

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



“A miséria de uma criança interessa a uma mãe,
a miséria de um rapaz interessa a uma rapariga,
a miséria de um velho não interessa a ninguém.”

Victor Hugo, Os Miseráveis

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que esta dissertação de mestrado fosse possível. Desta forma não poderia deixar de agradecer:

À minha orientadora, Professora Doutora Madalena Cunha, pela amizade, apoio, disponibilidade sempre manifestada e pela confiança que depositou em mim. Sem ela não teria sido possível.

Ao Professor João Duarte e ao meu amigo Ricardo Almeida pela ajuda imprescindível que disponibilizaram.

À Assistente Técnica Margarida Alves, por toda a persistência, atenção e carinho.

À Santa Casa da Misericórdia de Mêda, ao Centro Social e Paroquial de Freixo de Numão, ao Lar Noites de Magia, e restantes instituições pelo apoio e toda a disponibilidade e abertura total que desde o início demonstraram, no que respeita à aplicação do instrumento de colheita de dados, assim como a todos os inquiridos não institucionalizados que aceitaram participar neste estudo.

Aos meus pais e irmão, por nunca duvidarem das minhas capacidades e sempre me incentivarem a progredir na carreira académica...esta vitória também é vossa!

Por fim, e não menos importante, à Rita Araújo, pelo apoio, confiança e paciência que sempre demonstrou nos bons e maus momentos.

A todos, o meu Bem-Haja.

Resumo

Enquadramento: O aumento da longevidade da população mundial e nacional nas próximas décadas promoverá um aumento considerável da população idosa com grande impacto na gestão da assistência em saúde por quanto o envelhecimento provoca alterações em momentos e intensidades diferentes, e dependem de características genéticas, ambientais e sociais. Este processo tende a ser doloroso para muitos idosos, que frequentemente se deparam com o isolamento, a falta de apoio social, a dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do cônjuge, o abandono familiar, o que também pode desencadear doenças físicas/psíquicas e/ou índices elevados de sofrimento emocional, depressão, ansiedade e revolta.

Neste âmbito, e tendo em conta que a esperança e a espiritualidade integram a componente cognitiva comportamental da dimensão socio-espiritual da pessoa, é fundamental avaliar se estas dimensões têm impacto nas vivências dos idosos.

Objetivos: Avaliar o padrão emocional da pessoa idosa. Determinar se as variáveis sociodemográficas, clínicas, a esperança e a espiritualidade influenciam o padrão emocional da pessoa idosa.

Métodos: O estudo descritivo-correlacional e transversal foi realizado com 161 idosos (63 institucionalizados e 98 a residir no domicílio/com família), habitantes na zona centro de Portugal continental, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos de idade ($x=77,27$ anos). O instrumento de recolha de dados integrou um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, a escala da Esperança (Herth Hope Index), a escala de Bem-Estar Espiritual (FACIT-Sp-12) e os Termómetros Emocionais.

Resultados: Os resultados para a amostra global mostram que:

- Os idosos apresentam bons índices médios de esperança; - A esperança é maior nas mulheres e menos significativa nos idosos mais velhos e com menos habilitações literárias;

- O bem-estar espiritual é maior nos idosos institucionalizados, nos que não têm filhos e nos que têm doença crónica;

- Os idosos apresentam um bom padrão emocional (scores <5), com valores superiores a 75,2%; - O padrão emocional é mais positivo nos homens, evidenciando as mulheres maior índice de depressão. Os idosos que vivem em meio urbano apresentam maior sofrimento emocional ($p=0,018$), mais ansiedade ($p=0,048$), depressão e revolta, mas menos necessidade de ajuda. O aumento da idade ($p=0,040$) e viver sozinho ($p=0,040$) são fatores que aumentam a depressão nos idosos.

Verificou-se uma correlação inversa e significativa entre a esperança, o bem-estar espiritual e todas as dimensões do padrão emocional, inferindo-se que bons índices de esperança e espiritualidade se associam a vivências emocionais mais positivas na pessoa idosa.

Conclusão: A esperança e espiritualidade são inerentes ao ser humano e acompanham-no ao longo do seu ciclo vital, sendo preponderantes em fases de transição da vida como na terceira idade, verificando-se que são um recurso efetivo para melhorar significativamente o padrão emocional da pessoa idosa. Impõe-se por isso incluir medidas promotoras da esperança e do bem-estar espiritual nos planos assistenciais para os idosos.

Palavras-chave: Idosos, Esperança, Bem-Estar Espiritual, Padrão Emocional

Abstract

Context: Increasing the longevity of the world and national population in the coming decades will promote a considerable increase in the elderly population with a major impact on the management of health care because aging causes changes at different times and intensities and depends on genetic, environmental and social rights. This process tends to be painful for many older people, who often face isolation, lack of social support, difficulty in coping with their own aging process, death of the spouse, family neglect, which can also trigger physical / psychic illnesses and / or high rates of emotional distress, depression, anxiety and revolt.

In this context, and considering that hope and spirituality integrate the cognitive behavioral component of the socio-spiritual dimension of the person, it is fundamental to evaluate if these dimensions impact on the experiences of the elderly. In this context, and considering that hope and spirituality integrate the cognitive behavioral component of the socio-spiritual dimension of the person, it is fundamental to evaluate if these dimensions impact on the experiences of the elderly.

Aims: To evaluate the emotional pattern of the elderly person. To determine if sociodemographic, clinical, hope and spirituality variables influence the emotional pattern of the elderly person.

Methodology: The descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out with 161 elderly people (63 institutionalized and living in the home / with family), inhabitants of central Portugal, aged between 65 and 96 years ($x = 77.27$ years). The data collection instrument integrated a sociodemographic and clinical characterization questionnaire, the Herth Hope Index, the Spiritual Well-being scale (FACIT-Sp-12) and the Emotional Thermometers.

Results: The results for the global sample reveal that:

- The elderly have good average rates of hope; - The hope is greater in women and less significant in older people with less literacy;
- Spiritual well-being is greater in the institutionalized elderly, in those who do not have children and in those who have chronic illness;
- The elderly have a good emotional pattern (scores <5), with values higher than 75.2%; - The emotional pattern is more positive in men, showing women a higher rate of depression. Older people living in urban areas have greater emotional distress ($p = 0.018$), more anxiety ($p = 0.048$), depression and revolt, but less need for help. Increasing age ($p = 0.040$) and living alone ($p = 0.040$) are factors that increase depression in the elderly.

There was an inverse and significant correlation between hope, spiritual well-being and all dimensions of the emotional pattern, and it was inferred that good indices of hope and spirituality are associated with more positive emotional experiences in the elderly person.

Conclusion: Hope and spirituality are inherent to the human being and accompany him throughout his life cycle, being preponderant in the transition phases of life as in the third age, being verified that they are an effective resource to significantly improve the emotional pattern of the elderly. It is therefore necessary to include measures that promote hope and spiritual well-being in the care plans for the elderly.

Key words: Elderly, Hope, Spiritual Wellbeing, Emotional Pattern

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
1ª PARTE- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
1. Envelhecimento	31
1.1. Enquadramento situacional em Portugal.....	31
2. Esperança	36
2.1. A Esperança no Idoso.....	37
3. Espiritualidade	39
3.1. Vivências da Espiritualidade no Idoso.....	39
4. Padrão Emocional do Idoso	41
2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	43
5. Metodologia	45
5.1. Questões e Objetivos de Investigação	45
5.2. Hipóteses	46
5.3. Desenho de investigação.....	46
5.4. Instrumento de Colheita de Dados	47
5.4.1. Escala de Esperança (Herth Hope Index)	48
5.4.2. Escala de Bem-Estar Espiritual (FACIT_Sp - 12)	50
5.4.3 Termómetros Emocionais	51
5.5. Procedimentos Éticos e Estatísticos	51
6. Resultados	55
6.1. Caraterização Sociodemográfica e Clínica dos participantes na amostra global	55
6.2. Caraterização da Esperança na amostra global	60
6.3. Caraterização do Bem-Estar Espiritual na amostra global	62
6.4. Caraterização do Padrão Emocional na amostra global.....	66
6.5. Análise inferencial dos resultados nos Idosos Institucionalizados	72
7. Discussão	79
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados e Consentimento Informado	93
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética	101
Anexo III - Requerimentos e Autorizações das Instituições	109
Anexo IV – Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis independentes Esperança e Bem-Estar Espiritual e a variável dependente Padrão Emocional	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Consistência interna da escala de esperança (HERTH – HHI - PT)	49
Tabela 2 - Consistência interna da escala de bem-estar espiritual (FACT-Sp-12)	50
Tabela 3 - Consistência interna dos termómetros emocionais	51
Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade dos idosos	55
Tabela 5 - Características sociodemográficas em função do sexo dos idosos	56
Tabela 6 - Características sociodemográficas em função do local onde o idoso habita	58
Tabela 7 - Estatísticas relativas à idade dos idosos em função do local onde habitam	58
Tabela 8 - Distribuição dos idosos institucionalizados	59
Tabela 9 - Características clínicas em função do sexo dos idosos institucionalizados	59
Tabela 10 - Estatísticas relativas ao tempo de institucionalização em anos	60
Tabela 11 - Estatísticas relativas à esperança em função do sexo	60
Tabela 12 - Teste de U de Mann Whitney entre a esperança e as variáveis sociodemográficas e clínicas	61
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis entre a esperança e as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias	62
Tabela 14 - Estatísticas relativas ao bem-estar espiritual e dimensões	63
Tabela 15 - Teste de U de Mann Whitney entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas	64
Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar espiritual e as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias	65
Tabela 17 - Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual com a idade e o tempo de institucionalização	65
Tabela 18 - Estatísticas relativas aos termómetros emocionais (amostra global)	66
Tabela 19 - Resultados da avaliação do padrão emocional dos idosos institucionalizados versus idosos não institucionalizados	67
Tabela 20 - Estatísticas relativas ao padrão emocional da amostra global em função do sexo, zona de residência e estado civil	68
Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre o padrão emocional com as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias	69
Tabela 22 - Análise da regressão linear simples entre a idade dos idosos e o padrão emocional	69
Tabela 23 - Análise da regressão linear simples entre a esperança e o padrão emocional dos idosos	70
Tabela 24 - Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual e o padrão emocional dos idosos	70

Tabela 25 - Estatísticas relativas ao padrão emocional dos idosos institucionalizados em função do sexo, zona de residência e estado civil (N=63)	73
Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis entre o padrão emocional dos idosos institucionalizados com as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias.....	74
Tabela 27 - Análise da regressão linear simples entre a idade dos idosos institucionalizados e o padrão emocional	74
Tabela 28 - Estatísticas relativas ao padrão emocional nos idosos institucionalizados em função das variáveis de contexto	75
Tabela 29 - Análise da regressão linear simples entre o tempo de institucionalização dos idosos e o padrão emocional.....	75
Tabela 30 - Análise da regressão linear simples entre a esperança e o padrão emocional dos idosos institucionalizados	76
Tabela 31 - Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual e o padrão emocional dos idosos institucionalizados.....	76
Tabela 32 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável sofrimento emocional na amostra global.....	121
Tabela 33 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável ansiedade na amostra global.....	121
Tabela 34 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável depressão na amostra global	122
Tabela 35 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável revolta na amostra global.....	122
Tabela 36 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável necessidade de ajuda na amostra global.....	123
Tabela 37 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável ansiedade na amostra dos idosos institucionalizados	124
Tabela 38 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável depressão na amostra idosos institucionalizados.....	124
Tabela 39 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável revolta na amostra idosos institucionalizados	125
Tabela 40 - Regressão linear múltipla através do método <i>stepwise</i> , com a variável necessidade de ajuda na amostra idosos institucionalizados	125

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População residente em Portugal – PORDATA 2017	31
Gráfico 2 - Esperança de vida à nascença – PORDATA 2017	32
Gráfico 3 - População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017	32
Gráfico 4 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017	33
Gráfico 5 - Índice de envelhecimento, NUTS II, 1991-2080 (estimativas e projeções – cenário central) – INE 2017.....	33
Gráfico 6 - População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017.....	34

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários) – INE 2017	34
Figura 2 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2025 (projeções, por cenários) – INE 2017	35
Figura 3 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis	47
Figura 4 - Variáveis preditoras do padrão emocional (amostra global)	71
Figura 5 - Variáveis preditoras do padrão emocional (idosos institucionalizados)	78

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, ACRÓMINOS E SÍMBOLOS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CV – Coeficiente de Variação

CASATIR – Centro de Ação Social de Acolhimento à Terceira Idade de Roriz

CDRSSM – Clube Desportivo e Recreativo de Solidariedade Social de Marialva

CSPFN – Centro Social e Paroquial de Freixo de Numão

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio Padrão

Et al – e outros

FACIT - Sp - Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy - Spiritual Well - Being

HHI – Herth Hope Index

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Kurtose

KW – Teste de Kruskal-Wallis

Max – Máximo

Min – Mínimo

N – Número da amostra

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – Página

SCMM – Santa Casa da Misericórdia de Mêda

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TE – Termómetros Emocionais

UMW – Teste U-Mann Whitney

% - Percentagem

& - E

< - Menor

= - Igual

> - Maior

≤ - Menor ou igual

≥ - Maior ou igual

p – Nível de significância

r – Correlação de Pearson

R – Regressão múltipla

OM – Ordenação média

X² - Teste Qui Quadrado

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, definiu pessoa idosa todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

O aumento da longevidade da população mundial e nacional nas próximas décadas promoverá um aumento considerável da população idosa. Em Portugal, segundo um estudo com base em estimativas e projeções, do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), o número de idosos em menos de cem anos (1991-2080) passará de 2,1 para 2,8 milhões, sendo que face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080.

Envelhecimento e saúde são duas questões intrinsecamente relacionadas uma vez que o prolongamento da vida está associado a mais anos de dependência, incapacidades e prevalência de doenças crónicas. À perda dessas capacidades está associada a fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, problemas de mobilidade, cuidados de longa duração e elevados custos. Por outro lado, diversas mudanças na sociedade provocaram uma reorganização da estrutura familiar, levando a que não seja capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam, nomeadamente, resolver os problemas que hoje se colocam aos idosos (Pinto, 2013).

Por sua vez, o envelhecimento é um processo contínuo que começa desde que nascemos e inevitavelmente nos conduz à morte (Marin 2012). Este processo provoca alterações em momentos e intensidades diferentes, e dependem de características genéticas, ambientais e sociais. O envelhecimento tende a ser delicado e doloroso para muitos idosos, sendo que, frequentemente eles se deparam com o isolamento, a falta de apoio social, a dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do cônjuge, o abandono familiar, as dificuldades para se manter financeiramente, o que também pode desencadear doenças físicas e psíquicas.

O envelhecimento, de acordo com Andrade & Martins (2011), caracteriza-se por uma diminuição da qualidade de vida, esta é mais elevada nos idosos de menor idade e com melhor funcionalidade familiar, sendo no geral menor em idosos institucionalizados. Esta diminuição da qualidade de vida na pessoa idosa pode levar a um aumento da espiritualidade pois é utilizada como estratégia para serem enfrentadas situações críticas (como doenças), podendo assim aumentar o senso de propósito e o significado da vida, que são associados à maior resistência ao stress provocado por doenças (Rocha & Ciosak,

2014). Por outro lado, casos onde se verificam maiores graus de esperança estão associados a menor sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda. Assim, doentes com maiores níveis de esperança e menor idade terão predisposição a menor necessidade de ajuda e menor sofrimento emocional (Costa, 2015).

Neste âmbito e de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012), o enfermeiro, ao longo de todo o ciclo vital, presta cuidados com vista a prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. Só conhecendo a realidade dos factos e percebendo quais os receios, dificuldades e necessidades do nosso “público alvo” conseguiremos preparar e capacitar o mesmo para que se consiga adaptar ao exercício do seu novo e complexo papel nesta fase da vida.

Em face das implicações expostas decorrentes do processo de envelhecimento e do consequente aumento da necessidade de cuidados de enfermagem na população idosa, emergem para o presente estudo as seguintes questões: Qual o padrão emocional dos idosos institucionalizados? Terá a esperança e a espiritualidade um papel preponderante na vivência emocional dos idosos?

Como objetivo principal delineou-se:

- Avaliar o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Como objetivos específicos delinearam-se:

- Classificar o padrão emocional na pessoa idosa institucionalizada;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, formação literária, número de filhos, zona de residência, distrito, profissão anterior e prática de alguma religião/doutrina) no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada;
- Avaliar a influência das variáveis de contexto clínico (instituição de residência, motivo e tempo de institucionalização e o diagnóstico de doença crónica) no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.
- Explicar o efeito da esperança e da espiritualidade, no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Para uma melhor perceção e para facilitar a consulta, esta dissertação foi dividida em duas partes. A primeira parte corresponde à revisão de literatura onde se descreve o quadro

teórico de suporte à investigação. A segunda parte, constitui uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo de investigação, onde se encontram apresentados e interpretados os dados obtidos e a respetiva discussão dos mesmos. Por final, surgem as principais conclusões do estudo, de forma a dar resposta aos objetivos definidos inicialmente, e são apresentadas sugestões que se espera serem um contributo para a melhoria da prática e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1ª PARTE- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

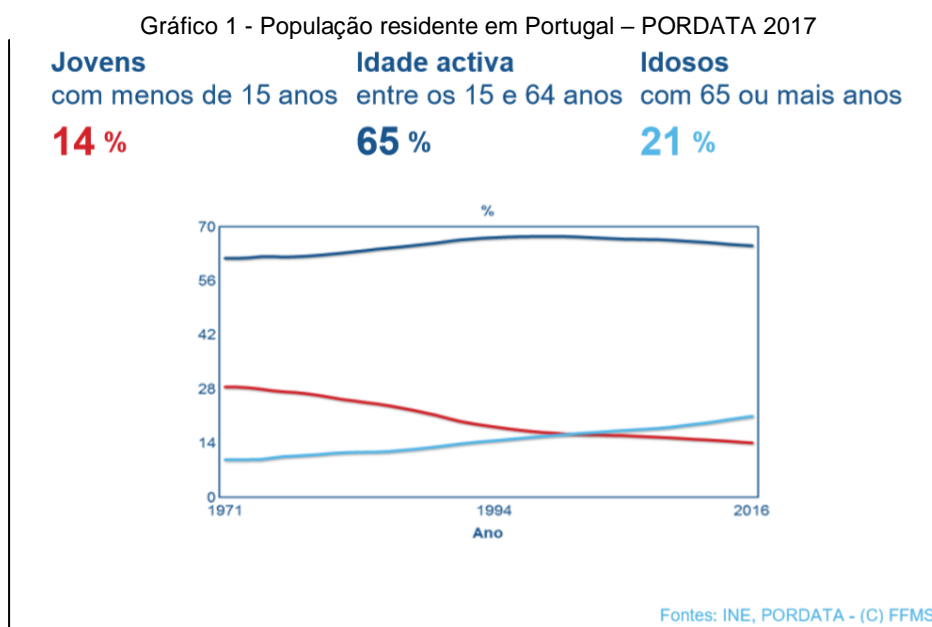
1. Envelhecimento

O processo de envelhecimento é progressivo, dinâmico e culmina em modificações constantes e permanentes no término do ciclo vital. A Organização das Nações Unidas (ONU) considerou o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”. Esta Organização destaca ainda que, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional foi significativo e acelerado. No período de 1970 a 2000, o crescimento observado nestes países atingiu os 123%, enquanto nas nações desenvolvidas este crescimento foi de 54% (Andrade & Martins, 2011).

Por sua vez, o Relatório Mundial de Envelhecimento em Saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) refere que as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. Ao nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento.

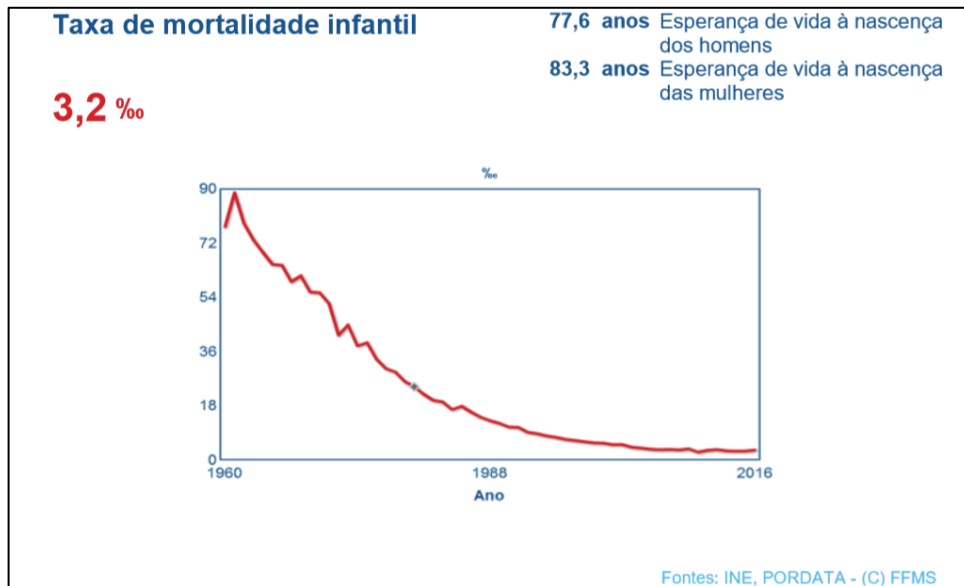
1.1. Enquadramento situacional em Portugal

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade da população idosa e pelo decréscimo da natalidade e da população jovem. De acordo com os dados do INE, fornecidos pela revista Pordata (2017), as pessoas com 65 ou mais anos representavam 21% de toda a população residente em Portugal (gráfico 1).



