiores aos de Jorge (2012). Teorizamos que esses valores superiores possam dever-se ao facto da nossa amostra ser totalmente constituída por idosos e saber-se que com o aumento da idade faz-se acompanhar de um aumento da espiritualidade.

Para os valores inaceitáveis (segundo De Vellis, 1991) de consistência interna da escala total e das subescalas da EIEI (excetuando o fator/Graça: alfa bom), levantamos várias hipóteses: o baixo número de itens de algumas das subescalas, e o conteúdo dos itens de difícil compreensão para esta faixa etária que pode tornar a escala pouco indicada para esta população. Esta dificuldade de entendimento dos itens gerou a necessidade de os formular oralmente de uma outra forma (aos participantes). Tais factos podem ter comprometido a consistência das respostas e, conseqüentemente, a consistência interna das subescalas e escala total. Assim, torna-se evidente a necessidade de construir uma escala de IE que possa ter itens mais adequados (na sua compreensão) à população idosa portuguesa ou, então, reformular os itens da EIEI.

Avançamos agora para a discussão dos resultados de associação encontrados no nosso estudo. Verificamos associações entre alguns fatores e a pontuação total da EIEI com outros fatores e pontuação total de EA (o fator 2/*Consciência* e a pontuação total da EIEI correlacionaram-se positivamente com o fator 2/*Atitudes face ao envelhecimento* da EA; o

fator 3/*Graça* da EIEI correlacionou-se positivamente com o fator 2/*Atitudes face ao envelhecimento* e pontuação total da EA; o fator 4/*Significado* correlacionou-se negativamente com os fatores 1/*Solidão/insatisfação* e 3/*Agitação* e pontuação total da EA). No geral, verificamos a ausência de estudos nacionais e internacionais que tenham estudado a associação entre estas variáveis, mas Subremanam e Panchanatham (2014) encontraram uma relação positiva entre ambas.

Diferentes estudos internacionais com adultos sugerem uma associação positiva entre a IE e a saúde física/mental (e.g. Zamani e Hajjalizadeh, 2015). Ghasemi-Pirbalouti e colaboradores (2014) numa amostra de funcionários de uma empresa não encontraram associações entre a IE e a saúde mental, o que vai ao encontro dos nossos resultados. Não podendo retirar qualquer conclusão quanto à ausência de associação e causalidade, não podemos afirmar, na nossa amostra, que a promoção/desenvolvimento da IE pode ter impacto positivo na saúde dos idosos.

Em relação à ansiedade, alguns estudos sugerem que programas baseados no desenvolvimento da IE contribuem para a diminuição dos sintomas de ansiedade (e.g. Charkhabi et al., 2014, com estudantes do ensino secundário; Koszycki et al., 2010, com pacientes adultos com perturbação de ansiedade). No nosso estudo, constatamos uma associação negativa entre o fator 3/*Graça* da EIEI e a pontuação total de ansiedade/IAG. Assim, dizendo a *Graça* respeito à autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, à natureza e aos eventos do dia-a-dia, faz sentido que níveis mais baixos nesta subescala possam associar-se a maiores níveis de ansiedade (quer em idosos, quer noutras faixas etárias) já que as pessoas com menores níveis de *Graça* podem ter mais dificuldade em lidar com os desafios do dia-a-dia.

A investigação de Charkhabi e colaboradores (2014) também demonstrou (tal como quanto à ansiedade) que o desenvolvimento da IE resultou na diminuição dos sintomas depressivos, ainda que numa amostra de alunos do ensino secundário. No nosso estudo, encontramos associações negativas entre os fatores 2/*Consciência*, 3/*Graça* e a pontuação total da EIEI e a pontuação total da EDG: quanto maiores os níveis de *Consciência* e *Graça*, menor os sintomas depressivos. Não podemos afirmar causalidade entre as variáveis, por se tratar de um estudo transversal, mas faz sentido hipotetizar que a IE possa reduzir a tendência, em idosos, de experienciar sintomas depressivos.

Referindo-nos agora às associações entre as variáveis de interesse (IE, bem-estar psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, saúde física e mental) e as variáveis sociodemográficas, já referimos a ausência de diferenças por sexo em todas as variáveis.