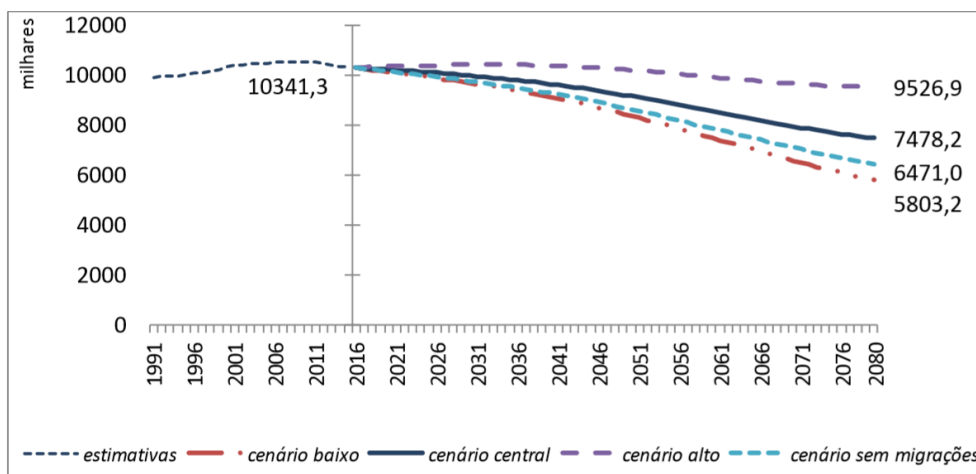
Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,6 anos para homens e 83,3 anos para as mulheres (gráfico 2).

Gráfico 2 - Esperança de vida à nascença – PORDATA 2017



As mesmas projeções de população residente 2015-2080, do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), referem que Portugal perderá população, dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031 (gráfico 3).

Gráfico 3 - População residente, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017



O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões, sendo que face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (gráficos 4 e 5).

Gráfico 4 - Índice de envelhecimento, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017

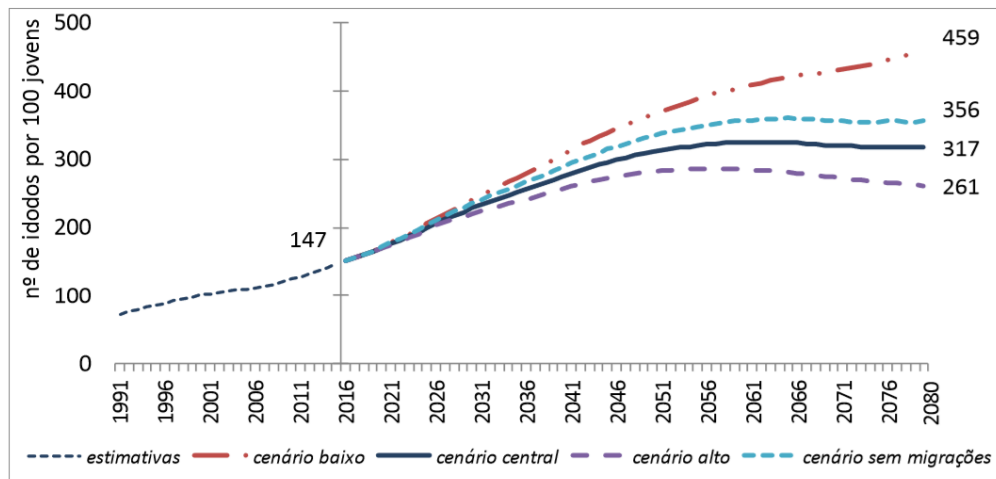
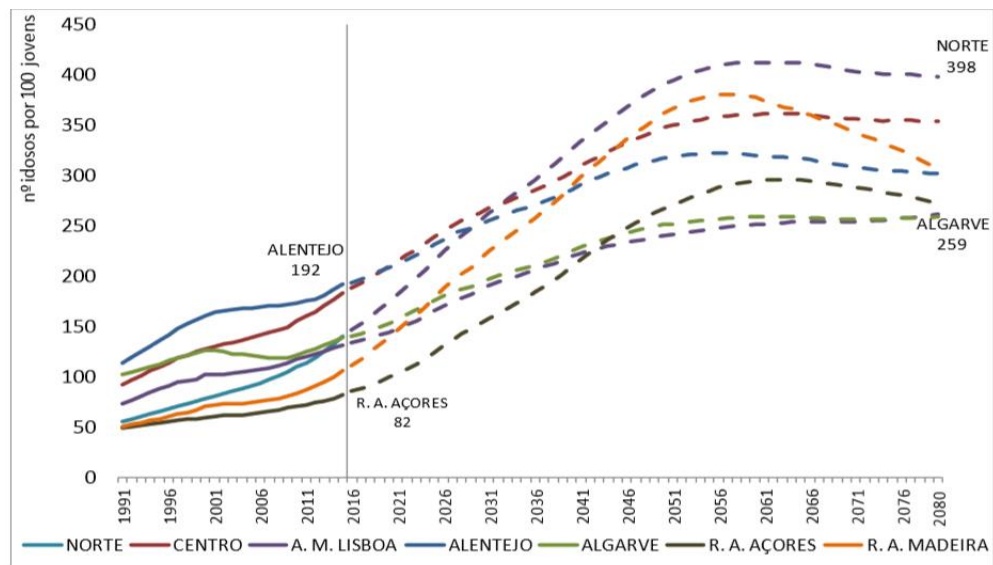
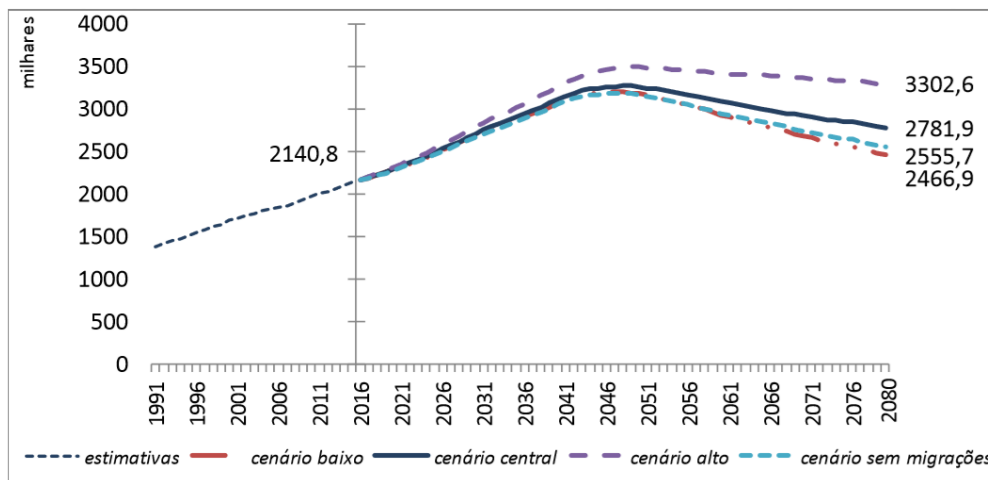


Gráfico 5 - Índice de envelhecimento, NUTS II, 1991-2080 (estimativas e projeções – cenário central) – INE 2017



O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais (gráfico 6).

Gráfico 6 - População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções) – INE 2017



Em 2025, a população residente em Portugal poderá variar entre 9,9 milhões no cenário baixo e 10,4 no cenário alto. Os efeitos dos diferentes cenários, quando comparados com a população de 2015, são notórios em todas as idades. No entanto, as diferenças entre cenários são mais expressivas nas idades mais jovens, sobretudo por influência de diferentes evoluções da fecundidade preconizadas nos cenários. Também são visíveis diferenças no grupo etário de 15 a 64 anos de idade, nomeadamente entre os 25 e os 40 anos, sobretudo por influência de diferentes evoluções dos saldos migratórios (figura 1).

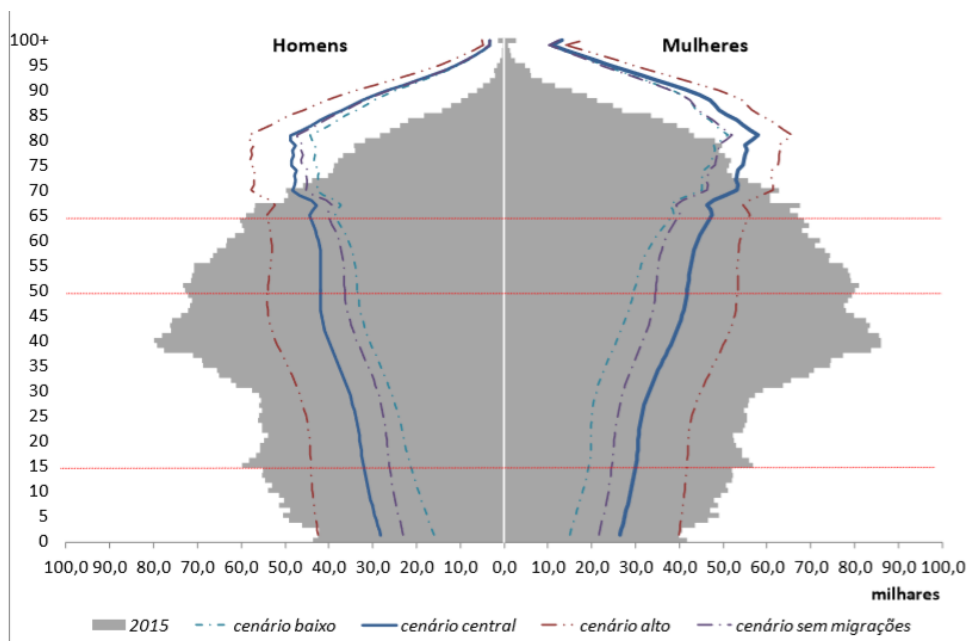


Figura 1 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários) – INE 2017

Em 2080, a população poderá variar entre 5,8 milhões no cenário baixo e 9,5 milhões no cenário alto. Seja qual for o cenário analisado a população será menor e muito envelhecida. De notar que, em 2080, embora seja no cenário alto que se observa o maior número de idosos, este apresenta o índice de envelhecimento mais baixo, o que se explica por níveis de natalidade mais elevados.

De referir ainda que, em 2080, o topo das pirâmides se torna menos volumoso do que o observado nas pirâmides relativas a 2055, em resultado do decréscimo do número de idosos que se verifica a partir do final da década de 40 (figura 2).

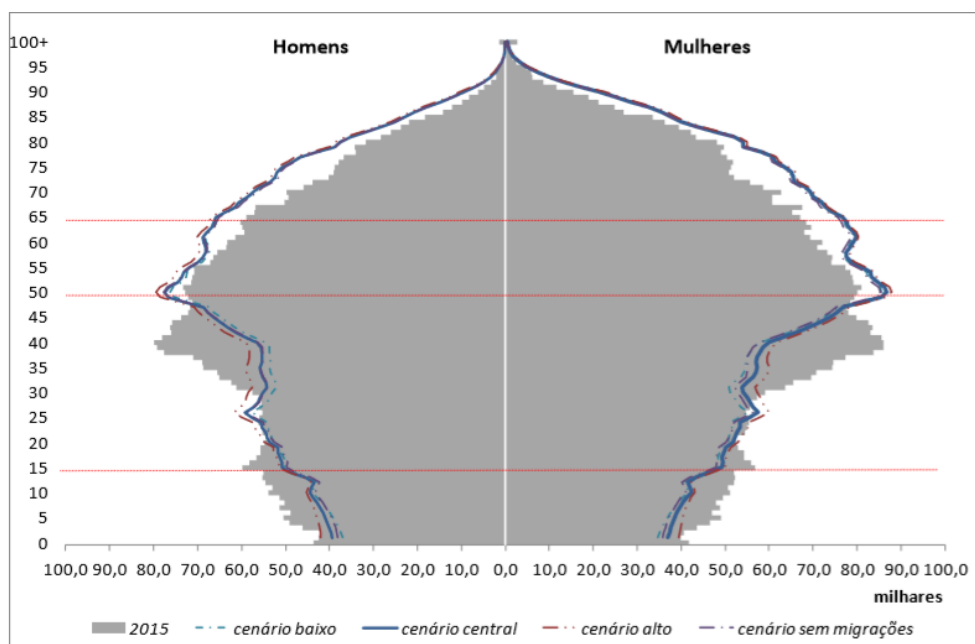


Figura 2 - Pirâmide etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2025 (projeções, por cenários) – INE 2017

Rosa (2016) refere que partindo de uma população menos envelhecida do que a média da União Europeia ainda nos anos 80, Portugal é, atualmente, um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo. Refere ainda que estas alterações profundas do perfil etário, se deram fundamentalmente nas décadas mais recentes, condicionadas pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade.

A população de Portugal deverá continuar a envelhecer de forma intensa, sendo que o número de pessoas com 65 ou mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens em 2060 como apontam os estudos do INE. Desta forma, e aceitando-se que num futuro próximo os idosos assumam umas das maiores fatias da população portuguesa, torna-se importante realizar estudos nesta população.

2. Esperança

A palavra esperança deriva do latim *sperantia*, participio presente neutro plural substantivado de *sperare* “esperar”. Pode significar: “Confiança em conseguir o que se deseja”; “sentimento de crença no desenlace favorável de certa situação”; “otimismo” (Dicionário Porto Editora, 2018).

Segundo vários autores, citados por Santore & Grossi (2008) a esperança é um estado relacionado a: uma perspectiva positiva quanto ao futuro; uma efetiva estratégia de enfrentamento; uma expectativa de alcançar um objetivo, algo necessário para a vida; uma fantástica dimensão da vida; um poder interior que enriquece o ser; permite a transcendência da situação atual possibilitando uma nova consciência do ser. Origina-se da fé em Deus, dá significado e alegria à vida; uma palavra abstrata, conceito que significa coisas diferentes para cada pessoa durante épocas diferentes da sua vida.

De acordo com Martins & Mestre (2014) a esperança (*hope*) é uma variável psicológica que tem, recentemente, sido objeto de crescente interesse, embora a sua conceptualização se encontre inacabada e esteja longe de originar consensos. Para as mesmas autoras (2014), a esperança é um constructo que está relacionado com crenças, em que as pessoas acreditam em resultados positivos e na capacidade de o indivíduo desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados.

A esperança é um conceito multidimensional e dinâmico, impulsionando o indivíduo a agir e a mover-se de forma a alcançar seus objetivos. De acordo com Snyder, Rand e Sigmon (2002) citado por Fonseca, et. al. (2015), ela tem sido estudada de modo a verificar a sua relação com a tentativa de atingir metas/objetivos. Na definição de esperança feita por estes autores, a mesma é considerada um traço cognitivo que engloba crenças positivas no que diz respeito a atingir objetivos pessoais, algo como um sentimento de sucesso quanto ao futuro. Estes objetivos pessoais podem ser o mais variados possível, desde o desejo de viajar para algum lugar até uma nova experiência ou criação. Frankl (2007) citado por Fonseca, et. al. (2015), afirma que há uma ligação entre a esperança e a busca de sentido.

A esperança é assim considerada como um processo de escolha de sentido pessoal na vida. Segundo Geiger e Kwon (2010) citado por Fonseca, et. al. (2015), a esperança funciona como uma proteção contra eventos que podem gerar stress o que leva a considerar que indivíduos com maior esperança possuem um melhor ajustamento psicológico, menos sintomas depressivos e maior capacidade de resolução de problemas. Além disso, caracterizam-se por terem mais perseverança para alcançar os seus objetivos e exprimirem emoções positivas. Por outro lado, aqueles com baixo nível de esperança têm maior tendência a ver a vida de forma negativa podendo mesmo levar à tristeza e

depressão. Atualmente há estudos que demonstram que o uso da esperança é utilizado como um forte recurso psicológico para se enfrentarem várias questões negativas (estudos em doentes com cancro, na recuperação de pessoas com doença mental grave e até mesmo na obesidade).

Cavaco et al. (2010) afirma que no contexto dos cuidados de saúde, mais especificamente de enfermagem, a esperança assume um papel fundamental ao permitir que a pessoa disponha da sua energia de modo a esperar restabelecer a sua saúde.

Face ao exposto, a esperança como conceito multidimensional que é, assume-se como um dos componentes essenciais do cuidar, sendo portanto um desafio que exige um olhar constante e atento, dirigido às diversas dimensões da vida humana, pois a esperança constitui-se como um bom condutor de emoções e potencia o bem-estar e a qualidade de vida das pessoa.

2.1. A Esperança no Idoso

O processo de envelhecimento está relacionado a grandes alterações biológicas, psicológicas e sociais juntamente com a prevalência das doenças crónicas degenerativas que se eleva a partir dos 60 anos, colocando em destaque a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus e as doenças osteoarticulares. Nesse sentido, torna-se válido manter a esperança frente a quaisquer perceções ou desempenho em desequilíbrio, pois é sabido que a esperança afeta o binómio saúde/doença de maneira positiva, ajudando a pessoa a enfrentar as incertezas do futuro de uma forma mais eficaz e com resultado satisfatório (Oliveira et. al., 2018).

Souza et. al. (2017) referem que a promoção da esperança se mostra benéfica para a saúde das pessoas e as capacita para lidar com situações de crise. A esperança pode ser uma importante variável no ato de cuidar e um elemento que motiva a aceitação e uma melhor capacitação para enfrentar os obstáculos da vida.

Num estudo realizado por Orlandi et. al. (2012), citado por Fonseca, et. al. (2015), com idosos verificou-se que a manutenção da esperança diante do processo de envelhecimento leva a um maior desenvolvimento de resiliência. Fica desta forma evidente o benefício que a esperança apresenta na saúde da pessoa idosa, uma vez que torna o individuo capaz de suportar situações de crise e melhora a capacidade de atingir os seus objetivos. É importante salientar que os objetivos de vida mudam com o passar dos anos bem como os valores e as prioridades, que regem as ações e a perceção do mundo.

Cheavens & Gum (2000) citados por Fonseca, et. al. (2015) consideram que o aumento da faixa etária idosa torna evidente a importância e necessidade em estudar a

esperança nos idosos dado que a qualidade de vida e o envelhecimento saudável estão intimamente relacionados com a mesma. Sabendo desta importância da esperança no processo de envelhecimento, torna-se imperativo o estudo da sua influência no padrão emocional do idoso para desta forma melhorar os cuidados nesta população bem como a sua qualidade de vida.

3. Espiritualidade

Rocha (2014), refere que o envelhecimento e a espiritualidade são áreas de interesse multiprofissionais, sendo temas de discussão em diversas áreas. As crenças e a espiritualidade pessoais, como componentes da saúde, são conceitos antigos, porém ao mesmo tempo novos e pouco familiares para a equipa de saúde que presta cuidados. O mesmo autor, refere ainda que conceitos como espiritualidade, religiosidade, esperança e suporte social acabam por se sobrepor e, apesar do uso cotidiano, religiosidade e espiritualidade não são palavras sinónimas sendo que a religiosidade é uma das formas de expressão da espiritualidade. O mecanismo pelo qual a espiritualidade influencia a saúde e o bem-estar não é claro e a relação entre a espiritualidade e a doença crónica também não é bem compreendida, ainda que pesquisadores e clínicos acreditem que a espiritualidade e a saúde tenham importantes conexões. O que se sabe é que a doença crónica interrompe muitas áreas da vida da pessoa, o que pode gerar depressão, irritabilidade e perda de esperança.

Estudos sobre temas referentes à religiosidade e espiritualidade, têm vindo a crescer no meio científico. Reis & Menezes (2017) mencionam que a espiritualidade representa uma importante ferramenta de suporte emocional, que se reflete de forma significativa na saúde física e mental das pessoas. A relação entre espiritualidade e velhice dá-se pela capacidade de suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo, sendo que a vivência da espiritualidade possui importância e relevância para uma velhice com qualidade.

Por sua vez, Espíndula et. al. (2010) referem que para muitos, a questão da espiritualidade ocorre dentro do contexto de uma tradição religiosa explícita; para outros pode ser como um jogo de princípios filosóficos ou de experiências significativas.