Mencionamos aqui, quanto aos sintomas depressivos e de ansiedade, o estudo de Gonçalves (2011) onde não foram encontradas diferenças por sexo nas pontuações da EDG e IAG. Neste estudo, como no nosso, o número de mulheres foi muito superior (75%). Acreditamos que tal poderá influenciar os resultados, nomeadamente ao nível da existência ou não de diferenças estatisticamente significativas com o sexo. Da mesma forma, verificou-se ausência de associações significativas entre essas variáveis e a idade. Apesar de no nosso estudo as idades variarem entre os 65 aos 98 anos, com uma média de cerca de 83 anos (e um desvio-padrão de 6,65) a falta de associação com a idade não nos surpreendeu pois a amostra apenas é constituída por idosos.

Também não foram encontradas diferenças nas diferentes variáveis ao nível do estado civil (com companheiro *vs.* sem companheiro). Estes resultados não eram esperados, tendo sido hipotetizado que a existência de um companheiro se associaria a resultados mais elevados em todas as variáveis (pelo efeito amortecedor que a rede social poderia ter ao nível dos sintomas, no aumento do bem-estar, etc...). Porém, quanto ao bem-estar psicológico, Ferreira (2014) concluiu que os solteiros e casados (*vs.* viúvos) tinham *Atitudes face ao envelhecimento* mais positivas (fator 2/EA) e Mónico, Frazão, Clemente e Lucas (2012) concluíram que os solteiros e divorciados (por comparação com os casados e viúvos) eram os que tinham *Atitudes* mais positivas *face ao envelhecimento* (fator 2/EA) e menores níveis de *Solidão/insatisfação* (fator 1/EA). Estes resultados levam a levantar a hipótese da presença de um companheiro poder influenciar negativamente o enfrentamento por parte dos idosos do processo de envelhecimento, o que estranhámos. Já Noronha (2011) encontrou pontuações mais altas de sintomas depressivos em idosos sem companheiro, o que vai ao encontro da nossa hipotetização inicial.

Quanto às associações entre as variáveis sociodemográficas e a IE e a saúde física e mental já referimos a ausência de estudos que permitam realizar comparações. Não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das variáveis de interesse por tempo de institucionalização.

A única variável sociodemográfica em que se verificaram diferenças significativas em algumas variáveis de interesse foi a modalidade institucional (lar ou centro de dia). No nosso estudo, os idosos que residiam em lar apresentaram pontuações mais baixas no fator 3/*Graça* e mais alta no fator 4/*Significado* (EIEI) e nas pontuações totais de EDG e de IAG. Os resultados sugerem que os idosos que residem em lares apresentam menor autoaceitação, otimismo, reconhecimento e valorização da beleza da vida. Por outro lado, parecem mais capazes de reagir à frustração e transcendência do ego, procurando sempre um sentido para

os acontecimentos e experiências de vida. Apresentam, ainda, mais sintomas depressivos e ansiosos. De acordo com a percepção com que ficámos durante as entrevistas, muitos dos idosos sentiam-se revoltados por estarem em lar, referindo quase sempre que prefeririam estar em casa. Na maior parte das vezes, apenas foram para lar por uma de duas razões: a sua saúde estava de tal modo deteriorada, ao nível físico ou psicológico, que os cuidados que recebiam em casa eram insuficientes; ou foram colocados em lares, contra a sua vontade, pelos filhos após terem ficado viúvos. Assim, o idoso deixa de ter um espaço só seu, onde se sente seguro, para ir para um sítio compartilhado por outros tantos idosos, onde deixa de poder controlar o que faz, quando e como faz (e.g. não controla a hora das refeições). Tudo isto poderá contribuir para os resultados mencionados.

Depois de discutidos os pontos anteriores, perguntamo-nos se valerá a pena apostar em desenvolver a IE? Acreditamos que sim, pelo sentido teórico desta hipótese e pelos resultados do nosso estudo. Arriscamo-nos a afirmar que o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da IE “mais” adaptado a idosos poderia até encontrar mais – e mais fortes – associações entre as variáveis. A EIEI foi validada para a população portuguesa usando uma amostra com idades entre os 14 e os 81, com um nível de escolaridade elevado. Assim, voltamos a destacar a necessidade de construir um novo instrumento de avaliação da IE ou de reformular a EIEI de modo a adaptá-la à população idosa portuguesa que, como sabemos, tem pouca ou nenhuma escolaridade. Ainda assim, o nosso estudo parece mostrar que a IE permite a melhoria de algumas vertentes do bem-estar psicológico e a diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos. Seria interessante reproduzir futuramente este estudo, aplicando as escalas antes e depois de um programa de intervenção focado no desenvolvimento da IE, para verificar se existiriam melhorias em alguma das variáveis. Baseando-nos nalguns pontos que Vaughan (2002) considera importante no desenvolvimento da IE, teria sessões destinadas ao treino da atenção, transformação das emoções, promoção de um comportamento ético, da sabedoria e compaixão, autoconsciência, entre outros.

Seria interessante no futuro, como a amostra provinha de meios rurais, replicar o estudo em meio citadino para explorar se os resultados seriam diferentes, sobretudo os relativos à IE. É possível que o facto de a amostra ter sido recolhida em meio rural possa ter influenciado, mais do que qualquer outra variável, a inexistência de diferenças na IE ao nível sociodemográfico.

Quanto às limitações deste estudo, não avaliámos “formalmente” a presença de défice cognitivo, o que pode ter condicionado os resultados. Porém, através da subescala da saúde mental do QAFMI verificamos que nenhum dos idosos apresentava défice cognitivo. Outra

limitação prende-se com o n da amostra. No futuro gostaríamos de reproduzir o estudo com um n superior para testar as associações encontradas e explorar outras. Temos de mencionar a dificuldade na recolha da amostra, por três razões: a maioria dos inquiridos não sabia (ou não conseguia, por motivos de saúde) ler/escrever, pelo que tivemos que aplicar os questionários sob a forma de entrevista; o protocolo era um pouco extenso, pelo que o dividimos em três momentos (com cada idoso); dado que o grau de escolaridade era muito baixo, os idosos tiveram muitas dificuldades em compreender as questões de vários instrumentos, especialmente da EIEI.

Concluindo, encontraram-se associações significativas entre a IE, o bem-estar psicológico, a depressão e a ansiedade. A falta de estudos, especialmente nacionais, entre estas variáveis, em idosos, dificulta a comparação dos resultados, mas estes fazem-nos crer que o desenvolvimento da IE poderá ter efeitos positivos no bem-estar e na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade. Alerta-se, ainda, para a necessidade de construir um instrumento de avaliação da IE adaptado a idosos.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, D. T., Leitão, G. D. C. M., e Silva, L. D. F. (2012). Qualidade de vida e percepção do envelhecimento sob a ótica do idoso. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 13(1), 27-33. Obtido de <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/download/1991/1989>

Amram, Y., e Dryer, D. C. (2008, Agosto). *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation*. 116th Annual Conference of the American Psychological Association, Boston, MA.

Araújo, L, Gomez, V., Teixeira, C., e Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência*, III(5), 103-111. doi:10.12707/RIII1159

Araújo, M. F. M., Almeida, M. I., Cidrack, M. L., Queiroz, H. M. C., Pereira, M. C. S., e Menescal, Z. L. C. (2008). O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(3), 201-208. doi: 10.5020/18061230.2008.p201

Byrne, G. J., Pachana, N. A., Goncalves, D. C., Arnold, E., King, R., e Khoo, S. K. (2010) Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging & Mental Health*, 14(3), 247-254. doi:10.1080/13607861003587628.