3.1. Vivências da Espiritualidade no Idoso

Têm sido realizados diversos estudos em várias áreas que relacionam a qualidade de vida com a espiritualidade. Por exemplo: Strawbridge (1997), Hummer et al (1999), Jaffe et al (2005) citados por Jacinto (2010) nos quais se verifica que indivíduos com práticas religiosas têm uma taxa de mortalidade inferior. Diversos estudos consideram que a espiritualidade influencia as emoções apresentadas pelos idosos e que se trata de um elemento com capacidade de melhorar a doença, proporcionando assim qualidade de vida, promovendo o bem-estar físico e mental. Koenging (1998), citado por Jacinto (2010), estudou como a espiritualidade influencia uma amostra de idosos com diversos níveis de depressão associada ao declínio de saúde e dúvidas face à morte e problemas de funcionamento social. Este concluiu que a espiritualidade funciona como uma proteção na

depressão nos idosos. Carneiro & Kluppel (2008) e Pais & Tombeiro (s/d) citados por Jacinto (2010), verificaram que a espiritualidade nos idosos é diretamente proporcional a uma melhoria na qualidade de vida, melhorando a atitude destes face ao próprio envelhecimento bem como á sua saúde mental. Apesar de a espiritualidade ser considerada importante na melhoria da qualidade de vida física e mental, é necessário ter em atenção as consequências negativas que o fanatismo espiritual pode gerar.

Na mesma linha de pensamento, Soares & Amorim (2015) dizem-nos que a espiritualidade pode, eventualmente, ser vista como um mecanismo de adaptação, ajudando a pessoa idosa a gerir situações de certo modo stressantes, através da forma como ela utiliza a sua fé, as suas crenças, ou a sua relação com o transcendente ou com os outros, contribuindo para a redução da sensação de perda, bem como, para o aumento da esperança e da sensação de controlo da pessoa idosa, aumentando a sua perceção de bem-estar e a sua qualidade de vida.

Tudo indica que é na velhice que a espiritualidade assume maior importância, isto porque é nesta fase da vida que a procura do sentido da vida ganha maior significado devido á aproximação da morte. Pargament (1997) citado por Jacinto (2010), considera que a espiritualidade funciona como um mediador entre o stress e a saúde emocional. Desta forma, a espiritualidade promove um envelhecimento bem-sucedido uma vez que alivia a ansiedade do idoso, é uma força integradora, prepara o idoso diante da própria finitude, promove a transcendência, é integradora da própria personalidade e dá significado tanto á vida como á morte.

4. Padrão Emocional do Idoso

Faz parte do processo de envelhecimento a dimensão psicológica, que é influenciada por vários fatores, referidos anteriormente, que contribuem para a forma como esta fase é percebida pelo idoso, o que irá determinar a forma como este enfrenta o envelhecimento e consequentemente a sua qualidade de vida (Moraes, 2009).

Um estudo de Silva et. al. (2012), refere que a qualidade de vida é dependente de fatores objetivos (das dimensões emocional, social, cultural e física) e subjetivos (como o trabalho e o humor). Desta forma, as emoções são determinantes na qualidade de vida uma vez que são a estrutura base do funcionamento humano. O desequilíbrio das emoções pode levar a problemas físicos e emocionais, influenciados pelos anos e experiências vividas.

Lima, et. al. (2016) referem que o envelhecimento humano é encarado como um período exclusivamente de restrições pela maioria da população, sendo este um conceito que deve ser ultrapassado e melhor entendido, uma vez que a pessoa idosa merece ser notada, compreendida e cuidada integralmente, e não deve ser estudada somente pelas possíveis patologias, pelas limitações da idade e dependências futuras, mas ser vista dentro das condições ambientais, emocionais e espirituais que esse idoso detém para que sejam tratados com qualidade dentro ou fora da instituição. O surgimento de comorbidades no envelhecimento é um fator favorável para a expressão de sentimentos negativos, seja pelo curso da própria patologia, seja pelo manejo inadequado dela. A solidão, depressão, medo e tristeza são emoções reveladas por idosos institucionalizados (Merken, et. al. Citado por Lima, 2016).

Penna & Santo (2006) afirmam que o envelhecimento bem-sucedido não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado por quem planeia e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer. Além disso, falar de qualidade de vida é considerar também as emoções e suas repercussões para a saúde. Há alguns anos, afirmar que existia uma vinculação direta entre o estado emocional e a boa saúde era quase um contrassenso para a ciência, mas isso devia-se em parte ao conceito que se dava à saúde e que em determinadas sociedades ainda existe, a visão biológica, que se entende como sendo ausência de doença quando o organismo se encontra em bom estado geral, sem alterações patológicas.

No estudo de Silva et. al (2012) sobre a qualidade de vida nos idosos, refere-se que a ansiedade e a depressão são os distúrbios emocionais mais encontrados na população idosa devido ao isolamento social, às alterações cognitivas, a preconceitos a que estão muitas vezes sujeitos. É então necessário que estejam preparados para estas alterações, sendo importante a reserva da capacidade de resiliência (capacidade de superar obstáculos,

levando ao crescimento enquanto pessoa) permitindo uma melhor adaptação a esta nova fase da vida. Apesar das dificuldades desta nova fase, há estudos que demonstram que os idosos procuram a sensação de bem-estar emocional para uma qualidade de vida superior. O equilíbrio emocional melhora a saúde mental da população idosa tornando-a capaz de enfrentar as atividades do cotidiano.

O padrão emocional do idoso é caracterizado por todas as experiências, positivas e negativas, que ocorreram ao longo da vida. Devido ao fato de o padrão emocional da população em causa se encontrar pouco estudado, será explorada nesta dissertação a forma como a esperança do idoso e a sua espiritualidade influenciam o padrão emocional que por sua vez está relacionado com a qualidade de vida da população em estudo.

2ª PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

5. Metodologia

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento. Esta fase serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar.

Neste estudo, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objetivos. Para os atingir, efetivámos uma revisão bibliográfica, a qual permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual.

A metodologia é caracterizada no geral como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

É nesta fase do projeto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de seleção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas (Fortin, 2009).

A determinação do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de um estudo de investigação, provendo orientações para o desenvolvimento de todo o processo, daí o facto de ser de primordial importância. O problema deve ser atual, ou seja, adequado para dar resposta às questões reais, pertinente para a prática de Enfermagem e contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

5.1. Questões e Objetivos de Investigação

Equacionam-se as seguintes questões de investigação:

- Que padrão emocional predomina na pessoa idosa institucionalizada?
- De que forma as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, formação literária, número de filhos, zona de residência, distrito, profissão anterior e prática de alguma religião/doutrina) influenciam o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada?
- Qual a influência das variáveis do contexto de saúde (instituição de residência, motivo e tempo de institucionalização e o diagnóstico de doença crónica) no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada?

- Qual o efeito da esperança e da espiritualidade no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada?

O principal objetivo deste estudo consiste, como já foi referido em avaliar o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada. Na procura de respostas para as questões supracitadas formulámos ainda os seguintes objetivos específicos:

- Classificar o padrão emocional na pessoa idosa institucionalizada;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, formação literária, número de filhos, zona de residência, distrito, profissão anterior e prática de alguma religião/doutrina) no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada;
- Avaliar a influência das variáveis de contexto clínico (instituição de residência, motivo e tempo de institucionalização e o diagnóstico de doença crónica) no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.
- Explicar o efeito da esperança e da espiritualidade, no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

5.2. Hipóteses

Face aos objetivos descritos, equacionaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas influenciam o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis de contexto clínico e o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Hipótese 3 – A esperança e a espiritualidade predizem o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

5.3. Desenho de investigação

Este estudo pode-se definir como analítico, descritivo-correlacional, transversal, que utiliza uma metodologia quantitativa que permite testar as questões de investigação, propondo-se a avaliar o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada (cf. Figura 3).

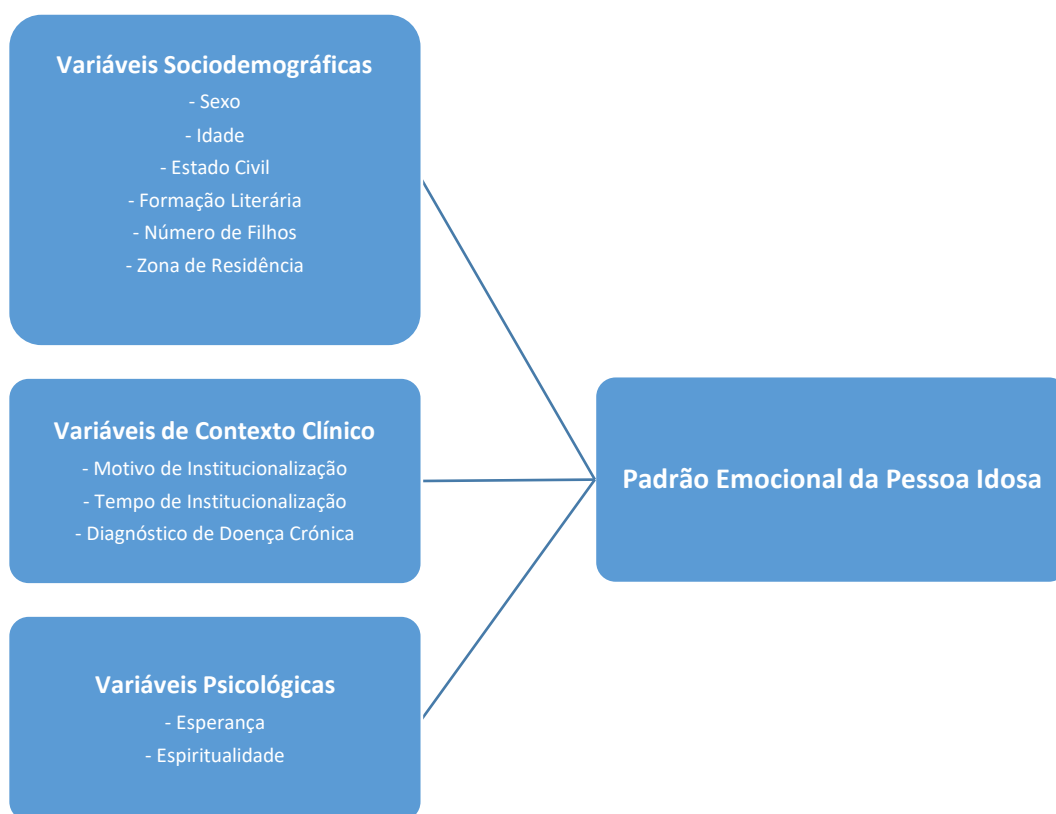


Figura 3 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

5.4. Instrumento de Colheita de Dados

Os instrumentos de colheita de dados em investigação são equipamentos concebidos para a obtenção de informação pertinente e necessária. Para este estudo, como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, foram utilizados instrumentos que permitiram recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Os dados biográficos visam a caracterização das pessoas idosas institucionalizadas, nomeadamente em termos de idade, sexo, estado civil, formação literária, número de filhos, zona de residência e religião (cf. Anexo I).

Parte II – Caracterização de Contexto Clínico

Os dados que foram avaliados visaram caracterizar os aspetos clínicos das pessoas idosas institucionalizadas quanto à instituição em que residem, o motivo e tempos de institucionalização, e existência de doença crónica (cf. Anexo I).

Parte III – Avaliação das características Psicológicas

Foram utilizadas três escalas, aferidas para a população portuguesa, para determinar o estudo psicológico dos idosos institucionalizados. São elas:

- Escala de Esperança (Herth Hope Index) (Herth, 1992) Herth Hope Index (Querido, et. al., 2010);
- Escala de Bem-Estar Espiritual - FACIT - Sp -12 (Peterman, et. al., 2002);
- Termómetros Emocionais (Pereira e Teixeira, 2009)

5.4.1. Escala de Esperança (Herth Hope Index)

A Escala de Esperança (Herth Hope Index) (Herth, 1992) (Querido, et. al., 2010), apresenta a esperança como um conceito multidimensional (Duffault & Martocchio, 1985; Farran, Herth & Popovich, 1995; Sachse, 2007). Esta tem sido considerada como um dos elementos fundamentais na vivência das pessoas e familiares em cuidados paliativos e é vista como um instrumento eficaz na intervenção face ao sofrimento (Watson, 2002; Duggleby, Williams, Popkin & Holtlander, 2007).

Em fim de vida, a manutenção da esperança é importante porque permite que os doentes vivam os seus últimos dias da forma mais plena possível. A nível nacional, existe um estudo de natureza qualitativa sobre a esperança no contexto dos cuidados paliativos que permite a compreensão mais aprofundada do fenómeno, no entanto surgem dificuldades práticas na sua abordagem (Querido, 2005).

O “Herth Hope Index” (HHI) é um instrumento para medir a esperança, especialmente desenvolvido no contexto de final de vida e especificamente concebido para a utilização na prática clínica (Herth, 1992). Além de ter fortes bases teóricas apresenta boas propriedades psicométricas, apoiando os investigadores na avaliação da esperança entre os doentes e na avaliação da efetividade de estratégias de aumento da esperança. O HHI foi validado para a população sueca (Benzein & Berg, 2003), norueguesa (Wahl, Rustoen, Lerdal, Hanestad, Knudsen & Moum, 2004) e brasileira (Sartore & Grossi, 2008), sendo de destacar a aplicação da escala a doentes em cuidados paliativos (Benzein & Berg, 2005; Duggleby et al., 2007; Sanatani, 2008).

O “Herth Hope Index” (HHI), instrumento de origem americana, é uma escala do tipo Likert, unidimensional, que contém no total 12 itens. No caso do HHI, os itens podem ser classificados em quatro categorias: discordo totalmente; discordo; concordo e concordo

totalmente. A escala está organizada por uma pontuação de 1 a 4, onde “1” significa “discordo totalmente” e “4” significa “concordo totalmente”. A pontuação resultante pode ir desde 12 até 48. De modo a reduzir ao mínimo o enviesamento, há dois itens, o 3 e o 6 que são expostos de forma negativa; para análise estatística as pontuações são invertidas.

O HHI está construído de maneira que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de esperança. Os doze itens da escala fornecem orientação para áreas específicas de diminuição de esperança, que permitem o início de intervenções específicas.

Após revisão da literatura, delimitada a população em estudo, bem como a amostra a estudar, sucederam-se os procedimentos de tradução e adaptação transcultural do “Herth Hope Index” (HHI) – Escala de Esperança de Herth: versão portuguesa (HHI-PT). A confiabilidade foi verificada através da análise da consistência interna e demonstrou que o valor de α de Cronbach¹ foi de 0,834 (cf. Anexo I)

No presente estudo, com uma amostra de 161 participantes, obtivemos uma boa consistência interna com valor de α de Cronbach de 0,774 com os valores a oscilarem entre 0,733 (item 1) e máximo 0,801 (cf. Tabela 1). Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos na primeira parte do que o alfa para a globalidade da escala, já que para a primeira metade se obteve um valor de 0,515 e mais consistentes na segunda com um valor de 0,795.

Tabela 1 - Consistência interna da escala de esperança (HERTH – HHI - PT)

	Média	Dp	r ²	α de Cronbach se item for eliminado
1 – Tenho uma atitude positiva perante a vida.	3,13	0,799	0,470	0,733
2 – Tenho objetivo a curto, médio e/ou a longo prazo.	2,55	0,961	0,316	0,766
3 – Sinto-me completamente só	3,05	1,083	0,170	0,784
4 – Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades.	2,91	0,753	0,353	0,751
5 –Tenho uma fé que me dá conforto	3,55	0,558	0,206	0,770
6 – Tenho medo do futuro.	2,60	1,080	0,064	0,801
7 – Consigo recordar tempos felizes	3,69	0,527	0,325	0,765
8 – Tenho uma profunda força interior	3,32	0,770	0,483	0,737
9 – Sou capaz de dar e receber carinho/amor.	3,67	0,534	0,367	0,761
10 – A minha vida tem rumo.	3,06	0,812	0,485	0,745
11 – Acredito que cada dia tem potencial.	3,20	0,669	0,552	0,738
12 – Sinto que a minha vida tem valor e mérito.	3,36	0,729	0,510	0,735

¹ A consistência interna é considerada como *boa* se o *Alfa de Cronbach* se situa entre 0,70 e 0,85 e *muito boa* se *Alfa* superior a 0,90, (Pestana e Gageiro, 2005).

5.4.2. Escala de Bem-Estar Espiritual (FACIT_Sp - 12)

A Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy - Spiritual Well - Being (FACIT - Sp - 12) de Peterman e colaboradores (2002, p.49-58) é um instrumento utilizado para avaliar o bem-estar espiritual em idosos ou pessoas em fim de vida. Esta escala é constituída por 12 itens e está organizada por uma pontuação de 1 a 5, onde “1” significa “nem um pouco” e “5” significa “muitíssimo”. Compreende duas dimensões: a dimensão vertical/religiosa, referente ao bem-estar em relação a Deus ou força superior, através da qual a pessoa se sente em comunhão, e uma dimensão horizontal/existencial relacionada com o propósito ou sentido de vida, satisfação geral com a vida e bem-estar espiritual.

A caracterização psicométrica do Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy- Spiritual Well - Being (FACIT - Sp - 12), apresenta um valor de 0,742 na dimensão Sentido e Paz, apresenta uma consistência interna de 0,613, um valor fraco. Na segunda metade da escala do Bem-estar Espiritual o valor aumenta para 0,707 na dimensão Fé (cf. Tabela 2). Os valores de consistência interna são bastante mais baixos face à escala original, que apresenta um valor de alfa de Cronbach 0,88 e nas dimensões Sentido e Paz e Fé os valores foram 0,81 em ambas as dimensões.

Tabela 2 - Consistência interna da escala de bem-estar espiritual (FACT-Sp-12)

	Média	Dp	r ²	α de Cronbach se item for eliminado
ITENS DA ESCALA				
Sentido/Paz α=0,613				
Sp1 - Sinto-me em paz	4,0	0,901	0,459	0,643
Sp2 - Tenho uma razão para viver	4,0	1,025	0,514	0,657
Sp3 - A minha vida tem sido produtiva	4,13	0,860	0,323	0,670
Sp4 - Custa-me sentir paz de espírito	2,40	1,211	0,238	0,763
Sp5 - Sinto que a minha vida tem um propósito	3,83	1,022	0,595	0,649
Sp6 - Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	3,89	0,915	0,725	0,636
Sp7 - Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	3,98	0,855	0,712	0,644
Sp8 - Falta sentido e propósito na minha vida	2,21	1,262	0,312	0,760
Fé α=0,707				
Sp9 - Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	4,34	0,881	0,826	0,653
Sp10 - A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	4,34	0,858	0,831	0,653
Sp11 - A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	3,47	1,215	0,314	0,662
Sp12 - Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	3,57	1,259	0,342	0,660

5.4.3 Termómetros Emocionais

O instrumento é composto por cinco escalas analógicas, que avaliam o sofrimento emocional, a ansiedade, a depressão, a revolta e a necessidade de ajuda (Teixeira e Figueiredo, 2010 citados por Gomes, 2011).

Nas quatro primeiras escalas o doente tem 10 opções de resposta, que são constituídas por dois polos, o extremo “10” e nenhum “0”. Na quinta escala, referente à necessidade de ajuda, o doente tem 10 opções de resposta que vão de “Desesperadamente” (10) a “Consigno resolver Sozinho(a)” (0).

Na versão original do termómetro, pontuações acima de cinco (5) indicam níveis de alteração emocional, sendo este o ponto de corte (Mitchell et al., 2009 citado por Gomes, 2011).

A caracterização psicométrica dos Termómetros Emocionais indica uma boa consistência interna na nota global 0,890, com os valores mais altos no termómetro emocional relativo à Necessidade de Ajuda (0,891) e o mais baixo de 0,853 na Ansiedade. Nas restantes emoções obtivemos 0,871 na Revolta, 0,857 na Depressão e 0,854 no Sofrimento Emocional, (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Consistência interna dos termómetros emocionais

	Média	Dp	r ²	α de Cronbach se item for eliminado
1. Sofrimento Emocional	2,88	2,773	0,622	0,854
2. Ansiedade	3,45	2,817	0,630	0,853
3. Depressão	2,60	3,003	0,597	0,857
4. Revolta	3,07	2,938	0,518	0,871
5. Necessidade de Ajuda	2,19	2,389	0,382	0,891

5.5. Procedimentos Éticos e Estatísticos

A aplicação do estudo no terreno exigiu a definição de diligências preliminares. Assim, foi elaborado o projeto de investigação e obtido parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (anexo II) e, posteriormente, solicitada autorização aos diferentes diretores das instituições para aplicação do instrumento de recolha de dados (anexo III). A recolha de dados foi realizada de forma livre e devidamente esclarecida, pois cada questionário fazia-se acompanhar da declaração de consentimento informado ao participante com os objetivos e âmbito do estudo (anexo I). Também foi tida

em conta a sensibilidade do tema, pelo que a recolha de dados foi realizada num ambiente privado de modo a salvaguardar a privacidade do idoso.

Após a colheita de dados, efetuámos uma primeira análise a todos os questionários, no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Para a caracterização, descrição e análise inferencial dos dados utilizámos o programa Stistical Package Social Science 19 para o Windows e Word Microsoft.

No que respeita à estatística inferencial podem utilizar-se testes paramétricos e não-paramétricos. Os primeiros exigem suposições sobre a natureza ou forma da população envolvida enquanto os segundos não dependem de tais exigências (Triola, 1999).

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras de populações (Maroco, 2007). Ao longo deste estudo, por vezes, serão utilizados os testes não-paramétricos, sempre que o n for inferior a 30, ou caso não se verifiquem as duas condições expostas por Maroco (2011). Os testes não paramétricos têm como vantagens, o facto de poderem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações, não exigindo populações distribuídas normalmente. Ao contrário dos métodos paramétricos, os métodos não-paramétricos podem ser aplicados a dados não numéricos, como por exemplo, o sexo. Em geral este tipo de métodos envolve cálculos mais simples do que os seus correspondentes paramétricos, sendo assim mais fácil de entender. No entanto, os métodos não-paramétricos tendem a perder informação pois os dados numéricos exatos são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa, para além disso,

não são tão eficientes quanto os testes paramétricos, requerendo uma amostra maior para que se possa rejeitar a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2008).

Para testar as hipóteses, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

O Teste U de Mann Whitney não paramétrico alternativo ao Teste t de student para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas (Mâroco, 2011). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2008).

O Teste de Kruskal-Wallis não paramétrico deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O Teste de Kruskal-Wallis pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2011).

Na estatística paramétrica foi utilizado o Teste de Qui Quadrado (χ^2) e a regressão linear simples e múltipla. Foi utilizado ainda o Teste de Qui Quadrado (χ^2) para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. O teste Qui-Quadrado de Pearson pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequências esperadas inferiores a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Em tabelas de 2x2 alguns investigadores consideram ser ainda necessário não existir nenhuma célula com frequência esperada inferior a 5. Se os pressupostos do teste do Qui-Quadrado não forem garantidos o nível de significância pode ser enganador (Pestana & Gageiro, 2008). O valor do residual ajustado necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna, quando tal não acontece não é possível aplicar o valor residual ajustado. Quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96, o comportamento dessa célula é semelhante ao esperado, à média, e não há nada de novo a revelar. Quando o valor do residual é acima de 1,96 ou inferior a -1,96 existe um comportamento significativo face ao esperado (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste de Fisher é um teste não paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando, este não pode ser usado em tabelas 2x2 quando um dos valores for inferior a 5 (Marôco, 2007).

Em relação às correlações entre duas variáveis quantitativas foi utilizada a regressão linear simples, que permite medir a intensidade e sentido da associação entre as variáveis.

É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre - 1 e + 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear. A associação pode ser negativa se a variação entre as variáveis for em sentido contrário, ou pode ser positiva se a variação for no mesmo sentido. Segundo Pestana e Gageiro (2008), classificam-se da seguinte forma:

$0.2 \leq r < 0.39$	associação baixa
$0.4 < r < 0.69$	associação moderada
$0.7 < r < 0.89$	associação alta
$0.9 < r \leq 1$	associação muito alta

6. Resultados

Neste capítulo, inerente à apresentação de resultados, procurou-se caracterizar não apenas os scores obtidos, pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, mas também analisar como estas variáveis se associam entre si, tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação. A apresentação dos resultados é feita através de quadros e gráficos, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

O estudo teve como alvo as pessoas idosas institucionalizadas. Para seleção dos participantes recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística por conveniência, ficando a amostra constituída por 161 elementos, habitantes na zona centro de Portugal continental. Foram definidos como critérios de inclusão no estudo ter idade igual ou superior a 65 anos, estar consciente e orientado e sem alterações neurológicas. Por sua vez, foram definidos como critérios de exclusão o apresentar descontrolo sintomático significativo no momento de recolha de dados e/ou encontrar-se em estado de deterioração neurológica ou cognitiva impeditivas da compreensão e resposta às questões do instrumento de recolha de dados.

6.1 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos participantes na amostra global

A amostra é constituída maioritariamente por pessoas do sexo feminino (65.2%), com idades entre os 65 e os 95 anos, com uma média de idades de 77,27 anos ($Dp=8,110$), com uma dispersão baixa em torno da média ($CV=10,5$) e uma distribuição assimétrica e leptocúrtica. Os homens apresentam um valor médio que indica que são mais velhos face às mulheres, contudo sem diferenças significativas ($p=.483$), (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade dos idosos

	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Masculino	56	65	96	77,82	7,661	1,037	-.984	9,8
Feminino	105	65	95	76,97	8,360	1,279	-2,124	10,9
Total	161	65	95	77,27	8,110	1,539	-2,339	10,5

As características sociodemográficas em função do sexo dos idosos descritos, na tabela 5 revelam que apenas a variável profissão anterior sofre influência do sexo dos idosos ($\chi^2=9,838$; $p=.007^{**}$), onde as mulheres estão mais representadas nas profissões indiferenciadas e os homens têm maior representatividade em profissões técnicas. Outra variável que varia em função do género dos idosos é a prática de religião ou doutrina (Fisher: $p=.007^{**}$), onde quase a totalidade das mulheres manifesta ter uma religião ou praticar uma doutrina (99%), sendo que por sua vez nos homens 10,7% refere não ter qualquer religião.

Nas restantes variáveis em análise, os homens estão acompanhados pelo conjugue (60,7%), por sua vez as mulheres estão na sua maioria viúvas, ou solteiras (sem companheiro) sendo que esta diferença acontece por as mulheres viveram mais tempo face aos homens.

Nas habilitações literárias, e no número de filhos a representatividade face ao género é semelhante entre si, assim como na zona de residência onde predomina em ambos os grupos a zona rural.

Tabela 5 - Características sociodemográficas em função do sexo dos idosos

Variáveis	Sexo		Total		X ²
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	
	n (56)	% (34,8)	n (105)	% (65)	N (161) % (100,0)
Estado Civil (Grupos)					
Sem companheiro	22	39,3	56	53,3	78 48,4
Com companheiro	34	60,7	49	46,7	83 51,6
					$\chi^2=2,886$; $p=.089$
Habilitações Literárias					
Analfabeto	13	23,3	23	21,9	36 22,4
1º Ciclo Escolar (4ª Classe)	30	53,6	56	53,3	86 53,3
2º Ciclo Escolar	13	23,2	26	24,8	39 24,2
					$\chi^2=,065$; $p=.968$
Zona de Residência					
Rural	37	66,1	58	55,2	95 59,0
Urbano	19	33,9	47	44,8	66 41,0
					$\chi^2=1,772$; $p=.183$
Número de filhos (por grupos)					
Sem filhos	3	5,4	10	9,5	13 8,1
Um filho	10	17,9	20	19,0	30 18,6
Dois filhos	22	39,2	35	33,3	57 35,4
Três ou mais filhos	21	37,5	40	38,2	61 37,9
					$\chi^2=1,182$; $p=.757$
Pratica alguma religião ou doutrina					
Sim	50	89,3	104	99,0	154 95,7
Não	6	10,7	1	1,0	7 4,3
					Teste Fisher: $p=.07^{**}$
Profissão anterior					
Profissão Indiferenciada	26	46,4	66	62,9	92 57,1
Profissão Técnica	26	46,4	24	22,9	50 31,1
Profissão Intelectual	4	7,2	15	14,2	19 11,8
					$\chi^2=9,838$; $p=.007^{**}$

As **Características Sociodemográficas em função do local onde o idoso habita** mostram que no estudo face ao estado civil por grupos, observamos que 51,6% dos idosos têm companheiro, sendo que nos idosos institucionalizados o predomínio é de idosos sem companheiro (82,5%), por sua vez no grupo de idosos não institucionalizados o grupo mais representado é o dos idosos com companhia (73,5%). O teste Qui-quadrado revela diferenças significativas ($\chi^2=48,166$; $p=.000^{***}$) concluindo-se que quando os idosos têm companhia, residem em habitação própria ou familiar, e quando não têm companheiro (viúvos ou solteiros) residem em instituições.

A maioria da amostra possui o 1º ciclo escolar (4ª Classe) (53,34%), 24,2% o 2º ciclo escolar ou superior e 22,4% é analfabeto. O teste Qui-Quadrado evidencia que nos idosos institucionalizados existe maior percentagem de pessoas analfabetas quando comparado com idosos não institucionalizados (38,1% vs 12,2%), por sua vez o grupo 2º ciclo escolar está mais representado nos idosos não institucionalizados (33,7% vs 9,5%) sendo estas diferenças altamente significativas ($\chi^2=20,714$; $p=.000^{***}$).

A maioria da amostra reside em ambiente rural (59%) e tem uma prática religiosa (95,7%), contudo não existe diferenças significativa entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados ($p>.05$).

O estudo da variável número de filhos evidencia que 8.1% dos idosos não têm qualquer filho, e 37,9% têm três ou mais filhos e 35.4% dois filhos. O teste Qui-quadrado revela diferenças significativas ($\chi^2=10,711$; $p=.013^*$) para o número de filhos, concluindo-se que os idosos que têm mais filhos residem em habitação própria ou familiar não estando institucionalizados, (cf. Tabela 6).

Quanto à profissão dos idosos, 57,1% teve uma profissão indiferenciada (como por exemplo: agricultor, doméstica...), 31,1% uma profissão técnica (ex: mecânico, eletricista, costureira...) e 11,8% uma profissão intelectual. O estudo revela que nos idosos institucionalizados uma grande percentagem teve uma profissão indiferenciada (74,6%) e nos idosos não institucionalizados apesar de a profissão indiferenciada ser a mais representada (45,9%) existem mais pessoas que tiveram profissões mais técnicas e intelectuais ($\chi^2=12,934$; $p=.002^{**}$).

Tabela 6 - Características sociodemográficas em função do local onde o idoso habita

Local onde habita	Não institucionalizado		Institucionalizado		Total		Teste Qui-Quadrado:
	n (98)	% (60,9)	n (63)	% (39,1)	N (161)	% (100,0)	
Sexo							
Masculino	33	33,7	23	36,5	56	34,8	$\chi^2=,136$; $p=.712$
Feminino	65	66,3	40	63,5	105	65,2	
Estado Civil (Grupos)							
Sem companheiro	26	26,5	52	82,5	78	46,4	$\chi^2=48,166$; $p=.000^{***}$
Com companheiro	72	73,5	11	17,5	83	51,6	
Habilitações Literárias							
Analfabeto	12	12,2	24	38,1	36	22,4	$\chi^2=20,714$; $p=.000^{***}$
1º Ciclo Escolar (4º Classe)	53	54,1	33	52,4	86	53,3	
2º Ciclo Escolar ou superior	33	33,7	6	9,5	39	24,2	
Zona de Residência							
Rural	54	55,1	41	65,1	95	59,0	$\chi^2=1,578$; $p=.209$
Urbano	44	44,9	22	34,9	66	41,0	
Número de filhos (por grupos)							
Sem filhos	6	6,1	7	11,1	13	8,1	$\chi^2=10,711$; $p=.013^*$
Um filho	21	21,4	9	14,3	30	18,6	
Dois filhos	42	42,9	15	23,8	57	35,4	
Três ou mais filhos	29	29,6	32	50,8	61	37,9	
Prática alguma religião ou doutrina							
Sim	93	94,9	61	96,8	154	95,7	Tete Fisher: $p=.706$
Não	5	5,1	2	3,2	7	4,3	
Profissão anterior							
Profissão Indiferenciada	45	45,9	47	74,6	92	57,1	$\chi^2=12,934$; $p=.002^{**}$
Profissão Técnica	38	38,8	12	19,0	50	31,1	
Profissão Intelectual	15	15,3	4	6,4	19	11,8	

Pela análise da tabela 6 observamos que 60,9% dos idosos não estão institucionalizados e 39,1% está numa instituição, não se diferenciando de forma significativa quanto ao sexo dos idosos ($p=.712$).

Os idosos que residem em instituições são em média mais velhos face aos idosos que residem em habitação própria ou familiar (Média=83,63 vs Média=73,17), revelando o teste U de Mann Whitney diferenças altamente significativas ($p=.000^{***}$) ou seja a variável idade tem influência no local onde a pessoa idosa habita (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas à idade dos idosos em função do local onde habitam

	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)
Não Institucionalizado	98	65	92	73,17	6,017	2,881	,571	8,2
Institucionalizado	63	65	95	83,63	6,738	-1,788	-,017	8,5
Total	161	65	95	77,27	8,110	1.539	-2,339	10,5

A **Caracterização Clínica dos Idosos** foi realizada tendo por base os 63 idosos que habitam nas seguintes instituições: CASATIR – Centro de Ação Social de Acolhimento à Terceira Idade de Roriz; CDRSSM – Clube Desportivo e Recreativo de Solidariedade Social de Marialva; CSPFN – Centro Social e Paroquial de Freixo de Numão; SCMM – Santa Casa da Misericórdia de Mêda; Centro de Dia de Lamego e Lar “Noites de Magia”, estando a sua distribuição representada na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos institucionalizados

Instituição	N	%
CASATIR	1	1,6
Centro de Dia de Lamego	1	1,6
CDRSSM	3	4,8
CSPFN	8	12,7
Lar “Noites de Magia”;	11	17,4
SCMM	39	61,9

O motivo pelo qual os idosos estão em instituições, são em 60,3% dos casos pelo facto de estar sozinho e apenas 39,7% por motivo de doença. Sendo que no sexo masculino existe maior representatividade no motivo “estar sozinho” na própria habitação (78,3%) que levam o idoso à institucionalização, já nas mulheres a distribuição face ao motivo institucionalização é semelhante (50%). O teste Qui-Quadrado revelou diferenças significativas para o motivo de institucionalização face ao sexo dos idosos ($\chi^2=4,873$; $p=.027^*$), (cf. Tabela 9).

O diagnóstico de doença crónica existe em 79,4% dos idosos, sendo que as mulheres estão mais representadas do que os homens.

Tabela 9 - Características clínicas em função do sexo dos idosos institucionalizados

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		X ²
	Masculino		N	%	N	%	
	n	%	(40)	(63,5)	(63)	(100.0)	
Motivo institucionalização							
Estar sozinho	18	78,3	20	50,0	38	60,3	$\chi^2=4,873$; $p=.027^*$
Doença	5	21,7	20	50,0	25	39,7	
Diagnóstico de doença crónica							
Sim	16	69,6	34	85,0	50	79,4	$\chi^2=2,124$; $p=.145$
Não	7	30,4	6	15,0	13	20,6	

O tempo médio de institucionalização dos idosos é cerca de 4 anos, com o tempo a variar entre mínimo de 1 ano e um máximo de 20 anos. O teste U de Mann Whitney revela que os homens estão há mais tempo em média nas instituições, contudo as diferenças entre os sexos não são significativas ($U=389$; $p=0,303$), (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas relativas ao tempo de institucionalização em anos

	n	Min	Max	\bar{X}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	23	1	20	5,61	5,433	3,212	2,005	96,8	35,09	U=389,0; Z=-1,030; p=.303
Feminino	40	1	10	3,63	2,436	2,045	-0,315	67,1	30,23	
Total	63	1	20	4,35	3,890	6,903	9,334	89,4		

6.2 – Caracterização da Esperança na amostra global

O HHI está construído de maneira que quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de esperança. Verificámos que os valores de esperança variaram entre mínimo de 18 e um máximo de 48 com um valor médio de 36,80 (Dp=4,828), com uma baixa dispersão em torno da média (11,8%). A análise em função do sexo permite constatar que as mulheres verbalizam maior esperança face aos homens com valores de ordenações médias de 85,92 e 71,77 respetivamente, contudo o teste U de Mann Whitney não evidencia diferenças significativas dos níveis de esperança perante o sexo dos idosos (U=2423; p=0,066), (cf. Tabela 11).

O nível de esperança dos doentes institucionalizados em média é mais baixo face aos idosos que não estão institucionalizados (Média=36,73 vs Média=36,83), na análise feita na tabela 11 observamos que as mulheres detêm maiores níveis de esperança face aos homens, contudo sem evidência significativa (p>0,05).

Tabela 11 - Estatísticas relativas à esperança em função do sexo

IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS									
	n	Min	Max	\bar{X}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	
Masculino	23	18	47	36,17	6,072	-1,696	2,810	16,8	
Feminino	40	28	44	37,05	4,248	-1,005	-0,683	11,5	
Total	63	18	47	36,73	4,961	-2,447	3,433	13,5	
IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS									
	n	Min	Max	\bar{X}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	
Masculino	33	27	42	35,81	3,737	-1,022	-0,473	10,4	
Feminino	65	23	48	37,35	3,970	-1,097	3,254	10,6	
Total	98	23	48	36,83	3,942	-1,233	2,318	10,7	
AMOSTRA GLOBAL									
	n	Min	Max	\bar{X}	Dp	Sk _{erro}	K _{erro}	CV (%)	
Masculino	56	18	47	35,96	4,786	-2,163	4,257	13,3	
Feminino	105	23	48	37,24	4,061	-1,478	1,687	10,9	
Total	161	18	48	36,80	4,354	-2,921	4,828	11,8	

Os valores expressos na tabela 12 revelam níveis de esperança mais elevados nos idosos institucionalizados, nos que tem companhia e que residem em meio urbano, no entanto sem evidencia significtiva ($p>0,05$). Conclui-se que os níveis de esperança dos idosos não sofre influência do local onde habita, do estado civil e da zona de residência.

O estudo da relação da idade com a esperança indica uma relação inversa ($r=-0,145$; $p=0,067$), ou seja, quando a idade aumenta, diminui a esperança dos idosos.

Os idosos que estão institucionalizados pelo motivo “doença” apresentam ordenações média mais elevada face aos idosos que estão institucionalizados por “estar sozinho” ($OM=40,28$ vs $OM=26,55$). O teste U de Mann Whitney indica diferenças significativas ($U=268,0$; $p=0,004^{**}$), ou seja, o motivo que leva o idoso a estar institucionalizado tem influência no seu nível de esperança.

Tabela 12 - Teste de U de Mann Whitney entre a esperança e as variáveis sociodemográficas e clínicas

LOCAL ONDE HABITA (N=161)					
ESPERANÇA	Não institucionalizado (n=98)	Institucionalizado (n=63)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
	80,94	81,09	3081,5	-0,019	0,985
ESTADO CIVIL (GRUPOS) (N=161)					
ESPERANÇA	Sem companheiro (n=78)	Com companheiro (n=83)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
	80,51	81,46	3198,5	-0,131	0,896
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=161)					
ESPERANÇA	Rural (n=95)	Urbano (n=66)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
	75,49	88,92	2612,0	-1,803	0,071
MOTIVO INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS (N=63)					
ESPERANÇA	Estar sozinho (n=38)	Doença (n=25)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
	26,55	40,28	268,0	-2,916	0,004 ^{**}
DIAGNOSTICO DOENÇA CRÓNICA (N=63)					
ESPERANÇA	Sim (n=50)	Não (n=13)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
	33,92	24,62	229,0	-1,635	0,102

O teste de Kruskal-Wallis entre a esperança com as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias presente na tabela 13 revelou diferenças significativas na variável habilitações literárias ($H=6,242$; $p=0,044^*$), onde se constata que os idosos com maiores habilitações têm valores médios que indicam maior esperança ($PM=91,50$). Os níveis de esperança são mais elevados nos idosos que não têm filhos e que possuem uma profissão intelectual ($p>0,05$).

Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis entre a esperança e as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias

NÚMERO DE FILHOS (POR GRUPOS) (N=161)	Sem filhos (n=13)	Um filho (n=30)	Dois filhos (n=57)	Três ou mais filhos (n=61)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
ESPERANÇA	106,77	86,87	82,09	71,61	6,998	0,072
PROFISSÃO ANTERIOR (N=161)	Profissão Indiferenciada (n=92)	Profissão Técnica (n=50)	Profissão Intelectual (n=19)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p	
ESPERANÇA	75,90	88,04	87,16	2,588	0,274	
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=161)	Analfabeto (n=36)	1º Ciclo Escolar (4º Classe) (n=86)	2º Ciclo Escolar (n=39)	Teste de Kruskal-Wallis		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p	
ESPERANÇA	65,28	82,82	91,50	6,242	0,044*	

6.3 – Caracterização do Bem-Estar Espiritual na amostra global

O bem-estar espiritual é entendido como uma sensação de bem-estar que é experimentada quando encontramos um propósito que justifique o nosso comprometimento com algo na vida, e esse propósito envolve um significado último para a vida. Essa sensação é uma síntese de saúde, um sentimento de completude e de satisfação com a vida, de paz consigo mesmo e com o mundo, de unidade com o cosmos, de proximidade com algo que se considere como absoluto ou com a natureza (Peterman et. al, 2002).