Cardoso, D. C. M. (2013). *Sono, depressão e afetividade em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <https://goo.gl/Hf1RRi>

Catarino, M. (2011). *Sintomas psicopatológicos e afecto positivo nos idosos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/e63jTC>

- Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (2009). Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos.
- Charkhabi, M., Mortazavi, A., Alimohammadi, S., e Hayati, D. (2014). The effect of spiritual intelligence training on the indicators of mental health in Iranian students: An experimental study. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 159, 355-358. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.387
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates
- Curado, G. F. S. (2013). *Reabilitação neuropsicológica grupal de idosos institucionalizados com declínio cognitivo sem demência*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <https://goo.gl/SPNN08>
- D'Oliveira, A. P. N. A. (2008). *Estudo exploratório sobre relação entre orientação de papéis de género, satisfação de vida e locus de controlo de saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/719>
- DeVellis (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L., Tuono, V. L., Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: Uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5(24), 173-177. Obtido de <http://goo.gl/NBpdwb>
- Duarte, F. M., e Wanderley, K. S. (2011). Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-63. Obtido de <http://goo.gl/HJIPpe>
- Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3–26. doi:10.1207/S15327582IJPR1001_2
- Fernandes, M. C. J. (2011). *Relação entre bem-estar subjectivo, saúde física e mental do idoso sob resposta social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/63e5Fv>
- Ferreira, S. A. (2014). A utilização das TIC e o autoconceito, o ânimo e a qualidade de vida do cidadão sénior: que relação? *Prisma*, 23, 43-61. Obtido de <http://goo.gl/ynstc3>
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (J N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climpepsi.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2013*. Lisboa: GEP/MSESS. Obtido de <http://goo.gl/4Fl3CL>
- Gardner, H. (2011). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York, NY: Basic Books. (Trabalho original em inglês publicado em 1983).
- Ghasemi-Pirbalouti, M., Ahmadi, R., Alavi-Eshgaftaki, S. M., e Alavi-Eshkaftaki, S. S. (2014). The association of spiritual intelligence and job satisfaction with mental health among personnel in Shahrekord University of Medical Sciences [Resumo]. *Journal Shahrekord University Medical Sciences*, 16(5), 123-131. Obtido de <http://goo.gl/u7EdHU>

- Gonçalves, A. R. B. M. (2011). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: Estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/jQel18>
- Gouveia, P. I. A. (2014). *Avaliação do sofrimento emocional em idosos institucionalizados em lares*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. Obtido de <http://goo.gl/nbCxb4>
- Peleteiro, S. (1998). *Como lidar com o stress*. Lisboa: Edideco.
- Gutz, L., e Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 793-804. doi:10.1590/S1809-98232013000400013.
- Henriquito, S. M. C. (2013). *A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve. Obtido de <http://goo.gl/ciUVKv>
- Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., e Nia, S. H. S. (2014). The relationship between nursing students' spiritual intelligence and their general health in Tehran [Resumo]. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(1), 1-14. Obtido de <http://goo.gl/KP5B53>
- Ibrahim, N. (2014). *Depression and factors of psychological well-being among Malay, Chinese and Indian elderly women at Rumah Seri Kenangan (RSK), public welfare institutions in Malaysia* [Resumo]. Tese de doutoramento. Southern Illinois University Carbondale, Illinois. Obtido de <http://goo.gl/8fHntI>
- Instituto Nacional de Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE/INSA.
- Jain, M., e Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32(3), 227-233. Obtido de <http://medind.nic.in/jak/t06/i1/jakt06i1p227.pdf>
- Jorge, D. F. O., Esgalhado, G., e Pereira (2012). Escala de Inteligência Espiritual Integrada.
- Jorge, D. F. O. (2012). *Inteligência espiritual: propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Inteligência Espiritual Integrada (ISIS)*. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Obtido de <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/2677>
- Kaheni, S., Heidar-Fard, J., e Nasiri, E. (2013). Relationship between spiritual intelligence and medical-demographic characteristics in community-dwelling elderly [Resumo]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23, 87-94. Obtido de <http://goo.gl/LrjISS>
- King, D. B., e DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 28(1), 68–85. Obtido de <http://goo.gl/y8dRmY>
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., e Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 430-441. doi:10.1002/jclp.20663
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *The Journal of Gerontology* [Resumo], 30(1), 85-89. doi:10.1093/geronj/30.1.85