A caracterização do bem-estar espiritual tem por base duas dimensões e a nota global. A nota global do bem-estar espiritual varia entre mínimo de 26 e um máximo de 60 com um valor médio de 44,15 (Dp=5,938). Por sua vez a na dimensão do Sentido e Paz o valor médio foi de 28,43 com os valores a oscilarem entre 17 e 40, e na dimensão Fé de 15,72 (Dp=3,037) com os valores a oscilarem entre um mínimo de 6 e um máximo de 20 (cf. Tabela 14).

A análise feita aos valores do bem-estar espiritual tendo por base os idosos institucionalizados e os não institucionalizados indica que em média existe um melhor bem-estar nos idosos que estão institucionalizados (Média=45,03 vs Média=43,59), assim como nas restantes duas dimensões do Sentido e Paz e na Fé.

Tabela 14 - Estatísticas relativas ao bem-estar espiritual e dimensões

IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS								
	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Sentido e Paz	63	21	36	28,77	3,530	-0,182	-0,756	12,2
Fé	63	6	20	16,25	2,833	-2,702	2,354	17,4
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	63	29	54	45,03	5,297	-1,599	0,117	11,7
IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS								
	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Sentido e Paz	98	17	40	28,21	4,089	-0,229	2,753	15,0
Fé	98	8	20	15,37	3,127	-1,122	-1,461	20,3
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	98	26	60	43,59	6,276	0,016	0,679	14,4
AMOSTRA GLOBAL								
	n	Min	Max	\bar{x}	Dp	Sk_{erro}	K_{erro}	CV (%)
Sentido e Paz	161	17	40	28,43	3,879	-0,445	2,337	13,6
Fé	161	6	20	15,72	3,037	-2,465	-0,500	19,4
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	161	26	60	44,15	5,938	-0,963	-0,571	13,4

O estudo da relação das variáveis sociodemográficas com a nota global do bem-estar espiritual, revela apenas diferenças significativas na dimensão fé ($U=2621,5$; $p=0,036^*$) com o local onde os idosos habitam, sendo que os idosos institucionalizados têm em média maiores índices de fé face aos idosos que não estão institucionalizados.

O bem-estar espiritual é mais elevado nas mulheres, nos idosos institucionalizados, em quem vive em meio urbano e que vive sozinho, contudo sem evidência significativa ($p>0,05$), (cf. Tabela 15).

Os idosos que estão institucionalizados devido a estar sozinhos, têm menor sentido e paz face aos que estão em instituições por motivo de doença ($OM=27,14$ vs $OM=39,38$), assim como o valor global do bem-estar é menor nestes idosos que estão institucionalizados por motivo de estarem sozinhos ($OM=28,28$ vs $OM=37,66$).

O teste U de Mann Whitney revelou diferenças significativas na dimensão do sentido e paz ($U=290,5$; $p=0,009^{**}$) e na nota global do bem-estar espiritual ($U=333,5$; $p=0,046^*$), (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Teste de U de Mann Whitney entre o bem-estar espiritual e as variáveis sociodemográficas

SEXO	Masculino (n=56)	Feminino (n=105)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	75,42	83,98	2627,5	-1,114	0,265
Fé	72,91	85,31	2487,0	-1,618	0,106
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	72,25	85,67	2450,0	-1,742	0,081
LOCAL ONDE HABITA (N=161)	Não institucionalizado (n=98)	Institucionalizado (n=63)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	78,41	85,04	2833,0	-0,884	0,377
Fé	75,80	89,10	2577,0	-1,778	0,075
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	76,05	88,71	2601,5	-1,684	0,092
ESTADO CIVIL (GRUPOS) (N=161)	Sem companheiro (n=78)	Com companheiro (n=83)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	80,90	81,09	3229,5	-0,025	0,980
Fé	88,89	73,58	2621,5	-2,095	0,036*
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	86,01	76,30	2846,5	-1,323	0,186
ZONA DE RESIDÊNCIA (N=161)	Rural (n=95)	Urbano (n=66)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	76,45	87,55	2703,0	-1,492	0,136
Fé	83,15	77,90	2930,5	-0,707	0,479
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	79,54	83,11	2996,0	-0,479	0,632
MOTIVO INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS (N=63)	Estar sozinho (n=38)	Doença (n=25)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	27,14	39,38	290,5	-2,608	0,009**
Fé	31,41	32,90	452,5	-0,320	0,749
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	28,28	37,66	333,5	-1,992	0,046*
DIAGNOSTICO DOENÇA CRÔNICA (N=63)	Sim (n=50)	Urbano (n=13)	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
Sentido e Paz	31,90	32,38	320,0	-0,085	0,932
Fé	32,92	28,46	279,0	-0,790	0,430
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	32,67	29,42	291,5	-0,570	0,568

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis presente na tabela 16 revela diferença significativa apenas na nota global do bem-estar espiritual ($H=7,8282$; $p=0,049^*$), sendo possível observar que os idosos que não têm filhos apresentam valores de ordenação média mais elevados de bem-estar espiritual ($PM=109,65$). Nas restantes variáveis não se observaram diferenças significativas, quer com as dimensões quer com a nota global do bem-estar espiritual ($p>0,05$).

Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis entre o bem-estar espiritual e as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias

NÚMERO DE FILHOS (POR GRUPOS) (N=161)	Sem filhos (n=13)	Um filho (n=30)	Dois filhos (n=57)	Três ou mais filhos (n=61)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sentido e Paz	102,42	75,72	88,52	72,01	6,945	0,074
Fé	108,85	69,57	80,60	81,07	6,529	0,089
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	109,65	69,83	85,47	76,20	7,828	0,049*

PROFISSÃO ANTERIOR (N=161)	Profissão Indiferenciada (n=92)	Profissão Técnica (n=50)	Profissão Intelectual (n=19)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sentido e Paz	78,10	83,19	89,26	1,072	0,585
Fé	82,10	82,00	73,03	0,638	0,727
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	80,40	81,62	82,26	0,039	0,981

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=161)	Analfabeto (n=36)	1º Ciclo Escolar (4º Classe) (n=86)	2º Ciclo Escolar (n=39)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sentido e Paz	78,94	77,33	91,00	2,421	0,298
Fé	79,06	82,88	78,64	0,307	0,858
Bem-Estar Espiritual (Nota Global)	78,92	80,15	84,81	0,362	0,834

A idade associa-se ao bem estar espiritual de forma inversa, ou seja quando aumenta a idade diminui o bem-estar espiritual ($r=-0,047$; $p=0,550$) e por sua vez quando aumenta o tempo de institucionalização aumenta também a nota global do bem estar espiritual ($r=0,150$; $p=0,242$), contudo os valores de t da regressão linear simples não indicam associações significativas entre as variáveis (cf. Tabela 17).

O estudo da esperança com o bem-estar espiritual revelou que as variáveis em estudo se associaram de forma positiva e altamente significativa ($r=0,613$; $p=0,000^{***}$), inferindo-se que quando aumenta a esperança dos idosos aumenta também o seu bem estar espiritual, sendo a esperança responsável por 37,6% da variância do bem-estar espiritual com um valor de teste de t de 9,783 (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual com a idade e o tempo de institucionalização

	r	r²(%)	t	p
Idade	-0,047	0,2	-0,599	0,550
Tempo de Institucionalização	0,150	2,25	1,183	0,242
Esperança	0,613	37,6	9,783	0,000***

6.4 – Caracterização do Padrão Emocional na amostra global

Os Termómetros Emocionais, como foi descrito anteriormente, avaliam as dimensões sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda, e dado serem avaliados de forma independente, irão ser analisados de forma individual.

Na amostra global não se verificaram termómetros emocionais com valor médio a cima de 5 (ponte de corte), sendo que o valor mais elevado foi obtido na ansiedade (Média=3,45 \pm 2,817) seguido da revolta (Média=3,07 \pm 2,938) e o sofrimento emocional com valor médio de 2,88 (Dp=2,773), em sentido oposto as emoções com menos alterações, em média, foram a necessidade de ajuda e depressão com valores médios de 2,19 e 2,60, respetivamente (cf. Tabela 18).

Na análise comparativa dos valores obtidos pelos idosos institucionalizados e os não institucionalizados quanto aos valores médios dos Termómetros Emocionais, observámos que os idosos institucionalizados têm valores médios mais elevados no sofrimento emocional (Média=2,97 vs 2,83), e na revolta (Média=3,52 vs 2,79), por sua vez os idosos não institucionalizados tem valor médio mais elevado na necessidade de ajuda (Média=2,51 vs 1,70) e maior ansiedade (Média=3,49 vs 3,40).

Tabela 18 - Estatísticas relativas aos termómetros emocionais (amostra global)

	Idosos		Idosos Não		Amostra Global		f	p
	Institucionalizados		Institucionalizados		Global			
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp		
Sufrimento Emocional	2,97	2,639	2,83	2,868	2,88	2,773	-0,316	0,753
Ansiedade	3,40	3,003	3,49	2,706	3,45	2,817	-0,204	0,839
Depressão	2,21	3,101	2,20	2,886	2,60	3,003	-2,088	0,038
Revolta	3,52	3,162	2,79	2,763	3,07	2,938	-1,563	0,120
Necessidade de Ajuda	1,70	2,061	2,51	2,537	2,19	2,389	2,225	0,028

Os resultados dos Termómetros Emocionais foram também analisados tendo por base o valor de referência acima do qual existe alteração emocional, tendo os idosos sido agrupados em dois grupos:

- Com um valor > 5 apresenta alterações emocionais;
- Com um valor \leq 5 sem alterações emocionais.

Após esta recodificação, verificámos que 83,9% não apresentaram sofrimento emocional, 75,2% não demonstraram ansiedade, 82,6% pontuaram sem sintomatologia de depressão, 80,7% sem revolta e 84,5% manifestaram não precisar de ajuda.

Em resposta a uma das questões do nosso estudo sobre o nível emocional dos idosos institucionalizados, verificou-se que os idosos institucionalizados têm menos necessidade de ajuda face aos que não estão institucionalizados (93,7% vs 78,6%), sendo o teste de Fisher significativo ($p=0,013$), na revolta para os idosos não institucionalizados, que têm mais revolta (86,7% vs 71,4%), sendo a diferença significativa ($\chi^2=5,779$; $p=0,016^*$), (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Resultados da avaliação do padrão emocional dos idosos institucionalizados *versus* idosos não institucionalizados

Local onde habita	Não institucionalizado		Institucionalizado		Total		Teste Qui-Quadrado:
	n (98)	% (60,9)	n (63)	% (39,1)	N (161)	% (100,0)	
Sofrimento Emocional							
Sem sofrimento (≤ 5)	82	83,7	53	84,1	135	83,9	$\chi^2=0,006$; $p=0,939$
Com sofrimento (> 5)	16	16,3	10	15,9	26	16,1	
Ansiedade							
Sem ansiedade (≤ 5)	74	75,5	47	74,6	121	75,2	$\chi^2=0,017$; $p=0,897$
Com ansiedade (> 5)	24	24,5	16	25,4	40	24,8	
Depressão							
Sem depressão (≤ 5)	84	85,7	49	77,8	133	82,6	$\chi^2=1,681$; $p=0,195$
Com depressão (> 5)	14	14,3	14	22,2	28	17,4	
Revolta							
Sem revolta (≤ 5)	85	86,7	45	71,4	130	80,7	$\chi^2=5,779$; $p=0,016^*$
Com revolta (> 5)	13	13,3	18	28,6	31	19,3	
Necessidade de ajuda							
Sem necessidade (≤ 5)	77	78,6	59	93,7	136	84,5	Teste de Fisher $p=0,013^*$
Com necessidade (> 5)	21	21,4	4	6,3	25	15,5	

Variáveis Sociodemográficas *versus* Padrão Emocional na amostra global

A análise efetuada aos idosos que constituem a totalidade da amostra, evidencia que as mulheres têm um padrão emocional pior do que os homens, sendo que nos itens ansiedade e depressão as diferenças encontradas são estatisticamente significativas (ansiedade: $U=2365,0$; $p=0,039^*$; depressão: $U=2029,5$; $p=0,001^{**}$).

Na variável zona de residência, constatámos que os idosos que residem em meio urbano apresentam valores de ordenação média mais elevada no sofrimento emocional, ansiedade, depressão e revolta, e menor necessidade de ajuda. O teste U de Mann Whitney evidencia diferenças significativas no sofrimento emocional ($U=2455,5$; $p=0,018^*$) e na Ansiedade ($U=2565,5$; $p=0,048^*$), ou seja, o padrão emocional sofre influência da zona de residência dos idosos (cf. Tabela 20).

O estudo do estado civil (por grupos) dos idosos indica que, na depressão, os idosos sem companheiro (viúvos ou solteiros) têm ordenações médias mais elevadas que os idosos que têm companhia ($OM=88,50$ vs $OM=73,95$), sendo as diferenças significativas

($U=2652,0$; $p=0,040^*$), ou seja, os idosos com companhia no dia-a-dia têm padrão depressivo menos acentuado.

Tabela 20 - Estatísticas relativas ao padrão emocional da amostra global em função do sexo, zona de residência e estado civil

SEXO	Masculino (N=56)	Feminino (N=105)
	Ordenação média	Ordenação média
Sufrimento Emocional	74,36	84,54
Ansiedade	70,73	86,48
Depressão	64,74	89,67
Revolta	76,02	83,66
Necessidade de Ajuda	76,07	83,63
ZONA RESIDÊNCIA	Rural (N=95)	Urbano (N=66)
	Ordenação média	Ordenação média
Sufrimento Emocional	73,85	91,30
Ansiedade	75,01	89,63
Depressão	78,43	84,70
Revolta	77,83	85,56
Necessidade de Ajuda	82,11	79,41
ESTADO CIVIL (POR GRUPOS)	Sem companheiro (N=78)	Com companheiro (N=83)
	Ordenação média	Ordenação média
Sufrimento Emocional	83,06	79,06
Ansiedade	78,24	83,59
Depressão	88,50	73,95
Revolta	83,56	78,59
Necessidade de Ajuda	78,71	83,15

A variável número de filhos não tem qualquer efeito significativo sobre o padrão emocional dos idosos ($p>0,05$), contudo os idosos que têm mais filhos (três ou mais filhos) são os que têm um padrão emocional mais debilitado (cf. Tabela 21).

Quanto à variável profissão anterior, constatamos que os idosos que tiveram uma profissão indiferenciada são os que têm valores médios mais elevados de depressão, e quem teve uma profissão técnica tem menor padrão depressivo ($H=9,239$; $p=0,010^*$), nos restantes termómetros emocionais não se observam diferenças significativas, ($p>0,05$).

Não se observa qualquer relação entre as habilitações literárias e o padrão emocional dos idosos ($p>0,05$), (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre o padrão emocional com as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias

NÚMERO DE FILHOS (POR GRUPOS) (N=161)	Sem filhos (n=13)	Um filho (n=30)	Dois filhos (n=57)	Três ou mais filhos (n=61)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	68,04	72,50	82,15	86,87	3,101	0,376
Ansiedade	78,42	76,18	81,23	83,70	0,577	0,902
Depressão	84,65	83,85	74,20	85,17	2,036	0,565
Revolta	67,96	75,87	80,16	87,09	2,542	0,468
Necessidade de Ajuda	59,88	82,17	73,65	91,80	7,764	0,051

PROFISSÃO ANTERIOR (N=161)	Profissão Indiferenciada (n=92)	Profissão Técnica (n=50)	Profissão Intelectual (n=19)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	84,15	79,24	70,37	1,528	0,466
Ansiedade	84,04	77,14	76,42	0,935	0,627
Depressão	90,09	66,61	74,87	9,239	0,010*
Revolta	87,42	73,96	68,45	4,439	0,109
Necessidade de Ajuda	85,23	77,43	69,92	2,236	0,327

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=161)	Analfabeto (n=36)	1º Ciclo Escolar (4º Classe) (n=86)	2º Ciclo Escolar (n=39)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	78,07	87,94	68,41	5,049	0,080
Ansiedade	73,72	88,00	72,28	4,256	0,119
Depressão	84,89	82,53	74,04	1,304	0,521
Revolta	80,53	86,44	69,45	3,716	0,156
Necessidade de Ajuda	77,39	86,50	72,21	2,949	0,229

A idade dos idosos associou-se de forma positiva com o sofrimento emocional, depressão e revolta, e inversa com a ansiedade e a necessidade de ajuda. Contudo a regressão linear simples é significativa apenas no padrão depressão ($t=2,067$; $p=0,040^*$), sendo que quando aumenta a idade aumenta também a depressão dos idosos (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Análise da regressão linear simples entre a idade dos idosos e o padrão emocional

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	0,067	0,4	0,874	0,399
Ansiedade	-0,014	0,02	-0,178	0,859
Depressão	0,162	2,6	2,067	0,040*
Revolta	0,111	1,2	1,414	0,159
Necessidade de Ajuda	-0,074	0,5	-0,935	0,351

Esperança versus Padrão Emocional na amostra global

A esperança associou-se de forma inversa e significativa com o sofrimento emocional ($r=-0,203$; $p=0,010^*$), com a ansiedade ($r=-0,190$; $p=0,016^*$), a depressão ($r=-0,240$; $p=0,002^{**}$), a revolta ($r=-0,264$; $p=0,001^{**}$) e a necessidade de ajuda ($r=-0,348$;

$p=0,000^{***}$), ou seja o aumento dos níveis de esperança leva a uma diminuição no padrão emocional (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Análise da regressão linear simples entre a esperança e o padrão emocional dos idosos

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	-0,203	4,1	-2,611	0,010*
Ansiedade	-0,190	3,6	-2,441	0,016*
Depressão	-0,240	5,7	-3,112	0,002**
Revolta	-0,264	7,0	-3,452	0,001**
Necessidade de Ajuda	-0,348	12,1	-4,685	0,000***

Bem-Estar Espiritual *versus* Padrão Emocional na amostra global

O bem-estar espiritual associa-se de forma inversa e significativa com todos os itens do padrão emocional, ou seja, um aumento do bem-estar espiritual dos idosos leva a um melhor padrão emocional, com menos sentimento de sofrimento, depressão, ansiedade, revolta e menor necessidade de pedir ajuda (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual e o padrão emocional dos idosos

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	-0,302	9,1	-3,991	0,000***
Ansiedade	-0,306	9,4	-4,055	0,000***
Depressão	-0,308	9,5	-4,088	0,000***
Revolta	-0,318	10,1	-4,236	0,000***
Necessidade de Ajuda	-0,467	21,8	-6,651	0,000***

Idade, Esperança e Bem-Estar Espiritual *versus* Padrão Emocional na amostra global

Foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (idade, esperança e bem-estar espiritual) em relação à variável dependente padrão emocional (cinco termómetros emocionais), investigando-se desta forma se aquelas variáveis se constituem como fatores preditores. Para tal, procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla pelo método stepwise, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente, tendo sido avaliado os termómetros emocionais de forma individual.

A figura 4 e as tabelas 32-36 (anexo IV) apresentam as variáveis predictoras para cada um dos termómetros emocionais, inferindo-se que a nota global do bem-estar espiritual é preditora nos termómetros sofrimento emocional ($\beta=-0,302$; $p=0,000$), ansiedade ($\beta=-0,306$; $p=0,000$), depressão ($\beta=-0,308$; $p=0,000$), e revolta ($\beta=-0,318$; $p=0,000$), sendo os

coeficientes de regressão inversos, ou seja, quando aumenta o bem-estar espiritual (nota global) diminui o sofrimento emocional, a ansiedade, a depressão e a revolta dos idosos. O bem-estar espiritual, explica a variabilidade seguinte dos termómetros emocionais: sofrimento emocional (8,5%), ansiedade (8,8%), depressão (8,9%) e revolta (9,6%) (cf. Figura 4).

Quanto à necessidade de ajuda, o modelo preditivo indica que das variáveis que entraram no modelo preditivo apenas duas tem efeito preditivo, o sentido e paz ($\beta=-0,519$; $p=0,000$) e a idade ($\beta=-0,140$; $p=0,000$). A variável sentido e paz é a que apresentava maior coeficiente de correlação, sendo a primeira a entrar no modelo de regressão. A dimensão sentido e paz é responsável por 25,1% da variância explicada do termómetro emocional referente à necessidade de ajuda, seguido da idade que explica 1,9%, aceitando-se que o aumento do sentido e paz e da idade dos idosos leva a uma diminuição da sua necessidade de ajuda (cf. Figura 4).

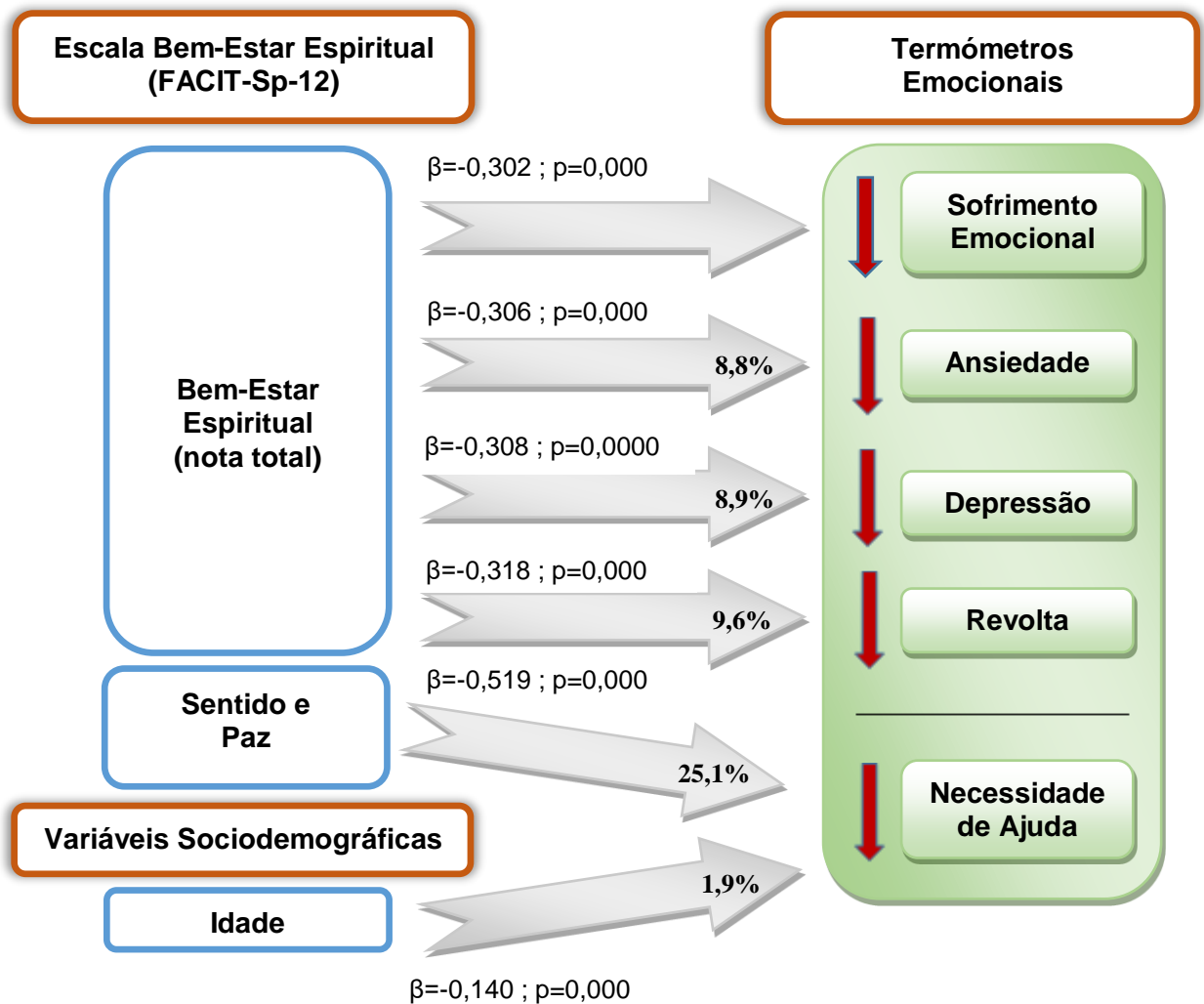


Figura 4 - Variáveis preditoras do padrão emocional (amostra global)

6.5 - Análise inferencial dos resultados nos Idosos Institucionalizados

Variáveis Sociodemográficas, Esperança e Bem-Estar Espiritual versus Padrão Emocional nos Idosos Institucionalizados

Após a análise descritiva dos resultados, passámos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Sobre este assunto, Fortin (2009) refere que a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Procedemos de seguida à análise da associação entre as diversas variáveis e o padrão emocional que é avaliado pelas cinco emoções (sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e necessidade de ajuda).

Hipótese 1 – As variáveis sociodemográficas influenciam o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Os resultados do teste de U Mann Whitney expressos na tabela 25, patenteiam que as mulheres apresentam valores de ordenações médias indicativos de maior sofrimento emocional, ansiedade, revolta e depressão, já os homens manifestam maior necessidade de ajuda. Contudo as diferenças apenas são significativas ($U=233,5$; $p=0,001$) na depressão, ou seja, as mulheres sofrem mais de depressão.

As variáveis zona de residência e estado civil, não têm qualquer influência no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Estatísticas relativas ao padrão emocional dos idosos institucionalizados em função do sexo, zona de residência e estado civil (N=63)

SEXO	Masculino (N=23)	Feminino (N=40)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Sofrimento Emocional	27,46	34,61	355,5	0,130
Ansiedade	26,39	35,23	331,0	0,062
Depressão	22,15	37,66	233,5	0,001**
Revolta	29,96	33,18	413,0	0,495
Necessidade de Ajuda	33,11	31,36	434,5	0,705

ZONA RESIDÊNCIA	Rural (N=41)	Urbano (N=22)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Sofrimento Emocional	28,85	37,86	322,0	0,059
Ansiedade	29,73	36,23	358,0	0,175
Depressão	30,16	35,43	375,5	0,268
Revolta	31,26	33,39	420,5	0,655
Necessidade de Ajuda	31,43	33,07	427,5	0,724

ESTADO CIVIL (POR GRUPOS)	Sem companheiro (N=52)	Com companheiro (N=11)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Sofrimento Emocional	32,62	29,09	254,0	0,556
Ansiedade	31,60	33,91	265,0	0,700
Depressão	31,57	34,05	263,5	0,678
Revolta	31,40	36,05	241,5	0,412
Necessidade de Ajuda	31,49	34,41	259,5	0,617

O estudo do padrão emocional dos idosos institucionalizados em função das variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias revelou que os idosos institucionalizados que têm mais filhos (três filhos ou mais) são os que em média têm um padrão emocional mais grave uma vez que têm ordenações médias mais elevadas no sofrimento emocional, na ansiedade, na depressão, na revolta e na necessidade de ajuda para lidar com estas alterações emocionais. O teste de KW não revelou diferenças significativas em nenhum dos cinco termómetros emocionais ($p > 0,05$), ou seja, o número de filhos não tem influência significativa no padrão emocional dos idosos institucionalizados (cf. Tabela 26).

Os idosos institucionalizados que tinham uma profissão intelectual, são os que têm maior sofrimento emocional e ansiedade, quanto aos termómetros emocionais da depressão e revolta são mais elevados em quem teve uma profissão indiferenciada e a necessidade de ajuda foi mais alta nos idosos com profissão técnica, contudo sem evidência significativa ($p > 0,05$).

Não se observou relação significativa entre as habilitações literárias dos idosos institucionalizados e o padrão emocional.

Tabela 26 - Teste de Kruskal-Wallis entre o padrão emocional dos idosos institucionalizados com as variáveis número de filhos, profissão anterior e habilitações literárias

NÚMERO DE FILHOS (POR GRUPOS) (N=63)	Sem filhos (n=7)	Um filho (n=9)	Dois filhos (n=15)	Três ou mais filhos (n=32)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	26,57	29,39	24,03	37,66	6,887	0,076
Ansiedade	32,79	31,67	23,20	36,05	5,153	0,161
Depressão	31,00	31,72	22,73	36,64	6,119	0,106
Revolta	28,64	27,06	26,43	36,73	4,561	0,207
Necessidade de Ajuda	23,57	30,39	25,40	37,39	6,789	0,079

PROFISSÃO ANTERIOR (N=63)	Profissão Indiferenciada (n=47)	Profissão Técnica (n=12)	Profissão Intelectual (n=4)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	31,40	32,83	36,50	0,325	0,850
Ansiedade	32,03	28,67	41,63	1,536	0,464
Depressão	33,34	28,13	27,88	1,026	0,599
Revolta	33,39	28,38	26,50	1,139	0,566
Necessidade de Ajuda	32,17	32,92	27,25	0,328	0,849

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS (N=63)	Analfabeto (n=24)	1º Ciclo Escolar (4º Classe) (n=33)	2º Ciclo Escolar (n=6)	Teste de Kruskal-Wallis	
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	H	p
Sofrimento Emocional	30,17	33,98	28,42	0,883	0,643
Ansiedade	30,23	34,11	27,50	1,046	0,593
Depressão	34,40	31,88	23,08	1,897	0,387
Revolta	31,63	32,41	31,25	0,038	0,981
Necessidade de Ajuda	30,90	33,17	30,00	0,317	0,854

A idade dos idosos institucionalizados associou-se de forma positiva com o sofrimento emocional, ansiedade, depressão e revolta, ou seja, quando aumenta a idade piora o padrão emocional nestas dimensões, e de forma inversa na necessidade de ajuda. Contudo o teste t da regressão linear simples não revela associações significativas ($p > 0,05$), (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Análise da regressão linear simples entre a idade dos idosos institucionalizados e o padrão emocional

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	0,111	1,2	0,871	0,387
Ansiedade	0,094	0,9	0,739	0,463
Depressão	0,190	3,6	1,515	0,135
Revolta	0,110	1,1	0,799	0,392
Necessidade de Ajuda	-0,019	0,04	-0,145	0,885

Tendo por base a hipótese formulada, os resultados indicam que as variáveis sociodemográficas não exercem influência no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

Hipótese 2 – Existe relação entre as variáveis de contexto clínico e o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

A análise feita ao motivo que levou os idosos a ficarem institucionalizados, revelou que os idosos que manifestam estar em instituições por “estarem sozinhos” são os que têm valores de ordenação média mais elevado no item da necessidade de ajuda (OM=36,17 vs OM=25,66), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (U=316,5; p=0,020*). Nos restantes itens dos termómetros emocionais as diferenças não são significativas (p>0,05), (cf. Tabela 28).

Quanto à variável “diagnóstico de doença crónica”, os idosos com doença crónica têm maior sofrimento emocional, ansiedade e depressão, por sua vez os doentes sem doença crónica tem maior necessidade de ajuda e revolta. Contudo o teste U de Mann Whitney indica diferenças significativas apenas na depressão (U=209,0; p=0,045*), (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Estatísticas relativas ao padrão emocional nos idosos institucionalizados em função das variáveis de contexto clínico

MOTIVO INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS	Estar sozinho (n=38)	Doença (n=25)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Sufrimento Emocional	31,20	33,22	444,5	0,663
Ansiedade	31,55	32,68	458,0	0,809
Depressão	32,12	31,82	470,5	0,949
Revolta	34,20	28,66	391,5	0,233
Necessidade de Ajuda	36,17	25,66	316,5	0,020*

DIAGNOSTICO DOENÇA CRÓNICA	Sim (n=50)	Não (n=13)	U de Mann Whitney	
	Ordenação média	Ordenação média	U	p
Sufrimento Emocional	33,66	25,62	242,0	0,152
Ansiedade	32,72	29,23	289,0	0,536
Depressão	34,32	23,08	209,0	0,045*
Revolta	31,45	34,12	297,0	0,635
Necessidade de Ajuda	31,53	33,81	301,5	0,678

A regressão linear simples entre o tempo de institucionalização dos idosos e o padrão emocional, revela associações inversas e não significativas entre as variáveis, e positiva com o item revolta, ou seja, o aumento do tempo de institucionalização diminui o sofrimento, a ansiedade, a depressão e a necessidade de ajuda, (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Análise da regressão linear simples entre o tempo de institucionalização dos idosos e o padrão emocional

	r	r ² (%)	t	p
Sufrimento Emocional	-0,065	0,4	-0,508	0,613
Ansiedade	-0,040	0,2	-0,310	0,758
Depressão	-0,068	0,5	-0,529	0,599
Revolta	0,003	0,001	0,025	0,980
Necessidade de Ajuda	-0,236	5,7	-1,898	0,062

Conclui-se que, as variáveis de contexto clínico não denotam ter efeito significativo no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada, rejeitando-se a hipótese formulada.

Hipótese 3 – A esperança e a espiritualidade predizem o padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

A esperança dos idosos institucionalizados associou-se inversamente com os cinco itens do padrão emocional, ou seja, quando aumenta a esperança dos idosos diminui o sofrimento emocional, a ansiedade, a depressão, a revolta e a necessidade de ajuda. O valor de t da regressão linear simples indica que a esperança é responsável por 8,2% da variância dos valores obtidos no padrão emocional necessidade de ajuda (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Análise da regressão linear simples entre a esperança e o padrão emocional dos idosos institucionalizados

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	-0,100	1,0	-0,788	0,434
Ansiedade	-0,155	2,4	-1,226	0,225
Depressão	-0,216	4,7	-1,731	0,088
Revolta	-0,225	5,7	-1,806	0,076
Necessidade de Ajuda	-0,286	8,2	-2,329	0,023*

A tabela 31 indica que o bem-estar espiritual dos idosos se associa de forma inversa e significativa com a depressão ($r=-0,274$; $p=0,030^*$), com a revolta ($r=-0,317$; $p=0,011^*$) e com a necessidade de ajuda ($r=-0,386$; $p=0,002^{**}$), ou seja, um melhor bem-estar espiritual indica um menor padrão depressivo, menor revolta e menor necessidade de pedir ajuda. Sendo o bem-estar espiritual responsável por 7,5%, 10,1% e 14,9% da variância da depressão, revolta e necessidade de ajuda, respectivamente.

Tabela 31 - Análise da regressão linear simples entre o bem-estar espiritual e o padrão emocional dos idosos institucionalizados

	r	r ² (%)	t	p
Sofrimento Emocional	-0,239	5,7	-1,910	0,061
Ansiedade	-0,233	5,4	-1,877	0,066
Depressão	-0,274	7,5	-2,228	0,030*
Revolta	-0,317	10,1	-2,609	0,011**
Necessidade de Ajuda	-0,386	14,9	-3,270	0,002**

Num segundo nível de análise, realizou-se uma regressão linear múltipla (cf. Tabelas 37-40, anexo IV) para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (idade, esperança e bem-estar espiritual) em relação à variável dependente padrão emocional (5 termómetros emocionais), investigando-se desta forma se os mesmos se constituem como fatores preditores.

A figura 5 e a tabela 37 (anexo IV) resultam que as variáveis preditoras para cada um dos termómetros emocionais, verificando-se que a ansiedade sofre efeito preditivo da dimensão fé com um coeficiente de regressão inverso ($\beta=-0,251$) sendo responsável por 4,8% da variância da ansiedade, ou seja, quando aumenta a fé diminui a ansiedade dos idosos institucionalizados.

O bem-estar espiritual (nota global) foi preditor nos termómetros, designadamente na depressão ($\beta=-0,274$; $p=0,000$) e revolta ($\beta=-0,317$; $p=0,000$). A análise dos coeficientes de beta sugere que ambas as variáveis se associam de forma inversa, ou seja, os idosos institucionalizados que apresentam melhor bem-estar espiritual possuem menor depressão e revolta, explicando o bem-estar espiritual 8,9% e 9,6% da variância da nota global da depressão e da revolta respetivamente (cf. Figura 5 e tabelas 38 e 39, anexo IV).

A dimensão sentido e paz, foi a única variável a entrar no modelo preditivo da necessidade de ajuda, com um coeficiente de regressão de $-0,431$, ou seja, quando aumenta o sentido e paz diminui a necessidade de ajuda dos idosos institucionalizados. O sentido e paz é responsável por 17,2% da variância do padrão emocional no âmbito da necessidade de ajuda. (cf. Figura 5 e tabela 40, anexo IV)

A esperança prediz de forma parcial o padrão emocional (necessidade de ajuda) dos idosos. O bem-estar espiritual prediz o padrão emocional nas dimensões depressão, revolta e necessidade de ajuda, inferindo-se que a um aumento da esperança e da espiritualidade corresponde um melhor padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

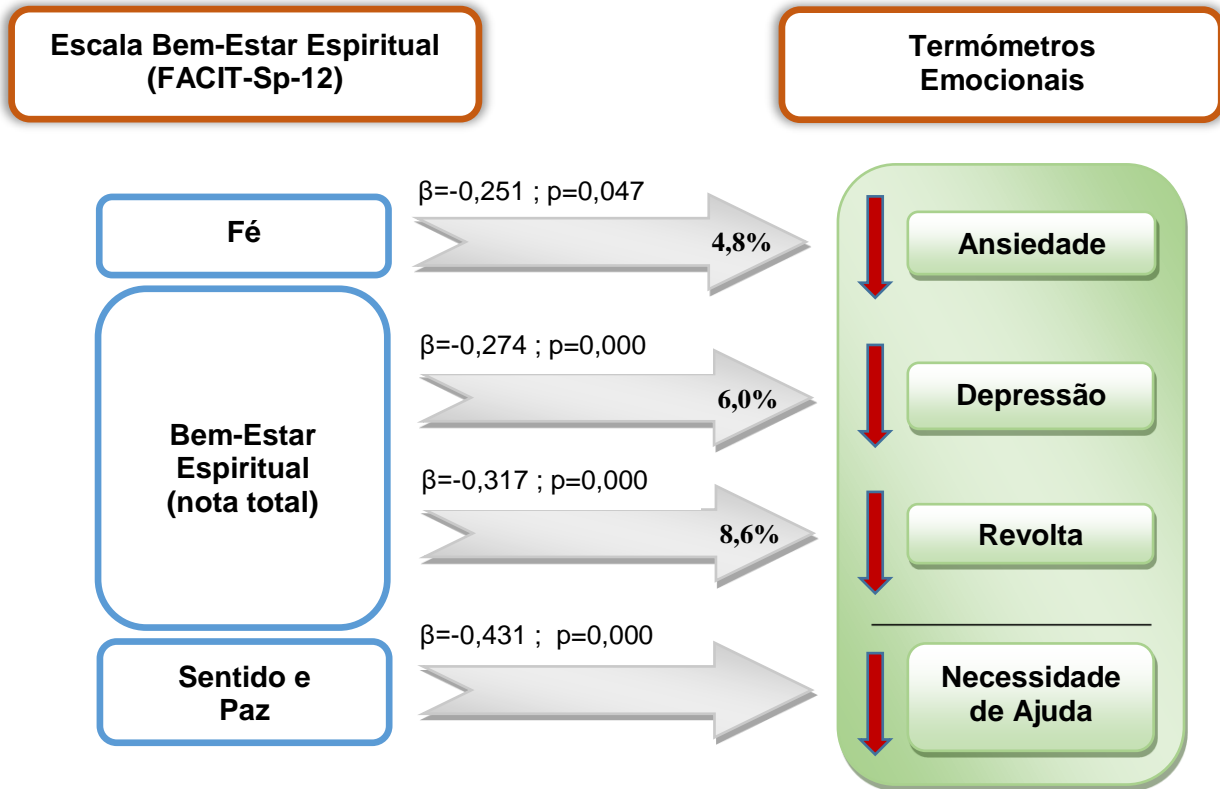


Figura 5 - Variáveis preditoras do padrão emocional (idosos institucionalizados)

7. Discussão

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados considerados mais relevantes, discutindo-os e confrontando-os com os de outros autores, procedendo primeiramente à análise relativa aos fatores sociodemográficos e de contexto clínicos, seguindo-se a análise do comportamento das variáveis esperança e espiritualidade no total da amostra e a sua relação com o padrão emocional da pessoa idosa.

Padrão Emocional na Amostra Global

O perfil **sociodemográfico** indica uma amostra com 77 anos, maioritariamente do sexo feminino (65,2%), 51% vive com companheiro (casado/união de facto), em zona rural, possuindo o 1º ciclo (53,3%), é católico e teve uma profissão indiferenciada (agricultor, doméstica, etc.). Estes resultados são ligeiramente diferentes dos publicados pela Pordata (2017) em que a esperança média de vida à nascença das mulheres (83,3 anos) é superior à dos homens (77,6 anos), resultado que se poderá explicar pelo facto de a amostra ser não probabilística por conveniência.

Nos idosos institucionalizados existe o predomínio de idosos sem companheiro (82,5%) ao invés dos idosos não institucionalizados em que a maior percentagem (73,5%) tem companhia, corroborando o estudo de Martins & Mestre (2014) onde se verificou que os idosos institucionalizados são maioritariamente viúvos (64%), enquanto os que residem no domicílio são maioritariamente casados.

Os idosos que têm maior número de filhos residem em habitação própria ou familiar não estando institucionalizados, ou seja, os idosos sem filhos ou menor número de filhos têm maior probabilidade de ir para instituições de terceira idade. O estudo vai de encontro aos resultados de Lini, et. al. (2016) que apontou como fatores que predispõem a institucionalização dos idosos, a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária.