- Maia, S. M. S. (2011). *Funções executivas e sintomas de ansiedade: Estudo em idosos sob resposta social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/fQ2rhE>
- Mónico, L. S. M., Frazão, A. A., Clemente, D. F. F., e Lucas, H. M. O. (2012). Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support service. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 33-42. Obtido de <http://goo.gl/q5qGij>
- Noronha, C. A. C. M. O. (2011). *Declínio cognitivo e depressão nos idosos do concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/YV5QrW>
- Pais-Ribeiro, J. e Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.757-69) (J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal, Eds.). Lisboa: ISPA
- Subramaniam, M., e Panchanatham, N. (2014). Relationship between emotional intelligence, spiritual intelligence and wellbeing of management executives. *Global Research Analysis*, 3(3), 93-94. Obtido de <http://goo.gl/Mb3d9g>
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos (consultado em papel). *Psychologica*, 8, 61-80.
- Pocinho, M., Dias, C. A., e Farate, C. (2005). Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236. doi:10.1080/07317110802678680
- Pordata (2015). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. Acedido em 24, junho, 2015 em <http://goo.gl/hkgTJH>
- Pordata (2013). *Números de Portugal: Quadro-resumo*. Acedido em 20, maio, 2015, em <http://goo.gl/P2E964>
- Pereira, M. A. D. (2007). Ansiedade nos médicos. Em K. B. S. Guimarães (Ed.). *Saúde mental do médico e do estudante de medicina* (pp.157-170). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 11(6), 742-748. doi:10.1080/13607863.2011.562177
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., e Firmino (2010). Inventário de Ansiedade Geriátrica.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109-115. doi:10.1590/S1020-49892008000200006
- Ronel, N. (2008). The experience of spiritual intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 40(1), 100–119. Obtido de <http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-40-08-01-100.pdf>
- Saad, M., Masiero, D., d Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 107-112. Obtido de <http://goo.gl/UJw2DA>

- Saad, Z. M., Hatta, Z. A., e Mohamad, N. (2010). The impact of spiritual intelligence on the health of the elderly in Malaysia. *Asian Social Work and Policy Review*, 4, 84-97. Obtido de <http://goo.gl/atBMOI>
- Santos, A. M. R. (2011). *Ptofobia e dimensões psicológicas associadas: Estudo em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Obtido de <http://goo.gl/c4tphx>
- Sharma, P., Charak, R., e Sharma, V. (2009). Contemporary perspectives on spirituality and mental health. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 31(1), 16-23. doi:10.4103/0253-7176.53310
- Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido de <http://goo.gl/TETm8S>
- Silva, M. I. M. T. V. (2012). *A influência da autopercepção do envelhecimento na satisfação com a vida em velhos: Diferenças de género e de idade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/8179>
- Siqueira, M. M. M. (2010). Bem-estar subjetivo do psicólogo. Em A. V. B. Bastos e S. M. G. Gondim (Eds.). *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 327-337). Porto Alegre: Artmed.
- Stead, J. G., e Stead, W. E. (2014). Building spiritual capabilities to sustain sustainability-based competitive advantages. *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 11(2), 143-158. doi: 10.1080/14766086.2013.832359
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed
- Tomaz, M. B. (2012). *Relação da afetividade, depressão, e ansiedade com a memória a curto-prazo no idoso*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/SgNfgi>
- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16–33. doi:10.1177/0022167802422003
- Vieira, M. G. O. (2009). *Velhice e espiritualidade: Reflexões sobre as transformações do envelhecer*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Brasília, Brasília. Obtido de <http://goo.gl/6nK0VB>
- Vivat, B. (2008). Measures of spiritual issues for palliative care patients: A literature review. *Palliative Medicine*, 22, 859-868. doi:10.1177/0269216308095990
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid, Espanha: WHO
- World Health Organization (2014). Mental health: strengthening our response. Acedido em 18 de Junho de 2015, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., e Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report [Resumo]. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zamani, S. N. e Hajjalizadeh, K. (2015). Studying Effect of Instructing Spiritual Intelligence on Life Quality and Psychological Well-being in Patients with Multiple Sclerosis. *South Journal of Educational Psychology and Counseling*, 2(1), 28-36. Obtido de <http://goo.gl/XfNeD6>