O perfil **clínico**, indica 63 idosos institucionalizados, em média com 4 anos de institucionalização. A maioria está institucionalizado por causa de “estar sozinho” (quer por morte do cônjuge, abandono familiar, etc.). Estes resultados vão ao encontro aos apresentados pelo estudo de Neves (2012), em que refere que as principais causas que levam à institucionalização são, a dependência nas atividades de vida diárias (AVD's) e a sintomatologia de depressão, levando a que os idosos percam a sua

independência no domicílio e necessitassem de cuidados específicos, aos quais a rede de cuidados informal não dá resposta. Na mesma linha, o estudo de Lini, et. al. (2016) apontou como fatores que predispõem a institucionalização dos idosos a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária.

Ao nível das variáveis psicológicas, obtivemos um valor médio de **esperança** de 36,80, sendo mais baixo nos idosos institucionalizados, e nos homens, contudo sem evidência significativa. Estes resultados não são semelhantes aos obtidos por Querido (2005) em que os homens apresentam (com significância estatística) um nível de esperança mais elevado que as mulheres.

A esperança no seu geral é independente do local onde habitam os idosos, do estado civil e da zona de residência dos idosos. Os idosos institucionalizados que têm companhia e que residem em meio urbano, apresentam níveis de esperança mais elevados, indo de encontro aos resultados de Domingues (2016), que apurou terem os idosos do meio urbano médias mais elevadas. Constatou-se ainda que a esperança diminui com o aumento da idade, corroborando com os resultados obtidos por Domingues (2016) onde os participantes mais novos apresentam níveis de esperança superiores aos mais velhos.

Os idosos com maiores habilitações pontuaram valores médios indicativos de maior esperança, opostamente aos resultados obtidos por Domingues (2016) onde não foram encontrados efeitos significativos entre as habilitações literárias e a esperança.

Cavaco, et. al. (2010) referem que a esperança tem um efeito benéfico para a saúde das pessoas, sendo um dos aspetos centrais no cuidado de enfermagem, ao contribuir para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise, para manutenção da qualidade de vida, para a determinação de objetivos saudáveis e para a promoção da saúde. A esperança pode, ainda, ser encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto.

A análise feita aos valores do **bem-estar espiritual**, indica que existe maior bem-estar geral nos idosos que estão institucionalizados, assim como nas dimensões sentido e paz e na fé.

O estudo da influência das variáveis sociodemográficas/clínicas no bem-estar espiritual (nota global), mostrou que apenas existem diferenças estatisticamente

significativas no estado civil, motivo de institucionalização e no número de filhos. Os idosos institucionalizados por se encontrarem sozinhos, pontuaram com menor bem-estar espiritual (nota global) e sentido de paz do que aqueles que foram institucionalizados por doença sendo também menor o bem-estar espiritual na sua globalidade. Relativamente ao número de filhos, observou-se que os idosos sem filhos têm valores de ordenação média superiores, podendo assumir-se que o suporte familiar (ter filhos) afeta negativamente o bem-estar espiritual dos idosos.

Muitos idosos referiram que vão para instituições por estarem sozinhos, acabando por ser como que obrigados, uma vez que não são capazes de realizar as suas AVD's sozinhos e necessitam de apoio, apresentando assim índices mais baixos de bem-estar espiritual. Por sua vez, os idosos institucionalizados pelo motivo doença, acabam por aceitar mais facilmente a institucionalização assumindo o tratamento/acompanhamento como uma justificação para esta situação. Não existem no entanto estudos que permitam realizar uma comparação destes resultados.

A idade associa-se ao bem-estar espiritual de forma inversa, ou seja quando aumenta a idade diminui o bem-estar espiritual (sem significância estatística), resultado contrário ao de Soares e Amorim (2015) que inferem ser fundamental considerar que em idades avançadas a inquietude desencadeada pelo confronto com a possibilidade de finitude, faz com que haja um maior desenvolvimento da espiritualidade.

Interpretados os resultados deste estudo, impõem-se algumas questões: A institucionalização destes idosos foi de forma livre ou foi uma imposição clínica/familiar? Foi considerada a sua opinião antes da institucionalização? Em futuros estudos torna-se importante questionar os idosos sobre este assunto, porque de certa forma as suas respostas poderão justificar os resultados obtidos.

No presente estudo, inferiu-se que o bem-estar espiritual se associa de forma inversa e significativa com todos os itens do padrão emocional, ou seja, um aumento do bem-estar espiritual dos idosos gera um melhor padrão emocional, com menos sentimento de sofrimento, depressão, ansiedade, revolta e menor necessidade de pedir ajuda. Resultados similares foram apurados por Pestana et. al. (2007) em doentes oncológicos no Hospital de Faro, foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o bem-estar espiritual e a qualidade de vida, concluindo-se que o doente que apresenta um maior bem-estar espiritual é levado a experimentar uma maior e mais profunda compreensão sobre o significado e propósito da vida, deixando de se focar apenas nos seus problemas, para passar adotar uma visão mais holística sobre a sua vida.

O **padrão emocional** dos idosos institucionalizados é em média mais elevado no sofrimento emocional, na depressão e na revolta, sendo que os idosos não institucionalizados têm valores médios mais elevados na ansiedade e necessidade de ajuda. Verificou-se ainda que, são os idosos institucionalizados que manifestam menos necessidade de ajuda e os idosos não institucionalizados que verbalizam possuir mais sentimento de revolta (com significância estatística).

O presente estudo aponta que com o avançar da idade aumenta a depressão dos idosos, podendo ser explicado pelas questões de saúde e percepção de solidão (Almeida, 2011) ou pelo simples facto da percepção do terminus da vida a aproximar-se. Os idosos com profissão indiferenciada (domésticas, agricultor, etc.) apresentam valores médios mais elevados de depressão. Também Almeida (2011) refere que os idosos com uma pior situação económica, foram os que apresentaram mais depressão, mais ideação suicida e menos reinterpretação positiva, aceitação e auto-distracção.

No estudo de Otta (2004), concluiu-se que à medida que as pessoas ficam mais velhas, têm uma maior capacidade de regular as emoções o que proporciona maior sentimento de bem-estar. Os idosos (devido à sua experiência) têm a capacidade de seleccionar pessoas e situações que aumentam ou diminuem emoções positivas ou negativas, tornando possível seleccionar pessoas e situações que diminuam emoções negativas e que aumentem as positivas. Esta capacidade promove equilíbrio de afetos e leva a um sentimento de bem-estar com a vida. Por outro lado, as mudanças orgânicas podem levar ao aumento da probabilidade de depressão do idoso e a uma consequente diminuição da qualidade de vida (Carstensen (1995) citado por Otta (2004)). Deste modo, são necessários mais estudos para suportar consensos sobre o padrão emocional do idoso.

São as mulheres idosas que apresentam maiores índices de ansiedade e depressão, os idosos que vivem em meio urbano os que apresentam maior sofrimento emocional e ansiedade e os idosos que vivem sozinhos os que revelam maior depressão. Estes resultados vão de encontro aos de Almeida (2011), quando refere que as mulheres apresentaram mais ansiedade do que os homens e também são elas que utilizam mais a religião. Os resultados são ainda concordantes com os de Ferrari e Dalacorte (2007) onde relatam que a depressão nas mulheres é duas vezes mais prevalente do que nos homens. Os mesmos autores referem ainda que quanto ao estado civil e à zona de residência, os participantes solteiros foram os que apresentaram mais desinvestimento comportamental e os participantes viúvos os que apresentaram mais depressão e menor desinvestimento comportamental.

O estudo do impacto da **esperança** no **padrão emocional** dos idosos, verificou uma associação inversa e significativa, ou seja, um aumento dos níveis de esperança leva a uma diminuição de todos os scores dos itens do padrão emocional, sendo concordante com Oliveira, et. al. (2018) que também concluiu existir relação significativa entre ansiedade, depressão e desesperança na população idosa.

Na mesma linha, o estudo do impacto do **bem-estar espiritual** no **padrão emocional** mostrou uma relação inversa e significativa, ou seja, um aumento dos níveis de bem-estar espiritual leva a um melhor índice de padrão emocional, corroborando com o estudo de Rocha e Ciosak (2014), que referem que de inúmeras maneiras a espiritualidade/religiosidade/fé interfere de maneira positiva no enfrentar dos obstáculos e dificuldades da vida e fortalecem a resiliência, melhorando a qualidade de vida.

Padrão Emocional nos Idosos Institucionalizados

As mulheres idosas institucionalizadas apresentam valores de ordenações médias superiores aos dos homens idosos nas dimensões sofrimento emocional, ansiedade, revolta e depressão, sendo que os homens manifestam mais necessidade de ajuda com as diferenças significativas no item depressão, reafirmando as conclusões de outros estudos, tais como Almeida (2011) onde refere que as mulheres apresentaram acentuadamente mais ansiedade do que os homens, e ainda Ferrari e Dalacorte (2007) se salientam ser a depressão nas mulheres duas vezes mais prevalente que nos homens.

Os idosos que manifestam estar em instituições por estarem sozinhos pontuaram com valores de ordenação média mais elevado no item da necessidade de ajuda, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas. Isto pode ser explicado pelo facto de os fatores que predispõem a institucionalização de idosos serem a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária (Lini, et. al.,2016), levando a que esta necessidade de ajuda seja encontrada na instituição.

Os idosos com doença crónica têm maior sofrimento emocional, ansiedade e depressão, por sua vez os idosos sem doença crónica têm maior necessidade de ajuda e revolta. Neves (2012) descreve que, na data de admissão nas instituições, a maioria dos idosos apresentava comorbilidades, eram polimedicados, apresentavam estado de consciência sem alterações, detinham integridade cutânea, dificuldade em deambular, necessitando de auxiliares de marcha ou de cadeira de rodas, com grau de “dependência importante” ou de “dependência total” na realização das AVD’s, e com pelo menos grau leve de depressão.

O aumento da esperança nos idosos institucionalizados associou-se à diminuição das cinco dimensões do padrão emocional, contudo só se verificaram significâncias na necessidade de ajuda. As pessoas idosas com melhor nível de bem-espiritual pontuaram com menores índices de depressão, revolta, e necessidade de ajuda, corroborando a opinião de Rocha e Ciosak (2014), onde referem que a espiritualidade tem um grande potencial de aliviar o sofrimento de situações de conflito e o estudo de Duarte e Wenderley (2011) onde se observa que muitas evidências indicam que várias dimensões da religiosidade e da espiritualidade podem melhorar o estado subjetivo de bem-estar, diminuir os níveis de depressão e angústia, reduzir a morbidade e a mortalidade.

A esperança exerce influência de forma parcial sobre o padrão emocional dos idosos (necessidade de ajuda), e o bem-estar espiritual influencia o seu padrão emocional nas dimensões depressão, revolta e necessidade de ajuda. Assim, poder-se-á inferir que a esperança e a espiritualidade têm impacto no padrão emocional da pessoa idosa institucionalizada.

CONCLUSÃO

O nascer, crescer, reproduzir-se, envelhecer e morrer, são factos indissociáveis da espécie humana, instituídos em fases do ciclo da vida, ainda que nem todas as pessoas cumpram todas as fases deste ciclo fisiológico e natural (Lima, et. al., 2016).

Em todas estas etapas o ser humano depara-se com dificuldades, sendo que é na designada terceira idade, em que, com a proximidade da morte, os problemas de saúde, o isolamento e a solidão se despertam preocupações existenciais e espirituais que culminam muitas vezes em baixos índices de padrão emocional. Desta forma, tornou-se imperioso investigar sobre os níveis de esperança e de bem-estar espiritual e determinar se as mesmas influenciam o padrão emocional das pessoas idosas.

Com a realização deste estudo, verificou-se que no global os idosos apresentam bons índices médios de esperança, sendo que são as mulheres e os idosos institucionalizados os que apresentam menores índices, inferindo-se ainda que o avançar da idade, e as baixas habilitações literárias foram os fatores que contribuíram para o baixo nível de esperança destes idosos.

São os idosos institucionalizados, os que não têm filhos e os que têm doença crónica os que verbalizam melhores índices de bem-estar espiritual.

A nível emocional, inferiu-se que na globalidade os idosos apresentam um bom padrão emocional (scores <5), sendo que as idosas apresentam maiores índices de depressão e ansiedade, os que moram em meio urbano denotam maior sofrimento emocional e ansiedade, pontuando os mais velhos e os que vivem sozinhos com mais depressão.

A investigação denota que a esperança e a espiritualidade têm impacto no padrão emocional dos idosos, sendo que o aumento dos níveis de esperança e espiritualidade levam a um melhor padrão emocional da pessoa idosa com menor sofrimento emocional, ansiedade, depressão, revolta e na necessidade de ajuda. Estas evidências poderão suportar intervenções/mudanças no cuidar a pessoa idosa (institucionalizada ou não).

Dado que se verifica que no processo de envelhecimento a esperança e a espiritualidade são um recurso efetivo para melhorar significativamente o padrão emocional da pessoa idosa, impõe-se incluir medidas promotoras do aumento da esperança e do bem-estar espiritual nos planos assistenciais dos idosos.

Este estudo aporta como **limitações** um baixo número de participantes, originando uma amostra de pequena dimensão. Outra limitação prendeu-se com a escassez de trabalhos publicados em Portugal que incluam a espiritualidade e a esperança e as relacionem com o padrão emocional em idosos.

Como **sugestão**, aponta-se como desafio desenvolver um estudo mais abrangente, com a utilização de amostras mais representativas de modo a consolidar as inferências descritas.

Em jeito de reflexão final, refere-se que já em 1862, o famoso escritor francês Victor Hugo, na sua obra “Os Miseráveis”, escrevia: “A miséria de uma criança interessa a uma mãe, a miséria de um rapaz interessa a uma rapariga, a miséria de um velho não interessa a ninguém.” Pouco mais de um século depois, esta frase mantém-se atual, impondo-se questionar: Estaremos nós (sociedade atual e profissionais de saúde) preparados para lidar com o crescente aumento da população idosa?!

Enquanto profissionais de saúde, compete-nos unir esforços para que os nossos idosos tenham um final de vida com bons índices de esperança e bem-estar espiritual, o que se refletirá num melhor padrão emocional e conseqüente melhor qualidade de vida, requisitos essenciais a uma vida mais feliz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. L. C. M. S. (2011). *Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Faculdade de Psicologia. Lisboa. Acedido em:
http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/1696/TESE%20LURDES%20final_Entregue.pdf?sequence=1
- Andrade, A. I. N. P. A. & Martins, R. M. L. (2011). *Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos*. Revista Millenium, 40, pp. 185-199. Acedido em:
https://www.researchgate.net/publication/268062553_Funcionalidade_Familiar_e_Qualidade_de_Vida_dos_Idosos
- Benzein, E., Arestedt, K. F., Jonhansson, P. & Saveman, B. I. (2008). *Families importance in nursing care: nurses attitudes an instrument development*. Journal of Family Nursing, pp. 97-117. Acedido em:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074840707312716>
- Cavaco, V., José, H., Louro, S., Ludgero, A., Martins, A. & Santos, M. (2010). *Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão Sistemática*. Acedido em:
<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-93103.pdf>
- Costa, B. B. (2015). *Padrão Emocional da Pessoa em Situação Paliativa* (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3135>
- Dicionário. (2018). *Infopédia da língua portuguesa*. Porto: Porto Editora. Acedido em:
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/esperanca>
- Domingues, M.G. (2016) *A Esperança do Doente em Contexto de Cuidados Continuados* (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3345>
- Duarte, F. M. & Wanderley, K. S. (2011). *Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 27 n. 1, pp. 49-53. São Paulo, Brasil. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1.pdf>
- Espíndula, J., Do Valle, E. & Bello, A. (2010). *Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Brasil. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_25.pdf

- Ferrari, J. F. & Dalacorte, R. R. (2007). *Uso da escala de depressão geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados*. Revista Scientia Medica, Porto Alegre. Brasil. Acedido em: <https://core.ac.uk/download/pdf/26998550.pdf>
- Fonseca, P. N., Dantas, G. E., Coelho, G. L. H., Carvalho, T. A. & Pontes, A. M. (2015). *Esperança em idosos: uma explicação baseada nos valores humanos*. Porto Alegre. Acedido em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/48522/34918>
- Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação: da concepção à realização* 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (pp.72). Loures: Lusodidacta.
- Gomes, J. (2011). *Inteligência emocional, qualidade de vida e seus correlatos em doentes oncológicos em quimioterapia* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2969/3/DM_17038.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Retrato de Portugal (1ª ed)*. Revista PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. Acedido em: <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2018v20180713/mobile/index.html>
- Jacinto, B. P. (2010). *Qualidade de vida no idoso institucionalizado* (Tese de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal. Acedido em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3308/1/2010001269.pdf>
- Lima, T. V. S., Santos, W. P., Freitas, F. B. D, Gouveia, B. L. A., Torquato, I. M. B. & Agra, G. (2016). *Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa*. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, Brasil. Acedido em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/31448/21922>
- Lini, E. V., Portella, M. R. & Doring, M. (2016). *Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle*. Universidade de Passo Fundo (UPF), Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-01004.pdf

- Marin, M. J. S. (2012). *Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados*. Rev Bras Geriatr Gerontol, 15(1), 147-154. Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100016>.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.
- Martins, R. M. L. & Mestre, M. A. (2014). *Esperança e Qualidade de Vida em Idosos*. Acedido em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium47/13.pdf>
- Morais, O. N. P. (2009). *Grupos de Idosos: Atuação da Psicogerontologia no Enfoque Preventivo*. Revista Psicologia, Ciência e Profissão, pp. 846-855. Pará, Brasil. Acedido em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a14.pdf>
- Neves, H. M. F. (2012). *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Portugal. Acedido em:
https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZA%C3%87AO_IDOSOS.pdf
https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1209/1/CAUSAS_CONSEQUENCIAS_INSTITUCIONALIZA%C3%87AO_IDOSOS.pdf
- Oliveira, L. M., Silva, S. M., Lima, E. F. A., Gomes, M. G. C. & Olympio, P. C. A. P. (2018). *A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth*. Revista Fundação Care Online.; 10(1):167-172. Acedido em <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem-enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Acedido em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Otta, E. & Fiquer, J. T. (2004). *Bem-estar subjetivo e regulação de emoções*. Psicologia em Revista, volume 10, número 15 (pp. 144-149). Belo Horizonte. Brasil. Acedido em: http://ws3.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115707.pdf

- Penna, F. B. & Santo, F. H. E. (2006). *O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade*. Revista Eletrónica de Enfermagem. Brasil. Acedido em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_02.htm.
- Pestana, J. P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). *O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia*. Revista Cons-Ciências - Edições Universidade Fernando Pessoa, Porto. Portugal. Acedido em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0391.pdf>
- Pestana, M. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (5ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peterman AH., Fitchett G., Brady MJ., Hernandez L. & Cella D. *Measuring spiritual Well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy- Spiritual Well-being Scale (FACIT- Sp)*, Annals of Behavioral Medicine 2002; 24(1): 49 -58.
- Pinto, D. C. V. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência* (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6622/1/Dora%20Pinto_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20para%20obten%C3%A7%C3%A3o%20de%20grau%20de%20Mestre_Vers%C3%A3o%20Final.pdf
- Querido, A. I. F. (2005). *Esperança em Cuidados Paliativos* (Tese de mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa. Acedido em: <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/120/1/A%20Esperan%C3%A7a%20em%20Cuidados%20Paliativ.pdf>
- Reis, L. A. & Menezes, T. M. O. (2017). *Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano*. Revista Brasileira de Enfermagem. Jul-ago; 70(4):794-9. Brasil. Acedido em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0761.pdf
- Rocha, A. C. A. L. & Ciosak, S. I. (2014). *Espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso*. Brasil. Acedido em: <http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/459/455>
- Rosa, M. J. V. (2016). *O Envelhecimento da população portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa. Acedido em: <https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=n9UkDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq>

=envelhecimento+portugal&ots=PbhomzRqYt&sig=DA5h5FVcBjCIIgAzvy02_BhiMvg
&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Sartore, A. C. & Grossi, S. A. A. (2008). *Escala de Esperança de Herth – Instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa*. Revista da Escola de Enfermagem USP. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a02.pdf>
- Silva, E. A. P. C., Silva, P. P. C., Moura, P. V., Santos, A. R. M., Dabbicco, P., Azevedo, A. M. P. & Freitas, C. M. S. M. (2012). *Resiliência e saúde: uma análise da qualidade de vida em idosos*. ConScientiae Saúde, volume 11, número 1 (pp. 11-118). Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil. Acedido em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92923617015>
- Soares, A. & Amorim, M. (2015). *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL (pp. 8). Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a08.pdf>
- Souza, E., Oliveira, N., Luchesi, B., Gratão, A., Orlandi, F. & Pavarini, S. (2017). *Relação entre a Esperança e a Espiritualidade de Idosos Cuidadores* (vol. 26 no.3). Florianópolis. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e6780015.pdf>
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M., & Barbosa, A. (2010). *Avaliação da esperança em cuidados paliativos: tradução e adaptação transcultural do Herth Hope Index*. International Journal of Developmental and Educational Psychology, pp. 607-616. Acedido em: <https://online.ipleiria.pt/handle/10400.8/335>

Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados e Consentimento Informado



Área Científica: Enfermagem Médico Cirúrgica

Orientador: Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Investigador: Hugo Fernando Martinho Branco

Curso: Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 6.ª edição

Ano: 2018

Estudo: “Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Padrão Emocional dos Idosos”

Nº Quest. _____
(não preencher este quadrado)

Ex.mo(a) Senhor(a):

No âmbito da investigação, encontramos-nos a desenvolver um estudo de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o tema **“Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Padrão Emocional dos Idosos”**.

O estudo tem como objetivo principal avaliar o nível de esperança e espiritualidade dos idosos assim como avaliar os índices de sofrimento emocional e identificar determinantes sociodemográficos, clínicos e psicossociais que lhe estão associados.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade, pois não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião. As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, mas, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Viseu, março de 2018

Pela Equipa de Investigação



Instrumento de Colheita de Dados

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais adequada perante as alternativas. Esta pode, muitas vezes, ser a resposta que lhe ocorre em primeiro lugar.

Agradecemos o seu contributo para esta investigação.

I PARTE

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo ₁ Masculino
₂ Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado civil:

- ₁ Solteiro
₂ Casado / União de Facto
₃ Divorciado / Separado
₄ Viúvo

4. Formação Literária:

- ₁ Analfabeto ₂ 1º Ciclo / 4ª classe
₃ 2º Ciclo / Ciclo preparatório ₄ 3º Ciclo / 9º ano
₅ Secundário / 12º ano ₆ Licenciatura
₇ Curso de Formação de Pós-Graduação ₈ Mestrado
₉ Doutoramento

5. Nº Filhos: _____

6. Zona de Residência: ₁ Rural ₂ Urbano

7. Distrito: _____

8. Profissão Anterior: _____

8. Pratica alguma Religião/Doutrina: ₁ Sim ₂ Não

II PARTE

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

(Se a sua Residência não for numa instituição ou não permanecer em regime de Centro de Dia mais de 8 horas por dia, queira ignorar os 4 campos seguintes e passar à terceira parte do questionário - Escalas)

1. Instituição: _____

2. Motivo da institucionalização: _____

3. Tempo de institucionalização (anos): _____

4. Diagnóstico de doença crónica: ₁ Sim ₂ Não Qual: _____

III PARTE

ESCALAS

I - ESCALA DA ESPERANÇA (HERTH- HHI-PT) (Viana, A., Querido, A., Dixe, M. & Barbosa, A., 2010)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

Nº Item	Conteúdo do item	“Discordo Totalmente”	“Discordo”	“Concordo”	“Concordo Totalmente”
1	Tenho uma atitude positiva perante a vida	1	2	3	4
2	Tenho objetivos a curto, médio e /ou a longo prazo	1	2	3	4
3	Sinto-me completamente só	1	2	3	4
4	Consigo ver possibilidades no meio das dificuldades	1	2	3	4
5	Tenho uma fé que me dá conforto	1	2	3	4
6	Tenho medo do meu futuro	1	2	3	4
7	Consigo recordar tempos felizes e agradáveis	1	2	3	4
8	Tenho uma profunda força interior	1	2	3	4
9	Sou capaz de dar e receber carinho/amor	1	2	3	4
10	A minha vida tem um rumo	1	2	3	4
11	Acredito que cada dia tem potencial	1	2	3	4
12	Sinto que a minha vida tem valor e mérito	1	2	3	4

II – ESCALA DE BEM-ESTAR ESPÍRITUAL (FACIT_Sp -12) (Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L & Cella D., 2002)

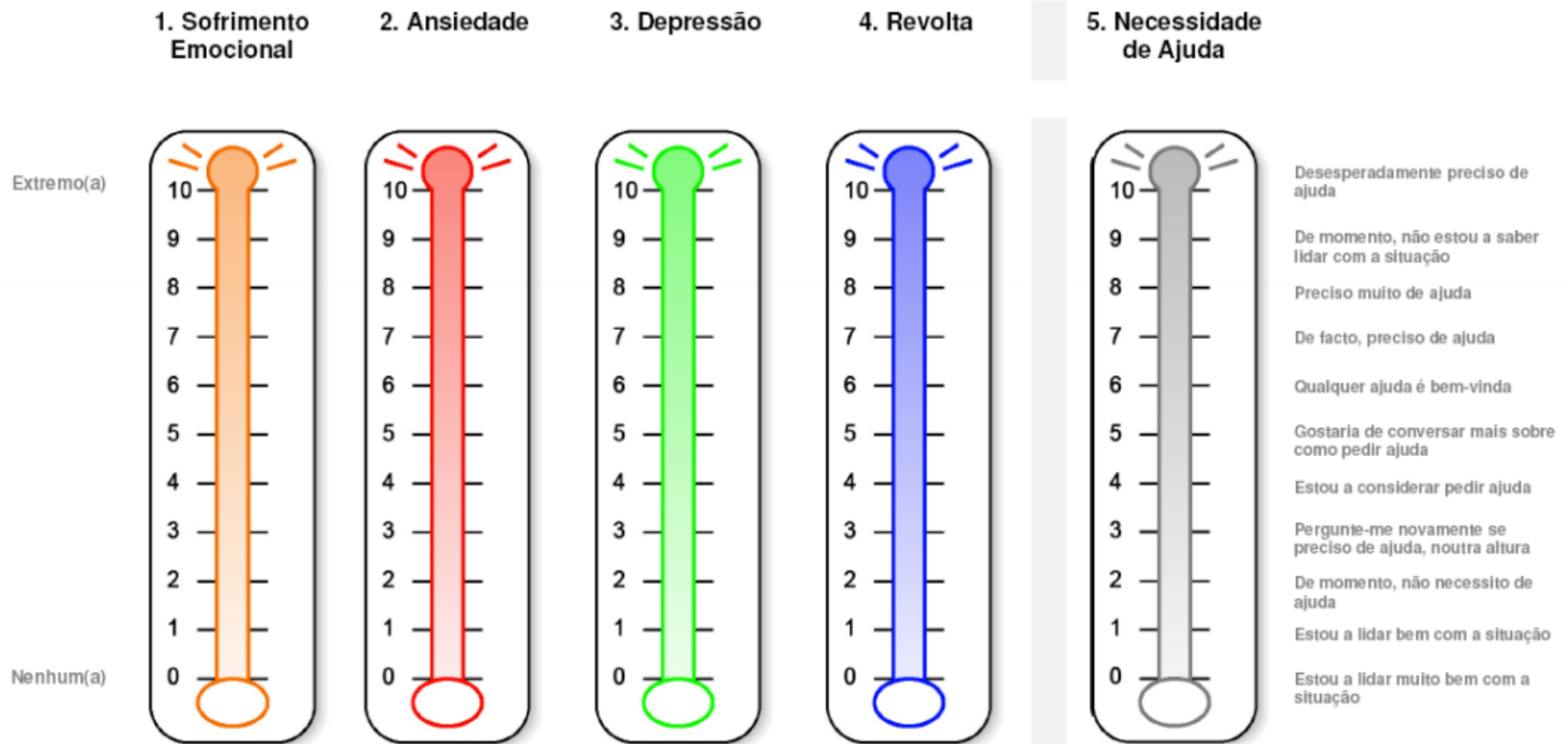
Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais Ou Menos	Muito	Muitíssimo
Sp 1	Sinto-me em paz	1	2	3	4	5
Sp 2	Tenho uma razão para viver	1	2	3	4	5
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	1	2	3	4	5
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	1	2	3	4	5
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	1	2	3	4	5
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	1	2	3	4	5
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	1	2	3	4	5
Sp 8	Falta sentido e propósito na minha vida	1	2	3	4	5
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	1	2	3	4	5
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	1	2	3	4	5
Sp 11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	1	2	3	4	5
Sp 12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	1	2	3	4	5

III - TERMÓMETROS EMOCIONAIS

(Alex Mitchell © Versão de Investigação de Pereira & Teixeira, Universidade do Minho, 2009)

Nas primeiras quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu grau de alteração emocional na última semana, incluindo o dia de hoje. Na última coluna por favor indique o quanto precisa de ajuda para lidar com essas alterações.



Adaptado do *Distress Thermometer*, NCCN. Alex Mitchell ©

Fim.
Obrigado pela sua colaboração.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “**Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Padrão Emocional dos Idosos**”, cujos objetivos principais são: avaliar a esperança e a espiritualidade dos idosos, e avaliar os índices de sofrimento emocional e identificar determinantes sociodemográficos, clínicos e psicossociais que lhe estão associados. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), ____ de _____ de 2018

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____ BI/CD n.º: _____,

Validade: ____/____/____ Morada: _____.

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.

Nome dos investigadores: Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes e Hugo Fernando Martinho Branco

Assinatura _____

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética



FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

PARECER Nº 06/2018

Estudante(s)	Hugo Fernando Martinho Branco
Orientador(es)	Prof. Doutora Madalena Cunha
Curso	Mestrado Médico Cirúrgica
No âmbito de	Relatório Final
Identificação do Estudo/Projecto	Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Sofrimento Emocional dos Idosos
Data de submissão	09/03/2018
Relator	Prof. Doutora Rosa Martins <i>Rosa Martins</i>
A presidente da CE da ESSV	Prof. Doutora Ernestina Silva

<input checked="" type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
<input type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: (ver requisitos)
<input type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser aprovado)	MOTIVOS:

REQUISITOS:

RECOMENDAÇÕES:

QUESTÕES ÉTICAS 1: SERES HUMANOS

Esta investigação envolve participantes humanos?

Não Sim Não aplicável

São voluntários para investigação social ou ciências humanas?

Não Sim Não aplicável

São pessoas incapazes de dar consentimento informado?

Não Sim Não aplicável

São indivíduos ou grupos vulneráveis?

Não Sim Não aplicável

São crianças ou menores de idade?

Não Sim Não aplicável

São pacientes?

Não Sim Não aplicável

Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?

Não Sim Não aplicável

Envolve técnicas invasivas?

Não Sim Não aplicável

Envolve colheita de amostras biológicas?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – SERES HUMANOS

Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se pessoas/grupos vulneráveis serão envolvidos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Detalhes sobre a política a implementar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 2: PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não Sim Não aplicável

Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, dados de saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de informação genética?

Não Sim Não aplicável

Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não Sim Não aplicável

Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não Sim Não aplicável

REQUISITOS – PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Devem ser apresentadas cópias de aprovação para a recolha de dados pessoais pela autoridade competente – Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, protecção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da EU.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

QUESTÕES ÉTICAS 3: OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não Sim Não aplicável já fornecido detalhes adicionais

Anexo III - Requerimentos e Autorizações das Instituições



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Ex.^{mo} Senhor Provedor/Diretor da....

Assunto: Pedido de Autorização de Colheita de Dados.

Hugo Fernando Martinho Branco, estudante do 6^o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha encontra-se interessado em desenvolver um estudo sobre a **“Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Sofrimento Emocional dos Idosos, na Zona Centro”**.

Neste contexto, a população alvo será constituída por 300 idosos, no período de março de 2018 a abril de 2018. Assim, somos a solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar realizar a colheita de dados, tendo por base o instrumento de colheita de dados que se anexa.

Disponibilizamo-nos, desde já, a facultar os resultados deste trabalho de investigação.

Mais informamos que a colheita de dados, será efectuada pelo investigador e que o mesmo se encontra disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do contacto telefónico 963437838.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a conseguirmos iniciar a aplicação dos questionários com a maior celeridade possível.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

(Hugo Fernando Martinho Branco)

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MÊDA


Instituição Particular de Solidariedade Social inscrita no livro das Irmandades das Misericórdias sob o n. 60/82 Fls. 74 e 74 verso

DECLARAÇÃO

- A Santa Casa da Misericórdia de Meda, na pessoa do Sr. Provedor Dr. Anselmo Antunes de Sousa, declara que autoriza a colheita de dados para a elaboração do estudo sobre " Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Sofrimento Emocional dos Idosos, na Zona Centro" ao Enfermeiro Hugo Fernando Martinho Branco.

Santa Casa da Misericórdia de Meda, 10 de Março de 2018

O PROVEDOR


Anselmo Antunes de Sousa (Dr.)

Telefone: 279 880 070 / Fax: 279 880 079

NIPC PT 501 233 296

Av. Gago Coutinho Sac. Cabral s/n – 6430 –183 MEDA

email: secretariasantacasameda@hotmail.com

Exmo. (s) Sr. (s)
Hugo Fernando Martinho Branco

Sua referência

Sua comunicação

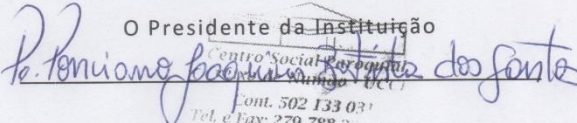
Nossa referência
36/2018 - P

Data
17-04-2018

ASSUNTO: Pedido de Autorização de Colheita de Dados

O Centro Social Paroquial de Freixo de Numão, na pessoa do Sr. Pe. Ponciano Joaquim Batista dos Santos vem por este meio, declarar que autoriza a colheita de dados para a elaboração do estudo sobre **“Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Sofrimento Emocional dos Idosos, na Zona Centro”**.

Sem outro assunto, os nossos cumprimentos.

O Presidente da Instituição

Pe. Ponciano Joaquim Batista dos Santos
Rua Abel Acácio Azevedo s/n 5155-202 - Freixo de Numão
Tel.: 279 788 225
E-mail: ucci@cspfreixodenumao.pt

Re: Pedido de Autorização de Colheita de Dados

Noite Magia <larnoitdemagia@gmail.com>

sáb 17-03-2018 15:38

Para:Hugo Branco <enf.hugobranco@hotmail.com>;

Boa tarde,

Teremos todo o gosto em recebe-lo e autorizamos desde já seja feita a colheita de dados aos nossos clientes.

Com os melhores cumprimentos

Lar Noite de Magia

No dia 17 de março de 2018 às 13:38, Hugo Branco <enf.hugobranco@hotmail.com> escreveu:

Ex.^{mo} Senhor Gerente do Lar Noite de Magia
Luis Alberto Barradas Moreira
Coriscada

Assunto: Pedido de Autorização de Colheita de Dados.

Hugo Fernando Martinho Branco, estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Madalena Cunha encontra-se interessado em desenvolver um estudo sobre a **"Impacto da Esperança e da Espiritualidade no Sofrimento Emocional dos Idosos, na Zona Centro"**.

Neste contexto, a população alvo será constituída por 300 idosos, no período de março de 2018 a abril de 2018. Assim, somos a solicitar a V. Ex.^a que se digne a autorizar realizar a colheita de dados, tendo por base o instrumento de colheita de dados que se anexa.

Disponibilizamo-nos, desde já, a facultar os resultados deste trabalho de investigação.

Mais informamos que a colheita de dados, será efectuada pelo investigador e que o mesmo se encontra disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do contacto telefónico 963437838.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a conseguirmos iniciar a aplicação dos questionários com a maior celeridade possível.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Hugo Branco

Enfermeiro

Telf.: 279883427

Telm.: 963437838

Email: enf.hugobranco@hotmail.com

**Anexo IV – Resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis independentes
Esperança e Bem-Estar Espiritual e a variável dependente Padrão Emocional**

Regressão linear múltipla (Amostra Global)

Tabela 32 - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável sofrimento emocional na amostra global

VARIÁVEL DEPENDENTE = Sofrimento Emocional						
r Múltiplo = 0,302						
r ² = 0,091						
r ² Ajustado = 0,085						
Erro padrão da estimativa = 2,653						
f= 15,926						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	9,105	---	---	5,787	0,000	
Bem-Estar (total)	-0,141	-0,302	0,091	-3,991	0,000	1,780
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	112,053	1	112,053			
Residual	1118,705	159	7,036	15,926	0,000***	
Total	1230,758	160				

Tabela 33 - Regressão linear múltipla através do método *stepwise*, com a variável ansiedade na amostra global

VARIÁVEL DEPENDENTE = Ansiedade						
r Múltiplo = 0,306						
r ² = 0,094						
r ² Ajustado = 0,088						
Erro padrão da estimativa = 2,690						
f= 16,441						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	9,867	---	---	6,183	0,000	
Bem-Estar (total)	-0,145	-0,306	0,094	-4,055	0,000	1,800
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	119,003	1	119,003			
Residual	1150,898	159	7,238	16,441	0,000***	
Total	1269,901	160				

Tabela 34 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável depressão na amostra global

VARIÁVEL DEPENDENTE = Depressão						
r Múltiplo = 0,308						
r ² = 0,095						
r ² Ajustado = 0,089						
Erro padrão da estimativa = 2,865						
f= 16,716						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	9,484	---	---	5,580	0,000	
Bem-Estar (total)	-0,156	-0,308	0,089	-4,088	0,000	1,617
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	137,249	1	137,249			
Residual	1305,509	159	8,211	16,716	0,000***	
Total	1442,758	160				

Tabela 35 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável revolta na amostra global

VARIÁVEL DEPENDENTE = Revolta						
r Múltiplo = 0,318						
r ² = 0,101						
r ² Ajustado = 0,096						
Erro padrão da estimativa = 2,794						
f= 17,944						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	10,032	---	---	6,054	0,000	
Bem-Estar (total)	-0,158	-0,318	0,101	-4,236	0,000	1,50
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	140,057	1	140,057			
Residual	1241,049	159	7,805	16,716	0,000***	
Total	1381,106	160				

Tabela 36 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável necessidade de ajuda na amostra global

VARIÁVEL DEPENDENTE = Necessidade de Ajuda

r Múltiplo = 0,520

$r^2 = 0,271$

r^2 Ajustado = 0,262

Erro padrão da estimativa = 2,053

f= 4,188

p= 0,042

SUMÁRIO DA REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r^2	t	p	Colinearidade VIF
Constante	14,477	---	---	6,924	0,000	
Sentido e Paz	-0,320	-0,519	0,251	-7,582	0,000	
Bem-Estar (total)	-0,042	-0,140	0,019	-2,047	0,000	1,586

ANÁLISE DE VARIÂNCIA

Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p
Regressão	247,241	2	123,621		
Residual	665,790	158	4,214	29,337	0,000***
Total	913,031	160			

Regressão linear múltipla (Idosos Institucionalizados)

Tabela 37 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável ansiedade na amostra dos idosos institucionalizados

VARIÁVEL DEPENDENTE = Ansiedade						
r Múltiplo = 0,251						
r ² = 0,063						
r ² Ajustado = 0,048						
Erro padrão da estimativa = 2,931						
f= 4,096						
p= 0,047						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	7,717	---	---	3,562	0,001	
Fé	-0,266	-0,251	0,063	-2,024	0,047	2,041
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	35,178	1	35,178			
Residual	523,902	61	8,589	4,096	0,047*	
Total	559,079	62				

Tabela 38 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável depressão na amostra idosos institucionalizados

VARIÁVEL DEPENDENTE = Depressão						
r Múltiplo = 0,274						
r ² = 0,075						
r ² Ajustado = 0,060						
Erro padrão da estimativa = 3,007						
f= 4,963						
p= 0,0030						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	10,438	---	---	3,194	0,002	
Bem-Estar (total)	-0,161	-0,274	0,075	-2,228	0,030	1,923
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	44,870	1	44,870			
Residual	551,447	61	9,040	4,963	0,030*	
Total	596,317	62				

Tabela 39 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável revolta na amostra idosos institucionalizados

VARIÁVEL DEPENDENTE = Revolta						
r Múltiplo = 0,317						
r ² = 0,100						
r ² Ajustado = 0,086						
Erro padrão da estimativa = 3,023						
f= 6,809						
p= 0,011						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de r ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	12,040	---	---	3,664	0,001	
Bem-Estar (total)	-0,189	-0,317	0,100	-2,609	0,011	1,316
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	f	p	
Regressão	62,228	1	62,228			
Residual	557,487	61	9,139	6,809	0,011*	
Total	619,714	62				

Tabela 40 - Regressão linear múltipla através do método stepwise, com a variável necessidade de ajuda na amostra idosos institucionalizados

VARIÁVEL DEPENDENTE = Necessidade de Ajuda						
r Múltiplo = 0,431						
r ² = 0,185						
r ² Ajustado = 0,172						
Erro padrão da estimativa = 1,875						
f= 13,882						
p= 0,000						
SUMÁRIO DA REGRESSÃO						
Variáveis Independentes	Coefficiente padronizado	Coefficiente de Regressão	Incremento de R ²	t	p	Colinearidade VIF
Constante	8,930	---	---	4,567	0,000	
Sentido e Paz	-0,251	-0,431	0,185	-3,726	0,000	1,586
ANÁLISE DE VARIÂNCIA						
Fonte	Soma Quadrados	gl	Média dos Quadrados	F	p	
Regressão	48,807	1	48,807			
Residual	214,463	61	3,516	13,882	0,000***	
Total	263,270	62				

